



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Dostępna stomatologia

Standard dostępności architektonicznej, cyfrowej i informacyjno-komunikacyjnej dla gabinetów i świadczonych w nich usług stomatologicznych w ramach projektu „Dostępna stomatologia”

wersja wstępna

Lider



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Partnerzy



POLSKIE TOWARZYSTWO
STOMATOLOGICZNE

Standard dostępności architektonicznej, cyfrowej i informacyjno-komunikacyjnej dla gabinetów i świadczonych w nich usług stomatologicznych opracowany w ramach projektu "Dostępna stomatologia" współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, priorytet 03 Dostępność i usługi dla osób z niepełnosprawnościami, działanie 03.03 Systemowa poprawa dostępności, Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027.

Opracowanie przygotowane zostało przez Zespół w składzie:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON):

mgr Beata Góral – ekspert wiodący ds. standardu i badania

mgr Anna Banach-Zdziarska – ekspert ds. standardu z zakresu dostępności architektonicznej

mgr Jakub Kosowski – ekspert ds. standardu z zakresu dostępności informacyjno-komunikacyjnej

mgr Adrian Stelmaszyk – ekspert ds. standardu z zakresu dostępności cyfrowej

Polskie Towarzystwo Stomatologiczne (PTS):

prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak – ekspert ds. standardu

prof. dr hab. n. med. Karolina Gerreth – ekspert ds. standardu

prof. dr hab. n. med. Anna Zalewska – ekspert ds. standardu

Fundacja Avalon – bezpośrednia pomoc niepełnosprawnym (fundacja Avalon):

dr n. pr. Karolina Paluszek – ekspert ds. dostępności cyfrowej

mgr Agata Spała-Zakrzewska – ekspert ds. dostępności architektonicznej

mgr Dariusz Gosk – ekspert ds. dostępności informacyjno-komunikacyjnej

Osoby współpracujące:

mgr Małgorzata Strabel – pedagog specjalny

mgr Beata Sarna – pedagog specjalny

mgr Izabela Marciak – pedagog specjalny

mgr Ewa Abramowicz – psycholog

mgr Piotr Serowski – radca prawny

mgr Katarzyna Szustak-Wojdyna – główny ekspert ds. standardu i badania fundacji Avalon

mgr Anna Milewska-Podgrudna – kierownik projektu PFRON

mgr Ewa Lefik-Babiasz – koordynator projektu fundacja Avalon

mgr inż. Wioletta Kozłowska-Pęciak – koordynator projektu PTS

Spis treści

1.	Wprowadzenie	7
2.	Słownik pojęć i skrótów	8
3.	Obowiązujące regulacje prawne	21
4.	Dostępność	22
4.1.	Przepisy i standardy w zakresie dostępności	22
4.2.	Ustawa o zapewnianiu dostępności	23
4.3.	Standard WCAG	24
4.4.	Ustawa o dostępności cyfrowej	24
4.5.	Dyrektywa EAA	25
4.6.	Polski Akt o Dostępności	25
4.7.	Zasady i podstawowe wytyczne WCAG	25
5.	Informacja o usługach i udogodnieniach	33
5.1.	Informacja o usługach	33
5.2.	Deklaracja dostępności	41
6.	Otoczenie budynku	45
6.1.	Miejsca parkingowe	46
6.2.	Tablice kierunkowe i informacyjne	51
6.3.	Systemy głosowe i nawigacyjne	52
6.4.	Fakturowe oznakowanie nawierzchni (FON) – ścieżki dotykowe	54
6.5.	Chodnik	56
6.6.	Schody zewnętrzne (terenowe)	57
6.7.	Pochylnia zewnętrzna (alternatywa dla schodów)	59
6.8.	Oświetlenie wspierające bezpieczeństwo i orientację	62
7.	Wejście do budynku	62
7.1.	Oznakowanie wejścia	62
7.2.	Drzwi wejściowe	63
7.3.	System wezwania asysty	65
7.4.	Pokonywanie różnic poziomów przed wejściem do budynku	66
7.5.	Oświetlenie strefy wejściowej	73
7.6.	Nawierzchnia przy wejściu	74
7.7.	Urządzenia w strefie wejścia (system kolejkowy)	74
8.	Rejestracja	76

8.1.	Dostępność fizyczna stanowiska rejestracji	76
8.2.	Rejestracja wieloma kanałami	78
8.3.	Komunikacja dostosowana do pacjenta	79
8.4.	Zgłoszenie szczególnych potrzeb pacjenta	80
8.5.	Potwierdzenie wizyty z informacją o udogodnieniach	81
8.6.	Czas i forma wizyty dostosowane do potrzeb	82
8.7.	Możliwość aktualizacji informacji i potrzeb przez pacjenta	82
8.8.	Obsługa osób z trudnościami w komunikacji	83
8.9.	Zgoda na leczenie i formularze – dostępność treści	83
8.10.	Dostępność cyfrowa	83
9.	Poczekalnia	86
9.1.	Oznakowanie kierunkowe i informacyjne	87
9.2.	Materiały informacyjne – różne formaty	87
9.3.	Cicha informacja – brak bodźców rozpraszających	88
9.4.	Regały i meble do materiałów informacyjnych	88
9.5.	Odpowiednie warunki sensoryczne	88
9.6.	System wywoływania pacjentów	89
9.7.	Możliwość wezwania pomocy w poczekalni	89
9.8.	Dostępność przestrzeni manewrowej	90
9.9.	Siedziska w poczekalni	91
10.	Poruszanie się po placówce	91
10.1.	Korytarze - ciągi komunikacyjne	91
10.2.	Strefy odpoczynku/oczekiwania	92
10.3.	Oznakowanie, komunikaty informacyjne/głosowe	93
10.4.	Windy i podnośniki	94
10.5.	Dostosowane oświetlenie	98
11.	Pomieszczenia higieniczno-sanitarne	99
11.1.	Dostępność informacyjno-komunikacyjna	99
11.2.	Wejście do pomieszczeń higieniczno-sanitarnych	100
11.3.	Toaleta (miska ustępowa) i umywalka w łazience	101
11.4.	Komfortka	104
11.5.	System alarmowy	105
12.	Gabinet stomatologiczny	106
12.1.	Dostępność informacyjno-komunikacyjna	106

12.2.	Dostępność cyfrowa: sprzęt komputerowy, urządzenia mobilne, oprogramowanie	107
12.3.	Wejście do gabinetu	108
12.4.	Gabinet stomatologiczny	109
12.5.	Bezpieczne i komfortowe środowisko	111
13.	Organizacja placówki i jej personel.....	111
13.1.	Szkolenia personelu.....	111
13.2.	Koordynator do spraw dostępności	112
13.3.	Koordynator medyczny	112
13.4.	Procedury dotyczące standardów obsługi osób ze szczególnymi potrzebami.	113
13.5.	Pies asystujący	113
13.6.	Wniosek o zapewnienie dostępności architektonicznej i informacyjno-komunikacyjnej.....	113
13.7.	Możliwość obecności osoby wspierającej podczas wizyty	114
13.8.	Stomatologiczne wizyty domowe.....	115
13.9.	Transport sanitarny	115
14.	Ewakuacja i bezpieczeństwo	117
14.1.	Plan ewakuacji	117
14.2.	Procedury komunikacji w sytuacjach awaryjnych	117
14.3.	Oznakowanie dróg ewakuacyjnych	118
14.4.	System alarmowy dostępny dla wszystkich	119
14.5.	Wyposażenie w sprzęt ułatwiający ewakuację.....	119
14.6.	Przyciski wezwania pomocy w sytuacji zagrożenia	121
14.7.	Szkolenia personelu z zakresu ewakuacji osób niepełnosprawnych	122
15.	Dostępność usług stomatologicznych - perspektywa medyczna	122
15.1.	Podstawowe zasady zachowania i komunikowania się z osobami o szczególnych potrzebach	123
15.2.	Kwalifikacja do leczenia stomatologicznego	127
15.3.	Leczenie stomatologiczne w warunkach ambulatoryjnych	127
16.	Leczenie stomatologiczne w warunkach ambulatoryjnych w znieczuleniu ogólnym	131
16.1.	Kwalifikacja do zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym (ZO)	131
16.2.	Przygotowanie do konsultacji lekarskiej	132
16.3.	Konsultacja anestezjologiczna	133
16.4.	Konsultacja stomatologiczna	136

16.5.	Zgoda na leczenie	140
16.6.	Przebieg zabiegu	146
16.7.	Rekonwalescencja i wizyty kontrolne	151
16.8.	Monitoring satysfakcji z opieki medycznej	152
17.	Leczenie stomatologiczne w warunkach szpitalnych (wytyczne/rekomendacje/zalecenia).....	152
17.1.	Kwalifikacja pacjentów do leczenia stacjonarnego w znieczuleniu ogólnym ..	153
17.2.	Wymagane dokumenty do leczenia szpitalnego	153
17.3.	Organizacja warunków leczenia szpitalnego	154
17.4.	Zakres leczenia stomatologicznego/zgoda na leczenie	154
17.5.	Kwalifikacja i ocena ryzyka	155
17.6.	Szkolenia i kwalifikacje personelu	155
18.	Rekomendacje zmian w kształceniu przeddyplomowym lekarzy dentystów - edukacja z zakresu leczenia pacjentów ze szczególnymi potrzebami	156
19.	Katalog sprzętu zwiększającego dostępność	158
19.1.	Wykaz niestandardowego wyposażenia gabinetu stomatologicznego	158
19.2.	Wykaz sprzętu – dostępność informacyjno-komunikacyjna	158
19.3.	Wykaz sprzętu – dostępność cyfrowa	159
19.4.	Wykaz sprzętu – dostępność architektoniczna	159
20.	Literatura	160
21.	Załączniki do standardu	163

1. Wprowadzenie

Zadaniem każdej placówki, również gabinetu stomatologicznego, jest stworzenie warunków, które umożliwią bezpieczne i samodzielne (lub z osobą wspierającą) dotarcie do budynku wszystkim pacjentom, niezależnie od ich sprawności, wieku czy stanu zdrowia oraz świadczenie usług medycznych z uwzględnieniem zasad dostępności.

Standard dostępności architektonicznej, cyfrowej i informacyjno-komunikacyjnej dla gabinetów i świadczonych w nich usług stomatologicznych to zestaw wskazówek, wytycznych i dobrych praktyk. Jest adresowany w szczególności do kadry zarządzającej placówką oraz do personelu medycznego i niemedycznego gabinetów stomatologicznych. Wdrożenie standardu ułatwi osobom ze szczególnymi potrzebami korzystanie z usług stomatologicznych, zaś dentystom leczenie wszystkich pacjentów, z uwzględnieniem ich indywidualnych potrzeb.

Standard opracowano w ramach projektu „Dostępna stomatologia”, zrealizowanego w ramach priorytetu 03 Dostępność i usługi dla osób z niepełnosprawnościami, działanie 03.03 Systemowa poprawa dostępności, Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027. Dokument został przygotowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Lider) w partnerstwie z Polskim Towarzystwem Stomatologicznym (PTS) oraz Fundacją AVALON.

Celem projektu jest zwiększenie dostępności usług stomatologicznych dla pacjentów i pacjentek z niepełnosprawnościami oraz ze szczególnymi potrzebami.

Ustawa o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami definiuje osobę ze szczególnymi potrzebami jako osobę, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadach równości z innymi osobami.

Na potrzeby niniejszego standardu, osoby ze szczególnymi potrzebami rozumiane są jako:

- osoby z niepełnosprawnością ruchu (na przykład poruszające się na wózkach, o kulach i balkonikach, osoby z ograniczoną motoryką rąk),
- osoby z niepełnosprawnością wzroku (niewidome i słabowidzące),
- osoby z niepełnosprawnością słuchu (głuche i niedosłyszące),
- osoby głuchoniewidome,
- osoby z niepełnosprawnością intelektualną,
- osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego,
- osoby starsze, z chorobami współistniejącymi/chorobami wieku starczego,
- osoby z chorobą otyłościową, z otyłością olbrzymią,
- kobiety w ciąży,
- osoby z małymi dziećmi, w tym z wózkami dziecięcymi,
- osoby mające trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (także z rozumieniem języka pisanego albo mówionego),
- osoby z ciężkim lub nieporęcznym bagażem, osoby niskorosłe,

- inne osoby ze szczególnymi potrzebami.

Standard został napisany w ujęciu funkcjonalnym - odzwierciedla ścieżkę pacjenta podczas wizyty w placówce stomatologicznej.

Standard uwzględnia zagadnienia z zakresu dostępności:

- architektonicznej (A),
- informacyjno-komunikacyjnej (KI),
- cyfrowej (C),
- usług stomatologicznych z perspektywy medycznej.

Minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami określono w artykule 6 Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411).

Zapoznaj się z warunkami dostępności zawartymi w standardzie, aby zapewnić dostępność prowadzonej przez Ciebie placówki stomatologicznej dla osób ze szczególnymi potrzebami.

Grafiki i obrazki umieszczone w Standardzie nie są własnością PFRON. Pochodzą z innych dokumentów i opracowań, których źródło zostało wskazane pod każdą z nich.

2. Słownik pojęć i skrótów

Alfabet Braille’a

System zapisu znaków w formie sześciu wypukłych punktów w różnym układzie. Jest odczytywany dotykiem, służy osobom z niepełnosprawnością wzroku.

Alfabet Lorma

System kreślenia linii lub stawiania punktów na dłoni, które odpowiadają poszczególnym literom alfabetu. Służy osobom głuchoniewidomym.

Alternatywne i wspomagające metody komunikacji (AAC)

Metody obejmujące wykorzystanie różnych narzędzi, takich jak: systemy oparte na symbolach graficznych (PCS, piktogramy, MÓWik); na gestach (na przykład język migowy, alfabet palcowy, gesty systemu programu językowego Makaton, gesty naturalne), a także nowoczesne urządzenia technologiczne i aplikacje na telefonach i tabletach (komunikatory głosowe).

API - z języka angielskiego: Approximal Plaque Index - Indeks Płytki Nazębnej Aproksymalnej. To wskaźnik oceniający obecność płytki bakteryjnej na powierzchniach stycznych zębów. Służy do oceny jakości higieny jamy ustnej — szczególnie w miejscach trudno dostępnych dla szczoteczki.

Aplikacja

To program komputerowy stworzony po to, aby pomagać jego użytkownikowi w wykonywaniu określonych zadań na przykład: pisanie wiadomości, gra na telefon, aplikacja bankowa do obsługi konta.

Audiodeskrypcja

Głosowy opis istotnych elementów wizualnych, który umożliwia osobom niewidomym i słabowidzącym odbiór treści wizualnych (na przykład: filmów, spektakli teatralnych, wydarzeń). Opis przekazywany jest zazwyczaj przez lektora lub nagranie dźwiękowe w przerwach między dialogami lub innymi istotnymi dźwiękami.

Bariera

Przeszkoda lub ograniczenie, które utrudnia lub uniemożliwia osobom ze szczególnymi potrzebami udział w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami.

Bluetooth

Standard komunikacji bezprzewodowej pomiędzy różnymi urządzeniami elektronicznymi. Wykorzystywany między innymi w systemach nawigacyjnych dla osób z niepełnosprawnością wzroku.

Budynek użyteczności publicznej

Obiekt przeznaczony do zaspokajania powszechnych potrzeb społecznych i dostępny dla wszystkich. Jest to budynek przeznaczony na przykład na potrzeby:

- administracji publicznej, wymiaru sprawiedliwości, kultury, kultu religijnego,
- oświaty, wychowania, nauki, szkolnictwa wyższego,
- ochrony zdrowia, pomocy społecznej,
- obsługi bankowej, pocztowej lub telekomunikacyjnej,
- handlu, gastronomii, turystyki, sportu,
- obsługi pasażerów w transporcie kolejowym, drogowym, lotniczym, morskim lub wodnym śródlądowym,
- biurowe i socjalne.

Biała laska

Podstawowe narzędzie wspomagające orientację przestrzenną i samodzielne poruszanie się osób niewidomych i słabowidzących. Ułatwia wykrywanie przeszkód na drodze, pozwala ocenić strukturę i ukształtowanie nawierzchni, a dzięki charakterystycznemu wyglądowi pełni również funkcję sygnałową, informując otoczenie, że posługująca się nią osoba ma trudności wzrokowe.

CAPTCHA (z języka angielskiego Completely Automated Public Turing test to tell Computers and Humans Apart)

Zabezpieczenie na stronach internetowych (stronach www), które weryfikuje i rozpoznaje, czy użytkownikiem jest człowiek (na przykład poprzez prośbę o odczytywanie treści z obrazka, wykonanie zadania tekstowego lub matematycznego). Może stanowić barierę dla osób z niepełnosprawnościami, szczególnie dla użytkowników z niepełnosprawnością wzroku.

Ciągi komunikacyjne

To ogólny termin dla przestrzeni przeznaczonych do ruchu pieszego i kołowego, podczas gdy ciągi piesze to konkretnie trasy przeznaczone tylko dla ruchu pieszych.

Czat (z języka angielskiego chat)

Forma komunikacji internetowej za pośrednictwem komunikatora, który może być elementem strony lub samodzielną aplikacją. Polega najczęściej na wymianie w czasie rzeczywistym krótkich komunikatów tekstowych pomiędzy dwoma (lub więcej) użytkownikami. Istnieją także czaty głosowe oraz wideoczaty. Specyficzną odmianą czata jest czatbot, czyli program, który do komunikacji z użytkownikiem wykorzystuje sztuczną inteligencję.

Czcionka szeryfowa

Czcionki szeryfowe, na przykład Times New Roman, Georgia, Garamond posiadają małe linie lub ozdobniki na końcach liter/cyfr (szeryfy). Często są stosowane w drukowanych książkach lub gazetach.

Czcionka bezszeryfowa

Czcionki bezszeryfowe mają prosty krój i są pozbawione ozdób. To na przykład: Calibri, Arial, Aptos. Są stosowane w materiałach cyfrowych i uznaje się je za dostępne.

CSS (z języka angielskiego Cascading Style Sheets)

Kaskadowe Arkusze Stylów. CSS to język opisujący wygląd i formatowanie stron internetowych. Określa, jak elementy strony internetowej (na przykład kolory, czcionki, odstępy) powinny być wyświetlane w przeglądarce internetowej.

Czytniki ekranu

Programy komputerowe, które rozpoznają tekst wyświetlany na monitorze komputera, telefonu lub innego urządzenia, a następnie przedstawiają go w postaci głosowej.

Deklaracja dostępności

Obowiązkowy dokument dla podmiotów publicznych, który zawiera:

- opis dostępności cyfrowej strony internetowej lub aplikacji mobilnej podmiotu publicznego,
- informacje o dostępności architektonicznej oraz o dostępności informacyjno-komunikacyjnej.

Struktura i treść deklaracji dostępności zostały ściśle określone przez Ministra Cyfryzacji. Deklaracja dostępności powinna być łatwo dostępna na stronie internetowej podmiotu, na przykład w stopce lub w sekcji "O nas".

Desensytyzacja (odwrażliwianie)

Proces terapeutyczny polegający na zmniejszaniu reakcji lękowych lub innych silnych reakcji na określony bodziec, poprzez stopniowe i kontrolowane wystawianie pacjenta na bodziec wywołujący stres/strach.

Dostęp alternatywny

Wszelkie działania i rozwiązania zastosowane w przypadku braku możliwości zapewnienia samodzielnego dostępu przez osoby ze szczególnymi potrzebami, do usług, przestrzeni i infrastruktury. Dostęp alternatywny może być zapewniany:

- przy wsparciu innej osoby/osób,
- z zastosowaniem technicznego wsparcia,
- z wprowadzeniem rozwiązań organizacyjnych.

Dostęp alternatywny należy traktować jako ostateczność i stosować go tylko w wyjątkowych sytuacjach na przykład, gdy wyczerpano możliwości zastosowania rozwiązań opartych na zasadach projektowania uniwersalnego lub racjonalnych usprawnień.

Dostępność

Brak barier, które uniemożliwiają lub utrudniają osobom ze szczególnymi potrzebami udział w różnych sferach życia na równi z innymi osobami. Dostępność sprawia, że osoby ze szczególnymi potrzebami są niezależne od innych. Są trzy obszary dostępności:

- **dostępność architektoniczna** – zapewnienie przestrzeni i budynków, z których osoby ze szczególnymi potrzebami mogą łatwo i samodzielnie korzystać;
- **dostępność cyfrowa** – zapewnienie dostępnych stron internetowych, aplikacji mobilnych oraz dokumentów cyfrowych;
- **dostępność informacyjno-komunikacyjna** – zapewnienie dostępu do informacji i komunikacji w sposób, który jest najbardziej zrozumiały, dostępny i skuteczny dla osób ze szczególnymi potrzebami.

Dyrektywa EAA – Europejski Akt o Dostępności (z angielskiego European Accessibility Act)

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/882 – to unijny dokument, który ujednolici standardy dostępności produktów i usług na obszarze Unii Europejskiej w celu zapewniania dostępu dla osób ze szczególnymi potrzebami.

ETR (z języka angielskiego easy to read – tekst łatwy do czytania i zrozumienia)

Forma komunikacji pisemnej, która ma na celu uproszczenie tekstu, tak aby był zrozumiały dla osób z trudnościami w czytaniu i rozumieniu, na przykład osób z niepełnosprawnością intelektualną, dysleksją czy osób starszych.

Etykieta

Inaczej kotwica. To element strony, do którego można przenieść się za pomocą odnośnika. Ułatwia nawigację po stronie i zwiększa poziom jej dostępności.

Eye tracker

Rodzaj urządzeń lub systemów, które rejestrują ruchy gałek ocznych, analizują je, a następnie pozwalają między innymi na sterowanie komputerem.

Fakturowe Oznaczenie Nawierzchni (FON)

(z języka angielskiego TWSIs – Tactile Walking Surface Indicators)

Zbiór oznaczeń umieszczanych w podłożu (podłogi, chodniki), które umożliwiają osobie niewidomej lub słabowidzącej orientację w terenie i przemieszczenie się. Do tworzenia fakturowych oznaczeń nawierzchni (ścieżek dotykowych) stosuje się:

- fakturę kierunkową (typ A) – stosowaną w formie pasów prowadzących; to rodzaj nawierzchni, na której znajdują się ułożone w ciąg elementy rowkowane, których zadaniem jest doprowadzenie osób z niepełnosprawnością wzroku do wybranych elementów infrastruktury, na przykład wejścia do budynku,
- fakturę ostrzegawczą (typ B) – stosowaną w formie pól w miejscach, gdzie występują przeszkody lub zagrożenia dla użytkowników, na przykład przy krawędziach przejść dla pieszych lub w formie pól uwagi w miejscu zmiany kierunku poruszania się, przed punktami docelowymi, do których kieruje pas prowadzący,
- faktury informacyjne (typ C) – kilka typów faktur stosowanych w formie pól jako informacja o lokalizacji elementów wyposażenia przestrzeni i punktów orientacyjnych wykorzystywanych przez osoby z niepełnosprawnością wzroku (typ C1), oznaczenie pól oczekiwania (typ C2) lub pól uwagi na skrzyżowaniach ścieżek kierunkowych (typ C4).

Więcej informacji na temat systemu FON znajdziesz w rozdziale „Fakturowe oznakowanie nawierzchni (FON) – ścieżki dotykowe”.

Fokus klawiatury

Mechanizm, który pozwala aktywować wybrane miejsce na stronie lub w aplikacji za pomocą klawiatury. Pozwala także wchodzić w interakcje z wybranym elementem (na przykład napisać tekst, aktywować, zaznaczyć pole wyboru). Fokus powinien być wyróżniony graficznie, na przykład za pomocą widocznej ramki lub innego koloru tła.

Hover

Najechnanie kursorem myszy nad wybrany element strony internetowej bez aktywacji (kliknięcia). W CSS mechanizm hover pozwala na określenie stylu elementu, który ma być zastosowany w momencie najechnania nad element kursorem (na przykład zmiana koloru tła, wyświetlenie dodatkowych informacji, powiększenie).

HTML (z języka angielskiego HyperText Markup Language)

Język znaczników, który używany jest do tworzenia stron internetowych. Określa sposób organizacji treści na stronie za pomocą znaczników.

Interfejs użytkownika

Oznacza wszystko, co pozwala użytkownikowi komunikować się z komputerem, telefonem, tabletem, innym urządzeniem lub systemem. Obejmuje elementy interaktywne i graficzne, takie jak przyciski, ikony, menu, pola tekstowe.

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych (Konwencja ONZ)

Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 roku, ratyfikowana przez Polskę 6 września 2012 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 1169 ze zmianami).

Kod QR (z języka angielskiego Quick Response)

Kod szybkiej odpowiedzi. Ma formę dwuwymiarowego kwadratowego kodu graficznego. Może mieć zakodowane różne dane, na przykład adresy stron internetowych, dane kontaktowe, teksty. Jest łatwy do skanowania za pomocą smartfonów.

Kontrast barwny

Różnica pomiędzy kolorystyką sąsiadujących ze sobą powierzchni i elementów obliczana z zastosowaniem współczynnika odbicia światła (z języka angielskiego Light Reflectance Value (LRV)). Im większa różnica pomiędzy współczynnikami LRV, tym większy kontrast barwny pomiędzy sąsiadującymi powierzchniami/elementami.

Koordynator medyczny

Koordynator medyczny lub koordynatorka medyczna to osoba odpowiedzialna za organizację procesu leczenia pacjenta. Realizuje zadania administracyjne, organizacyjne i komunikacyjne, pełniąc rolę łącznika pomiędzy pacjentem a zespołem medycznym.

Napisy

Tekstowa wersja dialogów stosowana w materiałach audiowizualnych. Napisy wyświetlane są zwykle w dolnej części ekranu odtwarzacza. Są często wykorzystywane między innymi przez osoby z niepełnosprawnością słuchu. Wyróżniamy:

- **Napisy otwarte (z języka angielskiego Open Captions – OC)** – są stałym elementem materiału wideo. Nie można ich wyłączyć ani dostosować wielkości, koloru czy kroju czcionki.
- **Napisy zamknięte (z języka angielskiego Closed Captions – CC)** – są zapisane w oddzielnym pliku tekstowym i dołączone do materiału wideo. Użytkownik może je włączyć lub wyłączyć oraz dostosować ich wygląd do własnych potrzeb.
- **Napisy rozszerzone** – poza treścią dialogów zawierają także opisy innych, istotnych dźwięków obecnych w materiale audiowizualnym, na przykład muzyki, dźwięków tła. Pozwalają osobom z niepełnosprawnością słuchu zapoznać się z treściami dźwiękowymi.

NFC (z języka angielskiego Near Field Communication)

Technologia bezprzewodowej komunikacji krótkiego zasięgu (do około 20 cm). Wykorzystywana między innymi w płatnościach zbliżeniowych czy odczycie krótkich danych tekstowych za pomocą telefonu (na przykład tabliczki nadrzwiowe ze znacznikiem NFC).

OCR (z języka angielskiego Optical Character Recognition - Optyczne Rozpoznawanie Znaków)

Oprogramowanie lub technika umożliwiająca rozpoznawanie tekstu w obrazie (na przykład w zeskanowanym dokumencie). Zastosowanie OCR powoduje, że czytnik ekranu czyta zeskanowany dokument. Można też zaznaczyć i skopiować fragment zeskanowanego tekstu. Wiele nowoczesnych skanerów oferuje zapis skanu w formacie PDF (z języka angielskiego Portable Document Format) z zastosowaniem OCR.

Osoba przybrana

To osoba pomagająca w czynnościach prawnych.

Osoba wspierająca

Osoba fizyczna lub wykwalifikowana osoba świadcząca usługi specjalistyczne, której głównym celem jest działanie na rzecz autonomii, godności, podmiotowości oraz zaspokajania potrzeb osoby z niepełnosprawnością. Rola ta polega na realizacji dostosowanych do osoby z niepełnosprawnością form wsparcia w czynnościach, których nie może ona wykonać samodzielnie, a które są niezbędne do prowadzenia aktywnego, niezależnego i pełnego życia, na zasadzie równości z innymi osobami.

Funkcje osoby wspierającej mogą wykonywać:

- asystenci osobiści,
- rodzice i członkowie rodziny,
- opiekunowie prawni (przedstawiciele ustawowi),
- asystenci medyczni (rozumiani szerzej jako personel wspierający w placówkach medycznych, na przykład pielęgniarka),
- opiekunowie faktyczni (na przykład członkowie rodziny, pracownicy socjalni),
- tłumacze języka migowego lub tłumacze-przewodnicy (PJM, SJM, SKOGN),
- inne osoby, które wskaże osoba z niepełnosprawnością:
 - osoby bliskie,
 - inne osoby przybrane.

Osoba z niepełnosprawnością/osoba niepełnosprawna

Osoba, która ma długotrwale lub okresowo naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać jej pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami.

Osoba ze szczególnymi potrzebami

Osoba, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami.

Na potrzeby niniejszego standardu osoby ze szczególnymi potrzebami to:

- osoby z niepełnosprawnością ruchu (na przykład poruszające się na wózkach, o kulach i balkonikach, osoby z ograniczoną motoryką rąk),
- osoby z niepełnosprawnością wzroku (niewidome i słabowidzące),
- osoby z niepełnosprawnością słuchu (głuche i niedosłyszające),
- osoby głuchoniewidome,
- osoby z niepełnosprawnością intelektualną,
- osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego,
- osoby starsze, z chorobami współistniejącymi/chorobami wieku starczego,

- osoby z chorobą otyłościową, z otyłością olbrzymią,
- kobiety w ciąży,
- osoby z małymi dziećmi, w tym z wózkami dziecięcymi,
- osoby mające trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (także z rozumieniem języka pisanego albo mówionego),
- osoby z ciężkim lub nieporęcznym bagażem,
- osoby niskoroste,
- inne osoby ze szczególnymi potrzebami.

Pętla indukcyjna (induktofoniczna)

System wspomagający odbiór komunikatów przez osoby słabosłyszące, które korzystają z aparatów słuchowych/implantów ślimakowych. Wyróżnia się pętle montowane na stałe i przenośne, pętle stanowiskowe o ograniczonym polu działania oraz obejmujące zasięgiem całe pomieszczenie.

PFRON

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Pies asystujący

Odpowiednio wyszkolony i specjalnie oznaczony pies, w szczególności pies przewodnik osoby niewidomej lub niedowidzącej oraz pies asystenta osoby niepełnosprawnej ruchowo, który ułatwia osobie niepełnosprawnej aktywne uczestnictwo w życiu społecznym.

Plan tyflograficzny

Plan, który umożliwia osobie niewidomej i słabowidzącej zapoznanie się z układem pomieszczenia/budynku/przestrzeni za pomocą dotyku i resztek wzroku. Na planie tyflograficznym informacje są umieszczone w formie wypukłej, a opisy w alfabecie Braille'a, druku powiększonym oraz kodzie QR.

Pocałuj i jedź (z języka angielskiego kiss & ride/kiss & drive)

Miejsce krótkiego (na około 1-2 minuty), bezpłatnego postoju, zlokalizowane w bezpośrednim sąsiedztwie wejścia na przykład na dworzec, przystanek, lotnisko, do szkoły czy atrakcji turystycznych. Parkowanie na takim miejscu służy jedynie wysadzeniu osoby z pojazdu lub odebraniu osoby, przez osobę, która na nią czeka w tym miejscu.

Polski Akt o Dostępności (PAD) - Ustawa o dostępności produktów i usług

Polski Akt o Dostępności to Ustawa z dnia 26 kwietnia 2024 r. o zapewnianiu spełniania wymagań dostępności niektórych produktów i usług przez podmioty gospodarcze (Dz. U. z 2024 r. poz. 731).

Polski Język Migowy (PJM)

Polski Język Migowy (PJM) to naturalny wizualno-przestrzenny język osób głuchych w Polsce. Ma własną gramatykę, składnię i strukturę, różną od języka polskiego mówionego.

Pomieszczenie techniczne

Pomieszczenie przeznaczone dla urządzeń służących do funkcjonowania i obsługi technicznej budynku.

Projektowanie uniwersalne

Projektowanie środowiska, produktów i usług w taki sposób, żeby były użyteczne i dostępne dla każdej osoby (bez względu na wiek, sprawność, sposób komunikacji), bez konieczności specjalnych adaptacji i dostosowań.

Prosty język

Standard komunikacyjny przyjęty w administracji publicznej. Charakteryzuje się zrozumiałością, zwięzłością, jasnością, przejrzystością przekazywanych treści i skupieniu podczas wypowiedzi na odbiorcy. W języku prostym stosuje się proste słownictwo i krótkie zdania oraz unika żargonu i skomplikowanych konstrukcji gramatycznych. Prosty język dostępny jest dla szerokiego grona odbiorców, niezależnie od ich wykształcenia, znajomości języka czy szczególnych potrzeb.

Przestrzeń manewrowa

Wolna od przeszkód, minimalna przestrzeń o wymiarach minimum 150 x 150 cm, która umożliwia podjechanie, wykonanie obrotu i skrętu wózkiem.

Przestrzeń publiczna

Środowisko zewnętrzne przeznaczone do użytkowania przez wszystkich (klientów, pracowników i każdą inną osobę) oraz budynki, w których świadczone są usługi publiczne.

Pułapka klawiaturowa

Inaczej pułapka fokusowa. Sytuacja, w której podczas nawigacji po stronie internetowej/ dokumencie elektronicznym za pomocą klawiatury fokus zostaje zablokowany w wybranym obszarze, na przykład w polu formularza lub menu rozwijanym i nie można go opuścić za pomocą klawisza Tab, skrótu Shift + Tab lub Escape. Jest to poważna bariera w dostępności cyfrowej, ponieważ uniemożliwia interakcję z pozostałymi elementami strony lub dokumentu.

Radiowizjografia cyfrowa

Metoda uzyskiwania obrazów stomatologicznych za pomocą promieniowania rentgenowskiego, w której wykorzystuje się czujniki cyfrowe zamiast tradycyjnej kliszy. Pozwala na natychmiastowe uzyskanie obrazu na ekranie komputera i minimalne narażenie pacjenta na promieniowanie (nawet o 90%). Umożliwia cyfrową obróbkę obrazu (na przykład wyostrenia, przyciemnienia, pomiarów) oraz łatwą archiwizację i przesyłanie danych. Jest to kluczowe narzędzie diagnostyczne w stomatologii do wykrywania próchnicy, chorób przyzębia i innych zmian patologicznych oraz planowania leczenia, na przykład kanałowego czy implantologicznego.

Racjonalne usprawnienie

Zmiany oraz dostosowania, które polegają na koniecznym i najprostszym dostosowaniu rozwiązań w konkretnych sytuacjach. Mają zapewnić osobom ze szczególnymi potrzebami korzystanie z dóbr i usług na zasadzie równości z innymi osobami.

Responsywność strony internetowej (z języka angielskiego Responsive Web Design – RWD)

Automatyczne dostosowanie układu i wyglądu strony do różnej wielkości ekranów i urządzeń, na przykład tabletów, smartfonów, laptopów. Dzięki temu strona jest uniwersalna, niezależnie od wykorzystywanych urządzeń czy oprogramowania.

RMI WTB

Rozporządzenie Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. z 2022 r. poz. 1225 ze zmianami).

Rozwiązanie intuicyjne

Sposób korzystania z przedmiotu, przestrzeni i infrastruktury, który nie wymaga zaangażowania poznawczego od użytkownika.

SJM

Sztuczny system komunikacji (tak zwany język migany) stworzony przez osoby słyszące w celu porozumiewania się z osobami głuchymi.

Skarga na brak dostępności

Środek prawny, który przysługuje wnioskodawcy w przypadku niezapewnienia dostępności w sposób i w terminie określonym we wniosku o zapewnienie dostępności. Można ją złożyć również wtedy, gdy podmiot zawiadomi wnioskodawcę o braku możliwości zapewnienia dostępności. Skargę należy złożyć do Prezesa PFRON. Skarga jest uregulowana w artykule 32 i 33 ustawy o zapewnianiu dostępności.

Uwaga! Skarga na brak dostępności to nie to samo co skarga w sprawie zapewnienia dostępności cyfrowej.

Skarga w sprawie zapewnienia dostępności cyfrowej (strony internetowej, aplikacji mobilnej lub elementu strony internetowej).

Środek prawny, który przysługuje osobie, która wystąpiła do podmiotu publicznego z żądaniem zapewnienia dostępności cyfrowej strony internetowej, aplikacji mobilnej lub elementu strony internetowej i uzyskała odmowę realizacji żądania zapewnienia dostępności cyfrowej lub dostępu alternatywnego. Skargę składa się do tego samego podmiotu, co żądanie. Informacje o osobie odpowiedzialnej za rozpatrywanie skarg w podmiocie i jej dane kontaktowe są wskazywane w deklaracji dostępności. Skarga jest uregulowana w artykule 18 ustawy o dostępności cyfrowej.

Uwaga! skarga w sprawie zapewnienia dostępności cyfrowej to nie to samo co skarga na brak dostępności.

Skiplink

Inaczej link pomijający. Jest to mechanizm nawigacyjny strony internetowej, który pozwala na pomijanie pewnych elementów strony, na przykład menu. Ułatwia i przyspiesza użytkowanie stron internetowych osobom korzystającym z czytników ekranu i nawigacji za pomocą klawiatury.

SKOGN

Sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych - metody komunikacji, w których sposób przekazu komunikatu jest dostosowany do potrzeb wynikających z łącznego występowania dysfunkcji wzroku i słuchu.

Slider

Inaczej karuzela lub suwak. Jest to interaktywny element strony internetowej, który przesuwa różne treści (na przykład zdjęcia lub teksty) w tym samym obszarze. Z jednej strony slider przyciąga uwagę użytkowników, ale z drugiej może rozpraszać i być trudny w obsłudze dla osób z niepełnosprawnościami.

Spocznik

Element schodów lub pochylni, płyta pozioma stanowiąca początek lub koniec biegu lub przedzielająca biegi schodów.

Style nagłówkowe

Stosowane w edytorach tekstu do tworzenia nagłówków o różnych poziomach. Poziomy mogą różnić się rozmiarem czcionki, kolorem, odstępami. Style nagłówkowe ujednolicają wygląd dokumentu, nadają mu logiczną strukturę oraz ułatwiają nawigację i tworzenie spisu treści.

System FM (z języka angielskiego Frequency Modulation)

System działający w oparciu o technologię radiową, wspierający słyszenie i rozumienie mowy (szczególnie w zatłoczonych i głośnych pomieszczeniach).

System IR

System przesyłania sygnałów oparty o podczerwień (IR – z języka angielskiego infrared). Wykorzystywany między innymi w systemach wspomagających słyszenie.

System odnajdywania drogi (SOD)

To system informacji i oznaczeń (wizualnych, dźwiękowych, dotykowych), które pomagają orientować się w przestrzeni oraz bez problemu dotrzeć do celu.

Technologie wspierające

Szereg rozwiązań - zarówno sprzętu, jaki i oprogramowania, które ułatwiają osobom z różnego rodzaju niepełnosprawnościami codzienne funkcjonowanie.

Tekst alternatywny

Tekstowy opis treści nietekstowej, na przykład grafiki, tabele, zdjęcia. Umożliwia zapoznanie się z tymi obiektami za pomocą słuchu (treść alternatywna jest odczytywana przez czytnik ekranu), a nie wzroku. Czasem nazywany altem (od znacznika HTML-alt).

Tekstofon

Rodzaj telefonu wyposażonego w niewielki wyświetlacz i pełną klawiaturę, umożliwiający prowadzenie konwersacji w postaci tekstów; urządzenie dla osób niesłyszących, mające postać przystawki do telefonu.

Touchpad

Inaczej panel dotykowy, który zastępuje w laptopie myszkę komputerową. Posiada czujniki dotyku, dzięki czemu przekłada ruch lub pozycję palca użytkownika na pozycję kursora na ekranie.

Transkrypcja

Zapis tekstowy treści nagrania dźwiękowego lub ścieżki dźwiękowej filmu. Umożliwia dostęp do treści audio osobom z niepełnosprawnością słuchu.

Trasa wolna od przeszkód

Część chodnika/korytarza/drogi dojścia pozbawiona jakichkolwiek barier i przeszkód (na przykład: progów, stopni, ławek, stojaków, koszy, parkometrów, mebli). Trasa wolna od przeszkód umożliwia bezpieczne poruszanie się.

Ustawa o dostępności cyfrowej (UoDC)

Ustawa z 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. 2023 r. poz. 1440 ze zmianami).

Ustawa o dostępności produktów i usług

Ustawa z dnia 26 kwietnia 2024 r. o zapewnianiu spełniania wymagań dostępności niektórych produktów i usług przez podmioty gospodarcze (Dz. U. z 2024 poz. 731).

Ustawa o języku migowym

Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2023 r. poz. 20).

Ustawa o rehabilitacji

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913).

Ustawa o zapewnianiu dostępności (UoZD)

Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411).

Użytkownik

Osoba, która posiada interes faktyczny lub prawny w dostępie do infrastruktury i usług świadczonych przez dany podmiot.

Walidator

W kontekście dostępności cyfrowej, to najczęściej program (wtyczka, strona, aplikacja), który służy do sprawdzania poprawności kodu strony internetowej, dokumentu cyfrowego lub aplikacji. Walidator może sprawdzić zgodność na przykład ze standardem WCAG 2.1, wskazać błędy i wygenerować raport z rekomendacjami.

WCAG (z języka angielskiego Web Content Accessibility Guidelines)

Standard opublikowany przez organizację W3C (w języku angielskim „World Wide Web Consortium”, organizacja, która zajmuje się ustanawianiem standardów pisania i przesyłu stron www). Zawiera zbiór zasad, jakimi powinni kierować się twórcy stron internetowych, aplikacji mobilnych i treści cyfrowych, aby przygotowane przez nich materiały były maksymalnie dostępne dla osób z różnymi szczególnymi potrzebami.

Widżet (z języka angielskiego widget)

Podstawowy, interaktywny element interfejsu graficznego, na przykład pole edycji, suwak, okno. Widżety umożliwiają komunikację programu z użytkownikiem. Są często wykorzystywane na stronach internetowych oraz w oprogramowaniu smartfonów.

Wniosek o zapewnienie dostępności

Środek prawny, który może zostać złożony przez osobę, która potrzebuje zapewnienia dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej (osoba musi wykazać interes w zapewnieniu dostępności). Wniosek składa się do podmiotu publicznego. Procedura składania i rozpatrywania wniosku została uregulowana w ustawie o zapewnianiu dostępności.

Woonerf

Obszar, w którym elementy ulicy, takie jak: chodniki, jezdnie, parkingi, są zintegrowane w jednolitą przestrzeń, w sposób zachęcający użytkowników do wolniejszej jazdy i większej współpracy między pieszymi, rowerzystami i kierowcami.

Współczynnik LRV

Współczynnik odbicia światła od powierzchni (z języka angielskiego Light Reflectance Value), służący między innymi do określania kontrastu barwnego. Im wyższy współczynnik, tym więcej światła zostaje odbite od powierzchni. Im mniejszy współczynnik, tym mniej odbitego światła. Dla koloru białego przyjmuje się, że współczynnik LRV wynosi 100%. Dla głębokiej czerni współczynnik LRV to 0%.

Wtyczki (z języka angielskiego plug-in)

Inaczej rozszerzenie. To dodatkowy moduł, który rozszerza funkcjonalność danego programu, aplikacji lub systemu.

Zdjęcie cefalometryczne

Zdjęcie rentgenowskie czaszki w pozycji bocznej, które uwidacznia kości twarzy, zatoki przynosowe, podniebienie oraz tkanki miękkie.

Zdjęcie pantomograficzne

Zdjęcie rentgenowskie, które ukazuje zęby, kości szczęki i żuchwy, stawy skroniowo-żuchwowe oraz zatoki szczękowe. Badanie służy do diagnostyki, planowania leczenia, monitorowania wzrostu zębów u dzieci oraz oceny stanu tkanek niewidocznych podczas zwykłego badania stomatologicznego.

Zdjęcie skrzydłowo-zgryzowe

Zdjęcie rentgenowskie przedstawiające korony górnych (szczęki) i dolnych (żuchwy) zębów w odcinku tylnym (przedtrzonowych i trzonowych) po jednej stronie. Wskazane przede wszystkim do diagnostyki próchnicy na powierzchniach styecznych, nawisających wypełnień, nieszczelnych koron lub mostów.

Żądanie zapewnienia dostępności cyfrowej

Dotyczy stron internetowych i aplikacji mobilnych. Może być złożone przez każdego użytkownika. Żądanie powinno zawierać:

- dane kontaktowe osoby występującej z żądaniem,
- wskazanie strony internetowej, aplikacji mobilnej lub ich elementu, które mają być dostępne cyfrowo,
- wskazanie sposobu kontaktu z osobą składającą żądanie,
- wskazanie alternatywnego sposobu dostępu (jeśli dotyczy).

Podmiot musi odpowiedzieć na żądanie bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 7 dni. Jeśli zapewnienie dostępności cyfrowej nie jest możliwe w tym terminie, podmiot może przedłużyć czas za spełnienie żądania maksymalnie do 2 miesięcy.

ZO (znieczulenie ogólne)

Proces medyczny polegający na wprowadzeniu pacjenta w stan odwracalnej, kontrolowanej nieświadomości, podczas którego eliminowane jest odczuwanie bólu i odruchy obronne.

3. Obowiązujące regulacje prawne

- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/882.
- Kodeks Etyki Lekarskiej.
- Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U z 1997 r. nr 78).
- Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 roku, ratyfikowana przez Polskę 6 września 2012 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 1169 ze zmianami).
- Polski Akt o Dostępności (PAD) - Ustawa z dnia 26 kwietnia 2024 r. o zapewnianiu spełniania wymagań dostępności niektórych produktów i usług przez podmioty gospodarcze (Dz. U. z 2024 r. poz. 731).

- Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Załącznik do obwieszczenia Ministra Rozwoju i Technologii z dnia 15 kwietnia 2022 r. (t.j. Dz. U z 2022 r. poz. 1225).
- Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. z 2003 r. nr 169, poz. 1650).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2024 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 2024 r., poz. 332).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.).
- Ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. 2023 r. poz. 1440 ze zm.).
- Ustawa z dnia 26 kwietnia 2024 r. o zapewnianiu spełniania wymagań dostępności niektórych produktów i usług przez podmioty gospodarcze (Dz. U. z 2024 r. poz. 731).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. z 2023 r. poz. 20).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2025 r. poz. 913).
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dz. U z 2024 r. poz. 146).
- Zarządzenie Nr 77/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2019 r. (Zarządzenie nr 77/2019/DSOZ).

4. Dostępność

4.1. Przepisy i standardy w zakresie dostępności

4.1.1. Regulacje prawne

Dostępność jest regulowana kilkoma polskimi aktami prawnymi. Wiele z nich ma swoje źródło w przepisach prawa międzynarodowego i unijnego. Oprócz regulacji prawnych, bardzo ważne są także standardy dostępności. One precyzują i uzupełniają przepisy prawne w zakresie dostępności.

Przepisy prawa dotyczące dostępności w Polsce nie są jednakowe dla wszystkich podmiotów. Niektóre regulacje dotyczą tylko podmiotów publicznych, które są inaczej definiowane w ustawie o zapewnianiu dostępności, a inaczej w ustawie o dostępności

cyfrowej. Dlatego niektóre podmioty mają status podmiotów publicznych na gruncie ustawy o dostępności cyfrowej, ale na gruncie drugiej ustawy – nie.

Podmioty niepubliczne mogą być zobowiązane do przestrzegania przepisów obu tych ustaw, jeżeli korzystają ze środków publicznych.

Odrębne regulacje, przewidziane w ustawie o zapewnieniu dostępności produktów i usług, dotyczą poszczególnych branż, typów produktów i usług.

Również gabinety stomatologiczne mogą podlegać różnym regulacjom prawnym w zakresie dostępności. Dlatego przystępując do działań zmierzających do zapewnienia/poprawy dostępności swoich usług, zapoznaj się z sytuacją prawną swojej jednostki. Dowiedz się, którym przepisom podlega. Ze względu na różny status podmiotów, autorzy standardu zrezygnowali z precyzyjnego wskazywania, które rekomendacje wynikają z przepisów prawa, a które nie. Wskazano także na dobre praktyki, których wdrożenie nie wynika z regulacji prawnych, jednak istotnie poprawia dostępność podmiotu dla osób ze szczególnymi potrzebami.

4.2. Ustawa o zapewnianiu dostępności

Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami ma na celu zniesienie wszelkich barier w ich dostępie do przestrzeni i usług publicznych na równi z innymi obywatelami. W artykule 6 ustanawia minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności w każdym z trzech obszarów: architektonicznym, informacyjno-komunikacyjnym i cyfrowym. Ustawa narzuca podmiotom publicznym obowiązek stosowania uniwersalnego projektowania i racjonalnych usprawnień, zgodnie z definicją określoną w artykule 2 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Określa również system monitorowania i egzekwowania przepisów wynikających z ustawy.

Minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami obejmują:

- w zakresie dostępności architektonicznej:
 - zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków,
 - instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych,
 - zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy,
 - zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
 - zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób;
- w zakresie dostępności cyfrowej:

- spełnienie wymagań określonych w ustawie z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych;
- w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej:
 - zapewnienie obsługi z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się lub zdalnego dostępu do usługi tłumacza,
 - instalację urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących (na przykład pętli indukcyjnych, systemów FM) lub urządzeń opartych o inne technologie wspomagające słyszenie,
 - zapewnienie na stronie internetowej placówki informacji o zakresie działalności podmiotu, w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywany maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym, informacji w tekście łatwym do czytania,
 - zapewnienie, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, komunikacji z podmiotem publicznym w formie określonej w tym wniosku.

4.3. Standard WCAG

Aby zapewnić osobom ze szczególnymi potrzebami możliwość korzystania ze stron internetowych i aplikacji mobilnych na równi z innymi osobami, stosuje się standard dostępności cyfrowej - WCAG. Najnowsza wersja tego dokumentu to WCAG 2.2, jednak polskie przepisy wymagają od podmiotów publicznych stosowania standardu WCAG 2.1 (na poziomie zgodności A oraz AA). Z kolei dyrektywa EAA oraz oparty na niej Polski Akt o Dostępności, choć wyraźnie opierają się na kryteriach standardu WCAG, nie wskazują wprost wymaganego poziomu spełnienia standardu. Również reguły uzyskiwania środków grantowych i umowy zawierane w tym zakresie mogą wymagać różnego poziomu zapewnienia zgodności.

Polską wersję językową standardu WCAG znajdziesz na stronach internetowych:

[WCAG 2.1](#)

[WCAG 2.2](#)

4.4. Ustawa o dostępności cyfrowej

Podstawowym polskim aktem prawnym regulującym dostępność cyfrową w podmiotach publicznych jest ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych.

Ustawa reguluje treść i obowiązki związane z deklaracją dostępności, zawiera informacje na temat systemu nadzoru nad dostępnością cyfrową oraz procedury żądania dostępności cyfrowej i skargi na brak dostępności cyfrowej.

Załącznik nr 1 do ustawy opisuje szczegółowe wymagania (zgodne z WCAG 2.1. (na poziomie A i AA)) w zakresie konieczności spełnienia zasad dostępności cyfrowej dla stron internetowych i aplikacji mobilnych, czyli zapewnienia tak zwanych 4 zasad dostępności

cyfrowej opartych na standardzie WCAG 2.1 – to jest postrzegalności, funkcjonalności, zrozumiałości, kompatybilności.

4.5. Dyrektywa EAA

Europejski Akt o Dostępności - inaczej Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/882 to unijny dokument, który ujednolica standardy dostępności produktów i usług cyfrowych na obszarze Unii Europejskiej w celu zapewniania dostępu dla osób ze szczególnymi potrzebami. Zgodnie z artykułem 288 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, cel określony w dyrektywie jest wiążący dla krajów członkowskich. Sposób osiągnięcia rezultatu określonego w dyrektywie określają akty prawne poszczególnych państw. W Polsce jest to Polski Akt o Dostępności (PAD).

4.6. Polski Akt o Dostępności

Polski Akt o Dostępności – ustawa z dnia 26 kwietnia 2024 r. o zapewnianiu spełniania wymagań dostępności niektórych produktów i usług przez podmioty gospodarcze opiera się na Dyrektywie EAA. Ustawa dotyczy podmiotów działających w różnych sektorach gospodarki, w tym między innymi przedsiębiorców oferujących swoje usługi i produkty online. Sprawdź, czy przepisy ustawy dotyczą Twojej działalności. Zapewnij dostępność swoich usług nawet w sytuacji, kiedy obowiązek prawny w tym zakresie nie dotyczy prowadzonej przez Ciebie placówki. W ten sposób zwiększysz grupę odbiorców swoich usług.

4.7. Zasady i podstawowe wytyczne WCAG

4.7.1. Cztery zasady dostępności WCAG

Zasada 1 Postrzegalność

Sposób przedstawienia treści i elementów strony (lub aplikacji) powinien pozwolić użytkownikom na odbiór treści za pomocą różnych zmysłów.

Zasada 2 Funkcjonalność

Oznacza umożliwienie użytkownikowi skorzystania ze wszystkich funkcjonalności strony internetowej (aplikacji mobilnej) bez względu na to jakich metod czy technologii wspomagających używa.

Zasada 3 Zrozumiałość

Informacje i obsługa strony internetowej (aplikacji mobilnej) powinny być łatwe do zrozumienia przez wszystkich użytkowników.

Zasada 4 Kompatybilność (inaczej solidność)

Strona internetowa (aplikacja) powinna dobrze działać w różnych środowiskach, systemach operacyjnych, na różnych urządzeniach i dobrze współdziałać z różnymi technologiami wspomagającymi.

Wytyczne i kryteria sukcesu opracowane dla każdej zasady służą zapewnieniu ich realizacji na stronie internetowej i w aplikacji mobilnej.

4.7.2. Poziom zgodności w standardzie WCAG

Każda z zasad dostępności WCAG zawiera wytyczne w zakresie dostępności (ogólne cele, które powinny zostać osiągnięte). Każda wytyczna, określa kryteria sukcesu, czyli możliwe do zmierzenia wymagania, które pozwalają określić, na ile dana strona czy aplikacja spełnia zasady dostępności. Każde kryterium sukcesu ma przypisany odpowiedni poziom zgodności, który zostanie osiągnięty, jeśli wypełnimy wymagania stawiane w danym kryterium.

Są 3 poziomy zgodności:

- poziom A – podstawowy,
- poziom AA – średni,
- poziom AAA – najwyższy.

Spełnienie wszystkich wytycznych i kryteriów WCAG oznacza pełną dostępność strony internetowej i aplikacji mobilnej. Wytyczne i kryteria zostały dokładnie omówione w materiałach udostępnionych przez W3C (autorów standardu WCAG). Trzeba podkreślić, że zastosowanie trzech poziomów zgodności pozwala, zgodnie z zamierzeniem autorów, “zaspokoić potrzeby różnych grup i sytuacji”. W polskiej ustawie o dostępności cyfrowej wymagane jest zapewnienie dostępności na poziomie A oraz AA.

Numeracja wytycznych i kryteriów zgodności odzwierciedla przyjętą systematykę:

Zasada – wytyczna – kryterium sukcesu

Przykład:

- Kryterium 1.3.1 Informacje i relacje

oznacza: zasada 1 (czyli postrzegalność), wytyczna 3 (możliwość adaptacji), kryterium sukcesu 1 (informacje i relacje);

- Kryterium 2.1.4 Jednoznakowe skróty klawiaturowe

oznacza: zasada 2 (funkcjonalność) wytyczna 1 (dostępność z klawiatury), kryterium sukcesu 4 (jednoznakowe skróty klawiaturowe).

4.7.3. Wytyczne i kryteria sukcesu – WCAG 2.1.

Treść niniejszego rozdziału jest adresowana w szczególności do osób odpowiedzialnych za techniczny aspekt strony internetowej i aplikacji mobilnej.

W tym miejscu tylko skrótowo opisaliśmy poszczególne wytyczne i kryteria WCAG 2.1 przypisane do czterech zasad WCAG (z podziałem na poziomy zgodności A, AA oraz AAA). Uzyskanie wyczerpujących informacji w powyższym zakresie wymaga lektury pełnego tekstu WCAG oraz materiałów dodatkowych. Aby łatwiej było odnaleźć potrzebne materiały, podaliśmy numerację kryteriów zgodną z WCAG 2.1. Poniższe wskazówki pomogą zrozumieć istotę standardu i zaplanować wdrożenie/poprawę dostępności cyfrowej w placówce.

Postrzegalność na poziomie A

Poniższe punkty odnoszą się do kryteriów sukcesu WCAG 2.1. oznaczonych numerami: 1.1.1; 1.2.1; 1.2.2; 1.2.3; 1.3.1; 1.3.2; 1.3.3; 1.4.1; 1.4.2.

- Zapewnij alternatywę tekstową dla wszystkich treści nietekstowych (na przykład opisy alternatywne dla grafik, etykiety dla pól formularzy i przycisków).
- Jeśli na stronie są multimedia, zadbaj o dostęp do ich treści za pomocą różnych zmysłów (przygotuj napisy rozszerzone, alternatywę tekstową lub audiodeskrypcję dla treści video).
- Zadbaj o właściwą strukturę strony internetowej:
 - hierarchię nagłówków,
 - właściwe formatowanie list numerowanych i nienumerowanych, tabel, formularzy, punktów orientacyjnych,
 - zrozumiałą kolejność odczytywania treści przez technologie asystujące po wyłączeniu stylów CSS.
- Upewnij się, że instrukcje dotyczące zrozumienia treści i operowania nią nie opierają się na tak zwanych właściwościach zmysłowych takich jak: kolor, rozmiar, kształt czy dźwięk. Niewłaściwe są instrukcje czy polecenia takie jak: „kliknij duży zielony przycisk w lewym górnym rogu”. Właściwa może być informacja: „kliknij duży zielony przycisk w lewym górnym rogu opisany jako „Zatwierdź” (wtedy widzący użytkownik skorzysta z odpowiedzi dotyczącej koloru i lokalizacji przycisku, a niewidomy - łatwo go odnajdzie za pomocą czytnika).
- Kolor nie może być jedynym nośnikiem informacji. Kiedy wyróżniasz fragment tekstu lub element innym kolorem, dodaj dodatkowy wyróżnik (na przykład ramkę).
- Jeśli na Twojej stronie są materiały z dźwiękiem, to zapewnij użytkownikowi kontrolę odtwarzania dźwięku.

Postrzegalność na poziomie AA

Poniższe punkty odnoszą się do kryteriów sukcesu WCAG 2.1. oznaczonych numerami: 1.2.5, 1.3.4, 1.3.5, 1.4.3, 1.4.4, 1.4.5 1.4.10, 1.4.11, 1.4.12, 1.4.13.

- Zapewnij napisy rozszerzone także dla multimediiów na żywo, a audiodeskrypcję do wszystkich nagrań video.
- Zapewnij odczyt treści w pionie i w poziomie, na różnych ekranach. Upewnij się, że użytkownik nie musi przewijać treści w dwóch wymiarach (w pionie i poziomie).
- Jeśli na Twojej stronie są formularze, to zapewnij, aby miały ułatwienia wypełniania treści (na przykład funkcję autouzupełniania) oraz właściwe etykiety poszczególnych pól.

Postrzegalność służy między innymi osobom, które niedowidzą, mają wady wzroku lub korzystają z zasobów internetowych w niesprzyjających warunkach (na przykład, gdy ekran jest w słońcu). Dlatego postrzegalność wymaga nie tylko zapewnienia alternatywy dla percepcji wzrokowej, ale także zapewnienia czytelności treści odbieranej wzrokiem.

Temu celowi służy **wytyczna rozróżnialności**. Kryteria rozróżnialności na poziomie AA:

- Zapewnij kontrast na stronie internetowej, który pozwala odróżnić treść oraz elementy nietekstowe od tła. Dotyczy to nie tylko tekstu, ale także takich elementów, jak ikony, przyciski, wskaźnik fokusa. Minimalny kontrast standardowego tekstu do tła powinien wynosić 4,5:1 a dużej czcionki i pozostałych elementów 3:1. Do sprawdzania poziomu kontrastu możesz użyć bezpłatnych programów lub stron.
- Daj użytkownikom możliwość powiększenia tekstu lub napisów rozszerzonych do 200% bez utraty treści.
- Unikaj umieszczania na stronie tekstu w formie obrazu (na przykład: plik jpg lub png), a jeśli są niezbędne, to upewnij się, że mają alternatywę tekstową.

Dobra praktyka

Wykres to także grafika z tekstem. Jeżeli na Twojej stronie są wykresy, tekst alternatywny może nie być wystarczający. Do skomplikowanych wykresów udostępnij tabelę z danymi źródłowymi, przygotowaną zgodnie z zasadami dostępności.

- Postaraj się o dostępność warstwy graficznej wykresów, na przykład dodaj desenie do kolorów poszczególnych elementów i zapewnij możliwość dostosowania sposobu wyświetlania, na przykład powiększenia.
- Zapewnij możliwość zapoznania się z całą treścią strony bez konieczności przewijania w poziomie, także przy powiększeniu tekstu do 400%.
- Zadbaj o odpowiednie odstępy w tekście pomiędzy: literami, wyrazami, liniami i akapitami.
- Nie zaskakuj użytkownika wyskakującymi dodatkowymi treściami. Jeśli jakieś treści są uwalniane przez kursor lub fokus, to pozwól użytkownikowi zachować kontrolę nad tymi treściami.

Postrzegalność na poziomie AAA

Poniższe punkty odnoszą się do kryteriów sukcesu WCAG 2.1 oznaczonych numerami: 1.2.6; 1.2.7; 1.2.8; 1.2.9; 1.3.6; 1.4.6; 1.4.7; 1.4.8; 1.4.9.

Na najwyższym poziomie AAA postrzegalność wymaga spełnienia dodatkowych kryteriów:

- Dla multimediów, w których przerwy w ścieżce audio są zbyt krótkie dla umieszczenia wystarczającej audiodeskrypcji, przygotuj dodatkowo audiodeskrypcję rozszerzoną.
- Zapewnij alternatywę dla multimediów zsynchronizowanych, dla nagrań tylko wideo (sam obraz) i tylko audio (sam dźwięk).
- Zapewnij tłumaczenie na język migowy dla nagrań audio w multimedialach zsynchronizowanych.
- Unikaj obrazów tekstu – używaj ich tylko w celach dekoracyjnych lub jeśli jest to konieczne (na przykład logotypy).
- Zapewnij kontrast standardowego tekstu na poziomie 7:1, a dla dużej czcionki 4,5:1.

- Zapewnij dostępność wizualnej strony Twoich tekstów – odpowiedni kolor, odstępy i szerokość, wyrównanie do lewej strony.
- Upewnij się, że w nagraniach audio można odróżnić mowę od tła dźwiękowego (na przykład muzyki w tle). Jeśli stosujesz takie tło dźwiękowe, to zmniejsz jego głośność lub pozwól na jego wyłączenie.

Funkcjonalność na poziomie A

Poniższe punkty odnoszą się do kryteriów sukcesu WCAG 2.1. oznaczonych numerami: 2.1.1; 2.1.2; 2.1.4; 2.2.1; 2.2.2; 2.3.1; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.5.1; 2.5.2; 2.5.3; 2.5.4.

- Zapewnij użytkownikom, którzy korzystają tylko z klawiatury, dostęp do wszystkich funkcjonalności strony.
- Dla wszystkich funkcjonalności strony dostępnych z klawiatury zapewnij również możliwość wyjścia i usunięcia fokusa za pomocą samej klawiatury – tak, aby użytkownik nie był uwięziony w jakimś miejscu na Twojej stronie (jeśli „wszedł” w element lub obszar używając tylko klawiatury, musi mieć możliwość „wyjścia” również tylko za pomocą klawiatury).
- Zapewnij użytkownikowi kontrolę nad skrótami stosowanymi na Twojej stronie (możliwość zmiany skrótów lub ich wyłączenia).

Dobra praktyka

Jeśli chcesz zastosować skróty klawiaturowe, szczególnie jednoznakowe, to domyślnie wyłącz ich działanie (aby użytkownik mógł zdecydować, czy chce je włączyć) i zapewnij użytkownikowi pełną kontrolę ich działania (możliwość aktywacji, wyłączenia i zmiany). Jest to ważne dla osób, które korzystają z technologii asystujących takich jak: sterowanie głosem, czytniki ekranu oraz dla osób, które nie mają wystarczającej precyzji w poruszaniu się po stronie internetowej. Zapewnienie użytkownikom kontroli nad działaniem skrótów uchroni przed przypadkowym uruchomieniem niechcianej akcji oraz kolizją Twoich skrótów ze skrótami programów, z których te osoby korzystają. Koniecznie opisz w deklaracji dostępności skróty klawiaturowe (ich funkcje oraz sposób kontroli nad nimi).

- Jeśli stosujesz limity czasowe, zapewnij ostrzeżenia o upływającym czasie oraz możliwość wyłączenia lub wydłużenia limitu czasowego (co najmniej 10 x). Nie dotyczy to sytuacji, w których limit czasu jest konieczny (na przykład aukcje internetowe).
- Nie stosuj elementów zmieniających się, migających szybko, częściej niż trzy razy na sekundę.
- Daj użytkownikowi kontrolę nad elementami poruszającymi się, migającymi, przesuwanymi się. Użytkownik może je wyłączyć, zatrzymać lub ukryć.
- Daj użytkownikowi kontrolę nad automatycznymi aktualizacjami informacji na stronie. Użytkownik może je zatrzymać, wyłączyć.
- Zapewnij możliwość pominięcia bloków na stronie (tak zwane skiplinki).

- Zapobiegaj przypadkowej aktywacji funkcjonalności dotykiem jednopunktowym.
- Daj możliwość zamiany dotyku wielopunktowego (na przykład kombinacji klawiszy) na jednopunktowy, według wyboru użytkownika.
- Jeśli element ma etykietę z tekstem lub obrazem to zapewnij mu odpowiednią nazwę, zawierającą informacje z etykiety.
- Zapewnij użytkownikowi kontrolę aktywacji dostępnych funkcjonalności ruchem użytkownika lub ruchem urządzenia (w tym możliwość wyłączenia) oraz alternatywną aktywację tych funkcjonalności za pomocą komponentów interfejsu.
- Nadaj stronie odpowiedni tytuł, który opisuje jej temat lub cel.
- Zapewnij zrozumiałą, logiczną nawigację na swojej stronie (elementy powinny po kolei przyjmować fokus, w kolejności zgodnej z ich prezentacją wizualną).
- Nadaj linkom taką treść, która wskazuje na ich cel.

Funkcjonalność na poziomie AA

Poniższe punkty odnoszą się do kryteriów sukcesu WCAG 2.1. oznaczonych numerami: 2.4.5; 2.4.6; 2.4.7.

- Zapewnij więcej niż jedną możliwość dotarcia do treści na Twojej stronie (na przykład stosuj menu, mapę strony, wyszukiwarkę).
- Nadawaj takie nagłówki i etykiety, które opisują temat lub cel treści.
- Zadbaj o stale widoczny fokus, aby użytkownik korzystający z klawiatury zawsze wiedział, który element otrzymał fokus.

Funkcjonalność na poziomie AAA

Poniższe punkty odnoszą się do kryteriów sukcesu WCAG 2.1. oznaczonych numerami: 2.1.3; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.3.2; 2.3.3; 2.4.8; 2.4.9; 2.4.10; 2.5.5; 2.5.6.

- Zapewnij informację, w którym miejscu witryny znajduje się użytkownik.
- Właściwie opisz linki, aby było wiadomo, dokąd prowadzą.
- Uporządkuj treść na swojej stronie poprzez dodanie nagłówków sekcji.
- Pozwól użytkownikowi wybrać sposób wprowadzania danych.
- Zapewnij odpowiedni rozmiar kontrolek, celów dotykowych (minimum 44 na 44 piksele w CSS).

Zrozumiałość na poziomie A

Poniższe punkty odnoszą się do kryteriów sukcesu WCAG 2.1. oznaczonych numerami: 2.1.1; 2.1.2; 2.1.4; 2.2.1; 2.2.2; 2.3.1; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.5.1; 2.5.2; 2.5.3; 2.5.4.

- Zapewnij możliwość odczytania treści na Twojej stronie internetowej przez czytniki ekranu. Aby to osiągnąć określ język Twojej strony internetowej.

- Zaprojektuj stronę lub aplikację tak, aby jej działanie było przewidywalne dla użytkownika. Aby to osiągnąć zapobiegaj nieoczekiwanym zmianom kontekstu podczas wpisywania danych czy przyjęcia fokusu. Jeśli następuje zmiana kontekstu, informuj o tym użytkownika.
- Zapewnij użytkownikowi pomoc przy wprowadzaniu danych (na przykład w formularzach). Dołącz etykiety i instrukcje do poszczególnych pól formularza.
- Informuj o wystąpieniu błędu we wprowadzaniu danych.

Zrozumiałość na poziomie AA

Poniższe punkty odnoszą się do kryteriów sukcesu WCAG 2.1. oznaczonych numerami: 3.1.2; 3.2.3; 3.2.4; 3.3.3; 3.3.4.

- Określ nie tylko język strony internetowej, ale także język jej części.
- Zapewnij spójną nawigację i identyfikację komponentów Twojej strony i aplikacji.
- Po wykryciu błędu we wprowadzaniu danych, zapewnij sugestię jego poprawy.
- Jeśli operacje na Twojej stronie internetowej lub w aplikacji powodują skutki prawne lub finansowe albo dotyczą modyfikowania lub usuwania przechowywanych danych lub rozwiązywania testów, zapewnij odwracalność lub możliwość sprawdzenia, poprawienia wprowadzonych danych i potwierdzenia ich prawidłowości przed wysłaniem (na przykład podgląd formularza rejestracji wizyty i informacji adresowych przed wysłaniem).

Zrozumiałość na poziomie AAA

Poniższe punkty odnoszą się do kryteriów sukcesu WCAG 2.1. oznaczonych numerami: 3.1.3; 3.1.4; 3.1.5; 3.1.6; 3.2.5; 3.3.5; 3.3.6.

- Daj użytkownikowi kontrolę nad zmianami kontekstu – zmiany następują tylko na żądanie użytkownika lub jest możliwość wyłączenia zmian kontekstu.
- Zapewnij pomoc kontekstową dla użytkownika przy wprowadzaniu danych (na przykład kontakt z asystentem, przykład dla prawidłowego formatu pola daty czy adresu, instrukcje do pól formularza).
- Zapobiegaj wszystkim błędom przy wprowadzaniu danych, zapewnij odwracalność, możliwość sprawdzenia, modyfikacji i poprawienia danych przed wysłaniem, nie tylko wtedy, gdy operacja rodzi poważne skutki (prawne, finansowe).

Kompatybilność (solidność) na poziomie A

Poniższe punkty odnoszą się do kryteriów sukcesu WCAG 2.1. oznaczonych numerami: 4.1.1; 4.1.2.

- Zadbaj o poprawność kodu na Twojej stronie internetowej: właściwe znaczniki, poprawne zagnieżdżanie elementów, unikalne ID i właściwe atrybuty elementów strony.
- Określ programowo rolę i wartość dla wszystkich komponentów interfejsu użytkownika.

Kompatybilność (solidność) na poziomie AA

Poniższy punkt odnosi się do kryterium sukcesu WCAG 2.1. oznaczonego numerem 4.1.3.

- Zapewnij, aby użytkownik uzyskiwał informacje o zmianie kontekstu za pomocą technologii asystujących przy braku fokusa. Aby to osiągnąć, określ programowo rolę i właściwości komunikatów o stanie.

4.7.4. Dodatkowe źródła informacji o WCAG i narzędziach do audytowania dostępności cyfrowej

Poniżej znajdziesz listę odnośników do cennych źródeł wiedzy w zakresie dostępności cyfrowej oraz standardu WCAG, jak również linki pomocne w audytowaniu dostępności cyfrowej.

Dodatkowe materiały W3C o standardach WCAG:

<https://www.w3.org/WAI/WCAG21/Understanding/> - materiał w języku angielskim

Materiały o WCAG po polsku:

<https://wcag.lepszyweb.pl/>

<https://kinaole.co/category/akademia-wcag/>

Cenne wskazówki w zakresie rozumienia i sprawdzania poszczególnych wytycznych i kryteriów sukcesu zawiera [lista kontrolna](#) zaproponowana przez Ministerstwo Cyfryzacji.

Narzędzia do audytowania dostępności cyfrowej (stan na wrzesień 2025):

- [Generator deklaracji dostępności](#) – narzędzie do przygotowania deklaracji dostępności zgodnej z wymogami ustawy o dostępności cyfrowej, a także z dokumentem „Warunki techniczne publikacji oraz struktura dokumentu elektronicznego deklaracji dostępności”.
- [NVDA](#) – darmowy czytnik ekranu, narzędzie szerokie i stale rozwijane.
- [Colour Contrast Analyser \(CCA\)](#) – narzędzie do sprawdzania czy wybrane kolory zachowują współczynnik kontrastu. Wymaga instalacji na komputerze.
- [Colour Contrast Checker](#) – narzędzie on-line do sprawdzania czy wybrane kolory zachowują współczynnik kontrastu.
- [Jasnopis](#) – narzędzie do sprawdzania na ile napisany przez nas tekst jest prosty (narzędzie płatne w rozszerzonej wersji).
- [Color Safe](#) – narzędzie do dobierania kolorów tak, aby właściwy kontrast był zachowany od samego początku.
- [ANDI](#) – narzędzie do testowania dostępności stron internetowych.
- [Wave](#) – proste narzędzie do sprawdzania zgodności strony z WCAG.
- [HeadingsMap](#) – proste narzędzie do sprawdzenia hierarchii nagłówków na stronie.

- [Lighthouse](#) – narzędzie od Google, pozwala na znalezienie błędów związanych z dostępnością cyfrową, ale też między innymi sprawdza stronę pod kątem jej atrakcyjności dla wyszukiwarek.
- [Accessibility Insights](#) – narzędzie, które pomaga wychwycić niezgodność z WCAG w kodzie strony i daje rekomendacje, w jaki sposób można je rozwiązać.
- [ARC Toolkit](#) – narzędzie dla programisty, które umożliwia znalezienie błędów związanych z WCAG, ale też pokazuje miejsca i elementy strony, które mogą sprawiać problemy z dostępnością, na przykład obrazki, listy.
- [Silktide Accessibility Checker](#) – walidator dostępności stron internetowych (wtyczka do Chrome).
- [SiteLint - Web Audit Tools](#) – walidator dostępności stron internetowych (wtyczka do Chrome).
- [Walidator dostępności strony internetowej online \(Utilitia\)](#) – narzędzie on-line do badania poziomu dostępności stron internetowych. Umożliwia sprawdzenie zgodności strony z wytycznymi WCAG 2.1 na poziomach A, AA i AAA. Generuje szczegółowy raport z badania dostępności.
- [Walidator znaczników](#) – narzędzie on-line do badania poprawności znaczników HTML.
- [Walidator arkuszy stylów \(CSS\)](#) – narzędzie on-line do badania poprawności Kaskadowych Arkuszy Stylów (CSS).
- [A+ FontSize Changer](#) – narzędzie do zmiany wielkości i rodzaju czcionki. Działa jako wtyczka do przeglądarki.
- [Text Spacing Editor](#) – narzędzie do ustawiania odstępów pomiędzy znakami, liniami, paragrafami w tekstach na stronie internetowej zgodnie z wytycznymi WCAG. Działa jako wtyczka do przeglądarki.
- [Oobee](#) – walidator dostępności stron internetowych.
- [Chodź opisz nasz świat](#) – baza przykładowych opisów alternatywnych do zdjęć i grafik.

5. Informacja o usługach i udogodnieniach

5.1. Informacja o usługach

5.1.1. Strona internetowa

Strona internetowa jest podstawowym źródłem informacji o usługach, placówkach i warunkach leczenia. Często osoby ze szczególnymi potrzebami korzystają z różnych urządzeń i technologii wspomagających, aby dotrzeć do niezbędnych informacji umieszczonych w sieci. Dlatego tak ważne jest projektowanie stron internetowych i aplikacji mobilnych zgodnie z zasadami dostępności cyfrowej, to jest w taki sposób, aby wszyscy mogli korzystać z nich na równych zasadach.

5.1.1.1. Wskazówki ogólne

Zaprojektuj swoją stronę internetową zgodnie z przepisami o dostępności cyfrowej. Zrób to samodzielnie lub zamów usługę. Sprawdź zaprojektowaną stronę z wymogami dostępności cyfrowej WCAG. Możesz zlecić profesjonalny audyt lub zrobić to samodzielnie.

Pamiętaj, że dostępność cyfrowa dotyczy nie tylko struktury strony, ale również dostępności treści publikowanych na stronie internetowej. Dobrze zaprojektowana strona, dostępna od strony technicznej, ale wypełniona treściami niespełniającymi wymagań dostępności cyfrowej (na przykład multimediami bez wymaganych napisów/audiodeskrypcji czy opisów alternatywnych), będzie niedostępna.

Jeśli korzystasz z zewnętrznych usługodawców, wybierz firmę, która ma wiedzę i doświadczenie w dostępności cyfrowej.

Jeśli korzystasz z pracy swoich pracowników, zadbaj o kompetencje w zakresie dostępności cyfrowej twórców szablonu strony oraz osób, które przygotowują i publikują Twoje treści w Internecie.

Zwróć szczególną uwagę na poniższe wskazówki i elementy struktury strony, które są najbardziej istotne z perspektywy użytkownika.

Struktura/szablon strony internetowej

- **Dostępne menu i struktura strony**

- Zaprojektuj menu Twojej strony w taki sposób, żeby użytkownik nie błędził w poszukiwaniu potrzebnych informacji. Wszystkie elementy muszą być dostępne niezależnie od sposobu nawigacji. Kolejność odczytu treści powinna być logiczna.
- Oznacz elementy struktury strony takie jak: nagłówki, listy numerowane i nienumerowane, tabele z odpowiednimi znacznikami. Czytnik ekranu rozpozna i przeczyta znaczniki w odpowiedni sposób (na przykład poinformuje, że lista jest listą i ile ma elementów). Pamiętaj, że właściwa hierarchia nagłówków umożliwia niewidomemu użytkownikowi szybkie przechodzenie między nagłówkami. Użytkownik może „skakać po stronie”, omijać całe bloki tekstu i zatrzymać się tam, gdzie są umieszczone interesujące dla niego treści.

- **Prosta, intuicyjna nawigacja**

Możliwość poruszania się po stronie internetowej jest ważna dla każdego użytkownika. Zwróć uwagę, że nie wszyscy nawigują po stronach internetowych w standardowy sposób. Niektóre osoby nie używają myszki ani touchpada (zastępnika myszki komputerowej) i nawigują samą klawiaturą. Inni używają jedynie myszy albo innych urządzeń i technologii umożliwiających nawigację na przykład ustami lub ruchem gałki ocznej. Postaraj się, aby elementy struktury strony były dostępne niezależnie od sposobu nawigowania.

- Zapewnij widoczność fokusa i hovera (na przykład wyróżnij je dodatkową ramką). Jest to szczególnie ważne dla osób z wadami wzroku lub osób korzystających ze strony przy niekorzystnym oświetleniu.

- Pamiętaj, że niektórzy użytkownicy w ogóle nie widzą. Stwórz etykiety i opisy do wszystkich aktywnych tak zwanych „klikalnych” elementów strony takich jak: linki i przyciski (aby czytnik ekranu odczytywał opisy kolejnych elementów nawigacji). Dodaj niezbędne ostrzeżenia o otwarciu nowego okna przeglądarki.
- Zapewnij więcej niż jeden sposób dotarcia do każdej informacji na przykład poprzez menu i wyszukiwarkę lub menu i mapę strony.
- **Możliwość skorzystania z technologii asystujących**
 - Zapewnij kompatybilność Twojej strony internetowej z różnymi urządzeniami, systemami operacyjnymi, przeglądarkami.
 - Stwórz użytkownikom korzystającym z technologii asystujących (na przykład czytnik ekranu) możliwość zapoznania się ze wszystkimi informacjami dostępnymi na stronie.
- **Wygląd strony**

W zakresie wyglądu strony internetowej najważniejszą zasadą jest postrzegalność. Aby zrealizować zasadę postrzegalności zapewnij:

- Taki dobór kolorów, który zapewni wymagany kontrast treści do tła (co jest szczególnie ważne dla osób z wadami wzroku, ale także osób korzystających z ekranu urządzenia w pełnym słońcu).

Najwyższy możliwy kontrast, dla czarnego tekstu na białym tle, wynosi 21:1.

Standard WCAG 2.1 określa minimalne współczynniki kontrastu na poziomie AA:

- dla zwykłego tekstu: 4,5:1,
- dla dużego tekstu (czcionka 18 pkt. lub więcej, czcionka pogrubiona 14 pkt. lub więcej) kontrast 3:1.

Na poziomie AAA zaleca się minimalny kontrast 7:1 dla zwykłego tekstu i 4,5:1 dla tekstu powiększonego.

- Odpowiedni rozmiar i krój czcionki: czcionka bezszeryfowa, zalecany rozmiar co najmniej 16 px.
- Możliwość powiększenia tekstu oraz dopasowania do różnych ekranów.
- Właściwe odstępy pomiędzy literami, wyrazami, liniami i akapitami.

Wymagania WCAG 2.1 odnośnie do odstępów:

- odstęp między wierszami - co najmniej 1,5 - krotności rozmiaru czcionki,
- odstęp między akapitami - co najmniej 2 razy większy od rozmiaru czcionki,
- odstępy między literami (tracking) co najmniej 0,12 - krotności rozmiaru czcionki,
- odstępy między wyrazami co najmniej 0,16 wielkości czcionki.

- **Wtyczki i widżety poprawiające dostępność**

Wiele stron internetowych oferuje specjalne wtyczki, które mają służyć zapewnieniu dostępności strony internetowej (pozwalają na zmianę kolorystyki strony, powiększenie, dostosowanie czcionek). Sprawdź, jak wtyczka działa na różnych urządzeniach, w różnych przeglądarkach i systemach operacyjnych. Przepisy prawa ani standardy nie wymagają korzystania z wtyczek. W dobrze zaprojektowanej stronie internetowej żadna wtyczka nie jest konieczna, dlatego nie rekomendujemy stosowania wtyczek dostępnościowych.

5.1.1.2. Treści na stronie internetowej

- **Informacje o świadczonych usługach**

Informacje o usługach powinny być sformułowane w czytelny, zrozumiały sposób, zgodny z zasadami prostego języka. Unikaj trudnych terminów języka medycznego. Zapewnij ogólną informację o możliwości leczenia w znieczuleniu ogólnym wraz ze wskazaniem, kto może skorzystać z takiego leczenia bezpłatnie (w ramach NFZ). Wszelkie treści powinny spełniać wymagania rozróżnialności (zobacz powyżej: wygląd strony).

- **Informacja o udogodnieniach w zakresie dostępności**

Na stronie internetowej zamieść wszystkie informacje ważne dla osób ze szczególnymi potrzebami, takie jak:

- instrukcja dojazdu do placówki z mapą i opisem drogi w formie tekstowej, audio oraz w Polskim Języku Migowym (PJM),
- informacje o stosowaniu aplikacji nawigacyjnej w budynku, odnośniki do filmów instruktażowych,
- kod QR na głównym planie budynku, prowadzący do aplikacji nawigacyjnej lub filmu instruktażowego,
- informacje o potrzebnych aplikacjach lub oprogramowaniu niezbędnym do skorzystania z udogodnień (na przykład z systemu nawigacyjnego),
- dane kontaktowe koordynatora do spraw dostępności (o ile placówka go powoła),
- dane kontaktowe koordynatora medycznego (o ile placówka go powoła).

- **Informacje o specjalistach pracujących w jednostce**

W czytelny i zrozumiały sposób opisz, w czym specjalizują się poszczególne osoby. Jeśli umieszczasz na stronie internetowej zdjęcia pracowników, pamiętaj o utworzeniu odpowiednich opisów alternatywnych dla wszystkich fotografii.

- **Cennik usług, informacje o zniżkach, promocjach**

Informacja o cenie jest jedną z kluczowych informacji o usłudze lub produkcie. Zapewnij informacje o możliwości skorzystania z leczenia ze środków publicznych (w ramach NFZ). Zapewnij dostępność informacji o cenie dla wszystkich użytkowników, także osób korzystających z czytnika ekranu. Błędem jest umieszczanie na stronie internetowej skanu cennika – taka treść może nie zostać rozpoznana przez technologie asystujące.

Podobnie banery czy slidery, także te zawierające informacje o promocjach czy rabatach, muszą być odczytywalne przez czytniki. Jeśli tekst jest umieszczony na grafice, to zapewnij alternatywę tekstową.

- **Kalendarz, umawianie wizyt**

Zadbaj o postrzegalność kalendarza także przez osoby z dysfunkcjami w zakresie narządu wzroku. Poszczególne elementy muszą być dostępne także z klawiatury, bez pułapek klawiaturowych. Jeżeli korzystasz z formularzy, na przykład, aby zapewnić możliwość wyszukiwania dostępnych terminów, to zaoferuj w formularzu opcję nie tylko wyboru, ale również ręcznego wpisania daty i podpowiedzi dotyczące wymaganego formatu wpisywanych danych.

- **Ścieżka rezerwacji i płatności**

Jeśli na Twojej stronie można zapłacić za wizytę to upewnij się, że kanały płatności, które udostępniasz, zostały zaprojektowane zgodnie z zasadami dostępności. Jeśli nie, to wybierz inne, dostępne dla wszystkich.

- **Dane kontaktowe i kontakt z placówką**

Zapewnij dostępność danych kontaktowych. Stwórz właściwe opisy elementów “klikalnych”, które służą do kontaktu z placówką.

Dobłą praktyką jest użycie właściwych znaczników HTML dla numeru telefonu i adresu e-mail, tak aby były odpowiednio rozpoznawane przez urządzenie (na przykład umożliwiły wykonanie połączenia telefonicznego po “kliknięciu” w numer).

Aby stworzyć “klikalne” linki w HTML:

- dla telefonu:

Używamy znacznika `<a href="tel: +48123456789">`

(zastępując +48123456789 odpowiednim numerem telefonu),

- dla poczty e-mail:

Używamy znacznika `<a href="mailto:przykładowyadres@domena.com">` (zastępując przykładowyadres@domena.com właściwym adresem).

Upewnij się, że Twoi pacjenci mają zapewnione różne formy kontaktu (zarówno głosowe, jak i tekstowe). Dobłą praktyką jest podanie numeru telefonu komórkowego, aby osoby niesłyszące mogły wysłać wiadomości tekstowe.

Jeśli udostępniasz mapę dojazdu, zapewnij, aby przynajmniej jej nawigacja była dostępna z klawiatury. Upewnij się, że na stronie nie ma pułapki klawiaturowej (co oznacza, że nawigując z klawiatury użytkownik powinien mieć możliwość wyjścia z mapy, również przy użyciu jedynie samej klawiatury).

Jeżeli na Twojej stronie jest czat lub chatbot, to upewnij się, że jest on dostępny także z klawiatury, nie tylko przy użyciu myszki. Czat jest często osobną wtyczką, dodatkiem do strony, nie zawsze jest opracowany przez twórcę serwisu. Wybierając konkretne rozwiązanie zapewnij, by było ono zgodne z wymaganiami dostępności. Warto także

zapewnić możliwość głosowej komunikacji z czatem – poprzez narzędzia zamiany głosu na tekst.

Jeśli korzystasz z formularza kontaktowego, to zadбай o jego zgodność z zasadami dostępności (na przykład właściwe etykiety pól formularza, odpowiedzi uzupełniania danych i poprawy błędów, komunikaty o błędach i o wysłaniu formularza, odpowiednio skonstruowane elementy CAPTCHA).

- **Dokumenty i inne załączniki**

Dostępność dotyczy dokumentów umieszczanych na stronie internetowej (na przykład: regulaminy, cenniki, polityki, formularze, ankiety, zalecenia przedzabiegowe i pozabiegowe) tak samo, jak struktury i pozostałych treści umieszczonych na stronie internetowej. Upewnij się, że Twoje dokumenty spełniają wymagania dostępności.

- **Materiały audiowizualne**

Jeśli na stronie internetowej umieszczasz materiały video lub audio, pamiętaj o umożliwieniu zapoznania się z nimi za pomocą różnych zmysłów (napisy dla treści audio, audiodeskrypcja dla treści video). Zadбай o osoby z epilepsją, ograniczając liczbę zbyt szybkich błysków, gwałtownych głośnych dźwięków. Daj użytkownikowi kontrolę nad wyskakującymi elementami, głośnością, zmianą kontekstu.

- **Deklaracja dostępności**

Stanowi podstawowe źródło informacji dla wielu osób ze szczególnymi potrzebami.

Upewnij się, że Twoja deklaracja dostępności zawiera wszystkie potrzebne informacje, jest właściwie sformatowana i łatwo dostępna z każdej podstrony.

5.1.2. Aplikacja mobilna

Rekomendacje i zalecenia dotyczące WCAG sformułowane w odniesieniu do stron internetowych mają zastosowanie także do aplikacji mobilnych. Zgodnie z definicją przyjętą w ustawie o dostępności cyfrowej aplikacją mobilną jest aplikacja przeznaczona do używania na urządzeniach przenośnych, takich jak telefony czy tablety. Natomiast tak zwane „aplikacje webowe” to w myśl ustawy po prostu strony internetowe.

W dalszej części rozdziału zawarte są aspekty standardu WCAG, które mają największe znaczenie dla dostępności aplikacji mobilnych.

Szczególne znaczenie dla aplikacji mobilnych mają kryteria przypisane do zasady kompatybilności (solidności) oraz zasady funkcjonalności. Dobrze zaprojektowana aplikacja musi dobrze działać na różnych systemach operacyjnych i na ekranach o różnej przekątnej.

Musi być responsywna, czyli:

- dostosowywać się do ekranu bez wymuszania na użytkowniku przewijania w poziomie, bez nakładania na siebie tekstów, przycisków czy ikon po zmianie szerokości ekranu,
- z możliwością dostosowania wielkości czcionki czy odstępów w tekście.

Aplikacja mobilna powinna także współpracować z technologiami wspomagającymi różnego typu:

- czytniki ekranu,
- oprogramowanie wspomagające,
- urządzenia podłączone do tabletu czy telefonu: specjalne klawiatury, linijki i monitory brajlowskie, narzędzia do komunikacji alternatywnej.

W zakresie postrzegalności niezwykle istotne jest zachowanie wymaganych wartości kontrastu tekstu do tła, a także zapewnienie odpowiedniej wielkości czcionek oraz elementów “klikalnych”, takich jak przyciski czy linki. Aplikacja powinna umożliwiać zmianę domyślnych ustawień w tym zakresie.

5.1.3. Materiały drukowane i media społecznościowe (social media)

Materiały drukowane

Pomimo publikowania informacji na stronie internetowej placówki, możesz też przygotować materiały drukowane takie jak ulotki informacyjne czy foldery.

W celu przygotowania materiałów drukowanych, które spełnią wymogi dostępności skorzystaj z poniższych wskazówek:

- stosuj czcionkę w rozmiarze co najmniej 12 punktów (druk standardowy), co najmniej 16 punktów (w druku powiększonym); w przypadku materiałów udostępnianych z większej odległości powiększ odpowiednio czcionkę,
- wybieraj czcionkę bezszeryfową, która charakteryzuje się prostymi, równymi liniami, bez ozdób na końcach liter (na przykład: Calibri, Arial, Aptos),
- korzystaj z jednej czcionki w całym tekście (także do numeracji stron i przypisów),
- przygotuj informacje w tekście łatwym do czytania i rozumienia (ETR),
- nie zapisuj całych słów i zdań wersalikami (dużymi literami),
- nie dziel wyrazów między wierszami (to zakłóca płynność czytania),
- unikaj kursywy i podkreślania wyrazów (jeśli musisz użyć podkreślenia, to nie może ono wchodzić w krój czcionki),
- używaj czcionek, w których znaki diakrytyczne (na przykład kropka nad literą ż) faktycznie oznaczają to co mają oznaczać, czyli kropka jest kropką a nie na przykład kwadratem; zwróć uwagę, czy po wydrukowaniu tekstu cyfry są łatwe do odczytania),
- wyrównaj tekst do lewej (niedopuszczalne jest wyśrodkowywanie, justowanie lub wyrównywanie tekstu do prawej strony),
- zastosuj wyłącznie tekst poziomy (nie używaj tekstu pionowego i ukośnego),

- zachowaj odstępy (interlinie) między wierszami od 1,5 do 2 razy większe niż rozmiar czcionki,
- zastosuj wyraźne krawędzie tabel lub ramek o grubości 1,5 - 2 punkty,
- zastosuj kontrast minimum 70% LRV w stosunku do tła; dla materiałów drukowanych najbardziej czytelny tekst to czarny druk na białym lub kremowym papierze; wydruk jasnego tekstu na ciemnym papierze wymaga zastosowania dużej i grubej czcionki; kolorowy tekst stosuj tylko w odniesieniu do tytułów, nagłówków lub na potrzeby wyróżnienia fragmentu tekstu,
- do wydruku tekstu używaj papieru matowego (papier błyszczący utrudnia czytanie),
- w celu wyróżnienia nagłówków używaj kolorów kontrastowych o 100% nasyceniu, na przykład granatowego; ważne informacje, oprócz oznaczenia kolorem, możesz wyróżnić używając słów takich jak: „uwaga”, „pamiętaj”,
- do tytułów i nagłówków zastosuj czcionkę o 2 - 4 punktów większą od czcionki podstawowej,
- dziel tekst na krótkie akapity,
- rób odstępy pomiędzy większymi partiami tekstu,
- używaj nagłówków (ułatwi to czytelnikowi poruszanie się po dokumencie),
- używaj gładkiego tła, bez nadruków, grafiki i znaków wodnych,
- do wydruku tekstu na obu stronach użyj grubszego papieru, aby drukowana treść nie prześwitywała na drugą stronę,
- opisz linki (hiperłącza) pełnym adresem strony www,
- twórz listy za pomocą numerów lub punktorów,
- stosuj szerokie marginesy (ułatwiają czytanie) i numerację stron (na przykład: strona 2 z 4),
- używaj formatu A4 lub A5 (jest łatwy do kopiowania),
- umieść kod QR prowadzący do elektronicznej wersji dokumentu,
- w formularzach zapewnij odpowiednio dużo miejsca na wpisanie wymaganych danych.

Pamiętaj: informacja drukowana nie jest dostępna dla osób korzystających z czytnika ekranu (zapewnij informację drukowaną także w wersji elektronicznej).

Media społecznościowe

Korzystanie z portali społecznościowych jest nieodłącznym elementem strategii marketingowych przedsiębiorców różnych branż. Dotyczy to także podmiotów medycznych. Pacjenci odwiedzają profile usługodawców i z nich czerpią informacje o oferowanych usługach.

Ustawa o dostępności cyfrowej nie zwalnia podmiotów publicznych z odpowiedzialności za dostępność cyfrową treści umieszczanych w mediach społecznościowych. Zatem należy do nich stosować rekomendacje zawarte w rozdziale 5.1.1 Strona internetowa.

Publikowanie treści na portalach społecznościowych wiąże się z ograniczonym wpływem na techniczne aspekty portalu (zwykle użytkownik jedynie wybiera z udostępnionych funkcji). Zwróć uwagę, że popularne portale są rozwijane pod kątem dostępności, na przykład umożliwiają dodawanie opisów alternatywnych do zdjęć czy napisów do filmów. Niektóre potrzebne funkcje mogą jednak nie być dostępne w portalu.

Jeśli Twoja placówka jest podmiotem publicznym, to odpowiadasz za treść, którą umieszczasz na takim portalu, a nie za warstwę techniczną, której nie kontrolujesz. Jeżeli umieszczona treść nie spełnia wymagań dostępności cyfrowej (na przykład z powodu ograniczeń technicznych portalu), masz obowiązek opublikowania tej treści na swojej stronie lub w swojej aplikacji w sposób dostępny cyfrowo.

Pamiętaj, aby w mediach społecznościowych tworzyć niezbyt długie komunikaty uwzględniające zasady prostego języka. Jeśli stosujesz emotikony, to nie nadużywaj ich, ponieważ ich nadmiar może stanowić barierę dla osób posługujących się czytnikiem ekranu. Nie wpisuj także emotikonów za pomocą ciągów znaków interpunkcyjnych, ale korzystaj z gotowych baz, które zwykle znajdują się w portalach społecznościowych.

Pamiętaj, aby do materiałów audiowizualnych (filmy, nagrania dźwiękowe) dodawać napisy, audiodeskrypcję lub transkrypcję. Jeśli dany portal społecznościowy generuje napisy automatycznie, to sprawdź ich poprawność przed publikacją.

Dobra praktyka

Poznaj i wykorzystuj stałe rozszerzane funkcje dostępnościowe portali społecznościowych, abyś nie musiał powtarzać tych samych treści na swoich stronach i aplikacjach mobilnych.

5.2. Deklaracja dostępności

Deklaracja dostępności to dokument, w którym opisuje się dostępność strony internetowej, aplikacji mobilnej, siedziby placówki oraz świadczonych usług. Bardzo ważne jest, aby wszystkie informacje o dostępności placówki zgromadzić w jednym miejscu na stronie internetowej (w deklaracji dostępności) i aby treści te były łatwo dostępne z każdego miejsca na stronie.

Dobłą praktyką jest umieszczenie w stopce odnośnika do deklaracji dostępności.

Jeżeli jesteś podmiotem publicznym, to zgodnie z ustawą o dostępności cyfrowej, musisz napisać deklarację dostępności i umieścić ją na swojej stronie internetowej. Jeżeli ten obowiązek Cię nie dotyczy, możesz przygotować i opublikować deklarację dostępności dobrowolnie.

Na podstawie informacji zawartych w deklaracji dostępności osoby ze szczególnymi potrzebami mogą zdecydować, czy skorzystają z usług Twojej placówki.

5.2.1. Treść i forma deklaracji dostępności

W przygotowaniu deklaracji dostępności skorzystaj z [Warunków technicznych publikacji oraz struktury dokumentu elektronicznego „Deklaracji Dostępności”](#) opublikowanych przez Ministra Cyfryzacji. W dokumencie ministra znajdziesz wzór deklaracji dostępności, wymagane elementy i sposób ich opisanie (w tym obowiązkowe sformułowania) wraz z wymaganymi znacznikami HTML. Upewnij się, że korzystasz z najnowszej wersji dokumentu (w momencie opracowania tego Standardu obowiązuje wersja 2.0).

Obowiązkowe elementy deklaracji dostępności to treści oznaczone niżej wymienionymi nagłówkami - wymagane zgodnie z warunkami technicznymi Ministra Cyfryzacji, opisane i sformatowane w ściśle oznaczony sposób:

- oświadczenie wstępne zapewnienia dostępności wraz z nazwą podmiotu, adresem strony internetowej/aplikacji, datą publikacji i ostatniej aktualizacji strony/aplikacji mobilnej,
- stan zgodności z wymaganiami dostępności,
- opis błędów dostępności cyfrowej, wyłączeń i wyjątków,
- informacje o deklaracji dostępności (w tym data jej przygotowania i ostatniej aktualizacji),
- inne uwagi i oświadczenia podmiotu,
- informacje o niestandardowych skrótach klawiszowych,
- dane kontaktowe osoby lub komórki, która zajmuje się dostępnością w podmiocie,
- informacje na temat procedury zgłaszania żądań zapewnienia dostępności cyfrowej oraz skarg na jej brak,
- linki do pobrania aplikacji mobilnych posiadanych przez podmiot oraz do ich deklaracji dostępności, jeśli podmiot takie posiada,
- informacje o dostępności architektonicznej siedziby głównej lub link do takich informacji,
- informacje o dostępności informacyjno-komunikacyjnej (w tym informacje o możliwości skorzystania z usług tłumacza języka migowego).

Zgodnie z Warunkami technicznymi Ministra Cyfryzacji opisz dostępność cyfrową swojej strony internetowej i aplikacji mobilnej. Możesz samodzielnie ocenić dostępność swojej strony internetowej, aplikacji mobilnej i placówki lub zlecić profesjonalny audyt.

Do samooceny dostępności cyfrowej możesz wykorzystać [listę kontrolną](#) ze strony Ministerstwa Cyfryzacji. Wskaż i opisz błędy i niezgodności Twojej strony/aplikacji z zasadami dostępności cyfrowej. Deklaracja dostępności powinna być sporządzona dla każdej wersji językowej Twojej strony internetowej i aplikacji mobilnej. Deklaracja dostępności musi być dostępna cyfrowo.

5.2.2. Dostępność architektoniczna i informacyjno-komunikacyjna w deklaracji dostępności

Zgodnie z wytycznymi Ministra Cyfryzacji, zawarcie w deklaracji dostępności informacji o dostępności architektonicznej i informacyjno-komunikacyjnej placówki jest obowiązkowe. Nie ma szczegółowych wytycznych dotyczących formy i zakresu informacji.

Standardy dostępności architektonicznej i informacyjno-komunikacyjnej opisane zostały szczegółowo w kolejnych rozdziałach tego dokumentu. Skorzystaj z nich do oceny dostępności Twojej placówki. W deklaracji dostępności opisz wszystko dokładnie, aby przekazać pacjentom pełny zakres informacji o Twoich usługach i placówce.

Jeżeli masz więcej placówek, możesz opisać nie tylko główną siedzibę, ale wszystkie Twoje jednostki na osobnej podstronie, a linki podać w deklaracji dostępności. Jeśli Twoja deklaracja zawiera odnośniki do podstron, to przy jej tłumaczeniu na inny język zapewnij tłumaczenie deklaracji i podstron.

5.2.2.1. Dostępność architektoniczna w deklaracji dostępności

Dostępność architektoniczna w deklaracji dostępności dotyczy informacji na temat przystosowania budynku do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami. Zawiera opis rozwiązań ułatwiających poruszanie się po obiekcie oraz przeszkód architektonicznych, które mogą się w nim znajdować wraz ze wskazaniem możliwych sposobów ich przezwyciężenia.

W zakresie dostępności architektonicznej opisz w deklaracji:

- wejście lub wejścia do budynku i ewentualne bariery w tym obszarze,
- udogodnienia, z których może skorzystać osoba ze szczególnymi potrzebami na przykład: podjazd, podnośnik, poręcze przy schodach, dzwonek przy drzwiach,
- drogę dojścia do rejestracji i ewentualne bariery w drodze dojścia do rejestracji lub przy gabinecie,
- umiejscowienie toalety przystosowanej do potrzeb osób z niepełnosprawnością,
- możliwość wejścia do budynku z psem asystującym,
- inne ważne informacje, które dotyczą placówki lub gabinetu w zakresie zapewnienia dostępności architektonicznej, na przykład urządzenia lub sprzęt specjalistyczny ułatwiający wizytę w gabinecie (na przykład: leżanka, fotel obniżany elektrycznie, komfortka).

5.2.2.2. Dostępność informacyjno-komunikacyjna w deklaracji dostępności

W zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej umieść w deklaracji:

- informację o dostępnych kanałach kontaktu: e-mail, telefon, czat, SMS/MMS, telefon tekstowy, możliwość rozmowy z tłumaczem PJM – wraz z instrukcją ich wykorzystania,

- szczegółowy opis dojazdu/dojścia do placówki, dostępnych wejść, punktów orientacyjnych, trasy dostępnej dla osób z ograniczoną mobilnością,
- opis rozmieszczenia pomieszczeń i istotnych elementów wnętrza, oznaczeń dotykowych/wypukłych/kierunkowych i sposób ich wykorzystania,
- informację, w jakiej formie dostępne są informacje o działalności placówki na stronie internetowej, (na przykład tekst odczytywany maszynowo, nagranie w PJM, format ETR),
- informację o tym, jak złożyć wniosek o zapewnienie dostępności informacyjno-komunikacyjnej.

Ponadto deklaracja powinna zawierać (jeśli zachodzi konieczność):

- opis napotkanych barier w dostępności informacyjno-komunikacyjnej i przyczyny ich występowania,
- alternatywne sposoby dostępu do informacji w przypadku barier (na przykład wersje tekstowe, inne formy udostępnienia).

5.2.3. Żądanie zapewnienia dostępności i procedura skargowa w deklaracji dostępności

W deklaracji dostępności opisz procedury:

- żądania dostępności cyfrowej,
- skargi na brak dostępności cyfrowej - w przypadku nieskuteczności żądania.

Inne reguły dotyczą dostępności architektonicznej i informacyjno-komunikacyjnej (na mocy ustawy o zapewnianiu dostępności), a inne dostępności cyfrowej (uregulowanej w ustawie o dostępności cyfrowej). Różnice dotyczą między innymi kręgu podmiotów uprawnionych do złożenia pism oraz terminów ich rozpoznania, a nawet nazw właściwego pisma. Wnioski składamy o zapewnienie dostępności architektonicznej i informacyjno-komunikacyjnej, żądania - o zapewnienie dostępności cyfrowej, a skargi – w przypadku nieskuteczności pierwszego pisma.

Obowiązkowy tytuł sekcji „Obsługa wniosków i skarg związanych z dostępnością” w deklaracji dostępności nie jest precyzyjny i nie wskazuje wprost, że chodzi o dostępność cyfrową. Jednak wzorcowa treść akapitu wyraźnie odnosi się do dostępności cyfrowej. Zatem mimo niejednoznacznego nagłówka sekcji, w deklaracji dostępności opisujemy procedury z ustawy o dostępności cyfrowej.

Najważniejsze jest, abyś w tym miejscu deklaracji dostępności wskazał osobę/komórkę organizacyjną odpowiedzialną za dostępność cyfrową oraz rozpatrywanie żądań i skarg na jej brak. Zapewnij zróżnicowane możliwości kontaktu z właściwymi osobami (koniecznie e-mail i telefon, najlepiej komórkowy, tak aby można było komunikować się głosowo i tekstowo).

Zgłoszenie problemu z dostępnością cyfrową następuje w formie żądania zapewnienia dostępności cyfrowej. Takie żądanie może złożyć każdy, niezależnie od tego, czy potrafi uzasadnić, że sam skorzysta z poprawy dostępności.

Podmiot powinien zrealizować żądanie w ciągu 7 dni, ale jeśli potrzeba więcej czasu, może poinformować o tym osobę, która wystąpiła z żądaniem. Ostateczny termin załatwienia sprawy nie może być dłuższy niż 2 miesiące.

Dopiero gdy żądanie jest nieskuteczne i sytuacja nie uległa poprawie, można złożyć skargę na brak dostępności cyfrowej. O ile to możliwe, zadбай o to, aby skargi na brak dostępności były rozpatrywane przez inne osoby/komórki niż te, które rozpatrują żądania zapewnienia dostępności cyfrowej.

W niektórych sytuacjach żądania i skargi mogą nie zostać uwzględnione. Możesz odmówić spełnienia żądania, kiedy jego spełnienie wiązałoby się z ryzykiem naruszenia wiarygodności lub integralności przekazywanych danych.

5.2.4. Obowiązki i sankcje związane z deklaracją dostępności

W aktualnym stanie prawnym obowiązek publikowania deklaracji dostępności stron internetowych i aplikacji mobilnych mają co do zasady podmioty publiczne. Inne podmioty mogą mieć taki obowiązek w związku z tym, że korzystają ze środków publicznych.

Obowiązek podmiotu dotyczy zarówno publikacji deklaracji dostępności, jak i zapewnienia jej właściwej treści – aktualności i zgodności z prawdą. Wypełnienie tych obowiązków zostało zabezpieczone poprzez możliwość nałożenia kary przez organ nadzoru, to jest Ministra Cyfryzacji. Nałożenie kary jest poprzedzone wieloetapowym postępowaniem, które daje podmiotowi szansę naprawienia błędów i uniknięcia sankcji.

Pamiętaj, że do 31 marca każdego roku musisz dokonać przeglądu i aktualizacji deklaracji dostępności. Aktualizacji musisz dokonać także wtedy, kiedy na stronie internetowej/aplikacji mobilnej wprowadzono zmiany, które wpływają na ich dostępność cyfrową.

Podmioty publiczne mają także obowiązki informacyjne i sprawozdawcze. Powinny zgłaszać swoje strony internetowe i aplikacje mobilne do wykazów prowadzonych przez Ministra Cyfryzacji i kontrolować aktualność tych danych. W razie potrzeby podmiot powinien informować o zmianach, potrzebie poprawy lub wykreślenia danych z wykazu Ministra. Dostępność cyfrowa jest także elementem okresowego sprawozdania o stanie zapewniania dostępności podmiotu. Raport o stanie zapewniania dostępności musisz opracować raz na 4 lata (do 31 marca) i opublikować go na swojej stronie internetowej lub w Biuletynie Informacji Publicznej.

6. Otoczenie budynku

Otoczenie budynku to przestrzeń, którą użytkownik musi pokonać, aby się do niego dostać. To na przykład droga dojścia z parkingu czy przystanku. W tej strefie osoby ze szczególnymi

potrzebami mogą doświadczyć barier, które znacznie utrudnią lub uniemożliwią odbycie wizyty w gabinecie stomatologicznym. Należą do nich między innymi:

- brak oznakowania kierunkowego,
- niewystarczające oświetlenie,
- zbyt wąskie lub nierówne ścieżki,
- wysokie krawężniki, brak podjazdów dla wózków,
- trudności w rozpoznaniu wejścia.

Rozwiązania w zakresie dostępności powinny być przyjazne dla pacjentów, osób im towarzyszących i personelu placówki.

W tym rozdziale dowiesz się jak zadbać o wygodne i bezpieczne dojście, odpowiednie oznakowanie i inne rozwiązania, które ułatwią dotarcie do placówki osobom ze szczególnymi potrzebami.

Nie zawsze będziesz miał wpływ na dokonanie zmian w otoczeniu budynku, na przykład na dostosowanie miejsca postojowego, lokalizację przystanku czy jakość ciągów komunikacyjnych. W tej części standardu ujęliśmy także wskazówki, które są zbiorem dobrych praktyk. Ich spełnienie nie wynika wprost z ustawy o zapewnieniu dostępności, ale wykorzystanie może wpłynąć na podniesienie jakości usług.

6.1. Miejsca parkingowe

Dla osób posiadających trudności w poruszaniu szczególnie istotna jest możliwość zaparkowania samochodem w pobliżu placówki. Dla osób z niepełnoprawnościami, które posiadają kartę parkingową, należy wyznaczyć odpowiednie miejsca parkingowe.

Lokalizacja

- Miejsca parkingowe zlokalizuj jak najbliżej wejścia do budynku, odległość ta nie powinna być większa niż 50 m od wejścia głównego i mniejsza niż 5 m od okien budynku.
- W ciągu miejsc postojowych wyznacz skrajne miejsca postojowe dla osób posiadających karty parkingowe.
- Stanowisko postojowe połącz z najbliższym chodnikiem.
- Zaplanuj miejsca parkingowe w taki sposób, żeby osoba poruszająca się na wózku nie musiała poruszać się po pasie ruchu pojazdów.
- Pojazdy parkujące bezpośrednio przy ciągach pieszych nie powinny utrudniać ruchu pieszym, zwłaszcza osobom niewidomym i słabowidzącym.
- Jeżeli parking nie obsługuje bezpośrednio żadnego budynku, miejsca przystosowane dla osób z niepełnosprawnościami powinny znajdować się możliwie blisko przystosowanego wyjścia z tego parkingu.
- Stanowiska postojowe dla osób z niepełnosprawnościami zaleca się lokalizować poza strefą płatnego parkowania.

Nawierzchnia

- Nawierzchnia powinna być równa, gładka, twarda, wykonana z betonu asfaltowego lub cementowego.
- Nie zaleca się stosowania nawierzchni brukowanych wykonanych z kostki kamiennej oraz płyt ażurowych.
- Dopuszczalne maksymalne nachylenie wynosi 2%.
- Farba na miejscu powinna być niebieska, trwała, niezmywalna, antypoślizgowa.
- Niedopuszczalne jest umieszczanie na powierzchni miejsca parkingowego innych oznaczeń, studzienek czy rynien do odprowadzania wody.

Oznaczenie miejsc parkingowych

Dla osób niepełnosprawnych, które posiadają kartę parkingową miejsca parkingowe musi być dobrze oznaczone.

Koperta parkingowa dla niepełnosprawnych to wyznaczone miejsce postojowe oznaczone znakiem P-20 (koperta) z niebieskim tłem i symbolem P-24 (osoba na wózku inwalidzkim).



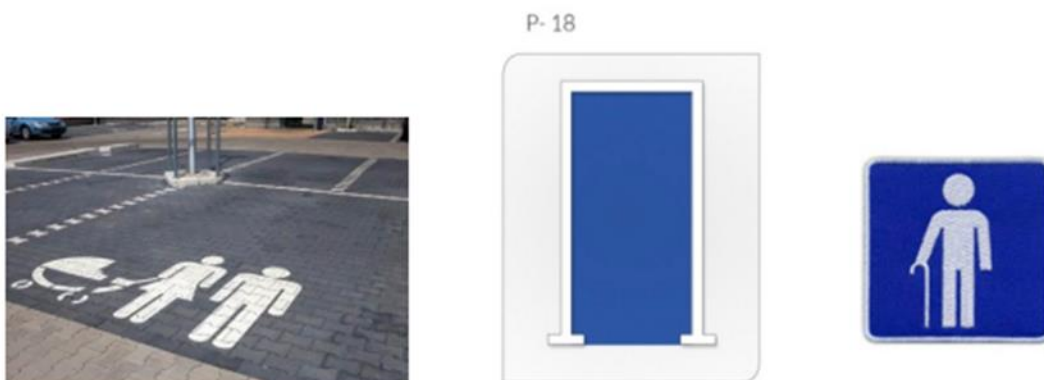
Źródło: Standard Dostępności Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej

Oznakowanie miejsca parkingowego znakiem pionowym: znak „parking” (D-18 lub D-18b) + tabliczka T-29.



Źródło: Standard Dostępności Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej

Dobłą praktyką jest wyznaczenie miejsc parkingowych również dla osób, które nie posiadają karty parkingowej, a są osobami ze szczególnymi potrzebami. Szczególnie ważne są dostępne miejsca parkingowe dla rodzin z małymi dziećmi i seniorów.



Źródło: Standard Dostępności Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej

Liczba miejsc postojowych:

- 1 miejsce – jeśli parking ma do 15 miejsc,
- 2 miejsca – jeśli parking ma od 16 do 40 miejsc,
- 3 miejsca – jeśli parking ma od 41 do 100 miejsc,
- co najmniej 4% wszystkich miejsc – jeśli parking ma więcej niż 100 miejsc.

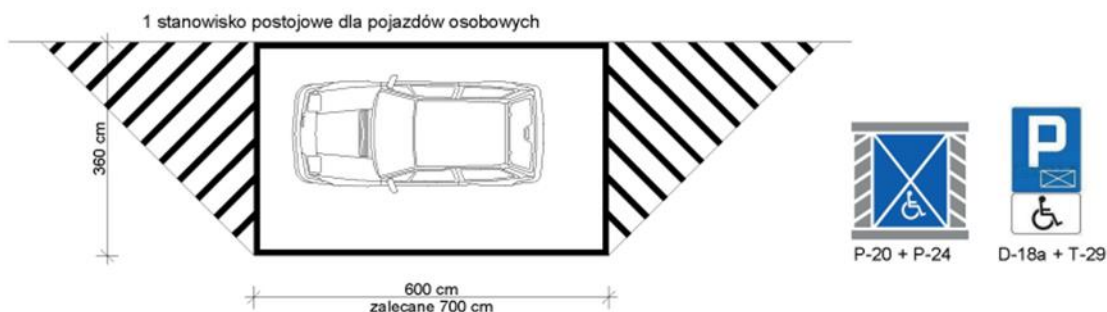
Wymiary miejsca postojowego

Pamiętaj, że osoba z niepełnosprawnością, która porusza się na wózku lub używa innego sprzętu wspomagającego poruszanie się potrzebuje przestrzeni, aby wysiąść z samochodu. Musi mieć możliwość otworzenia drzwi samochodu na całą szerokość.

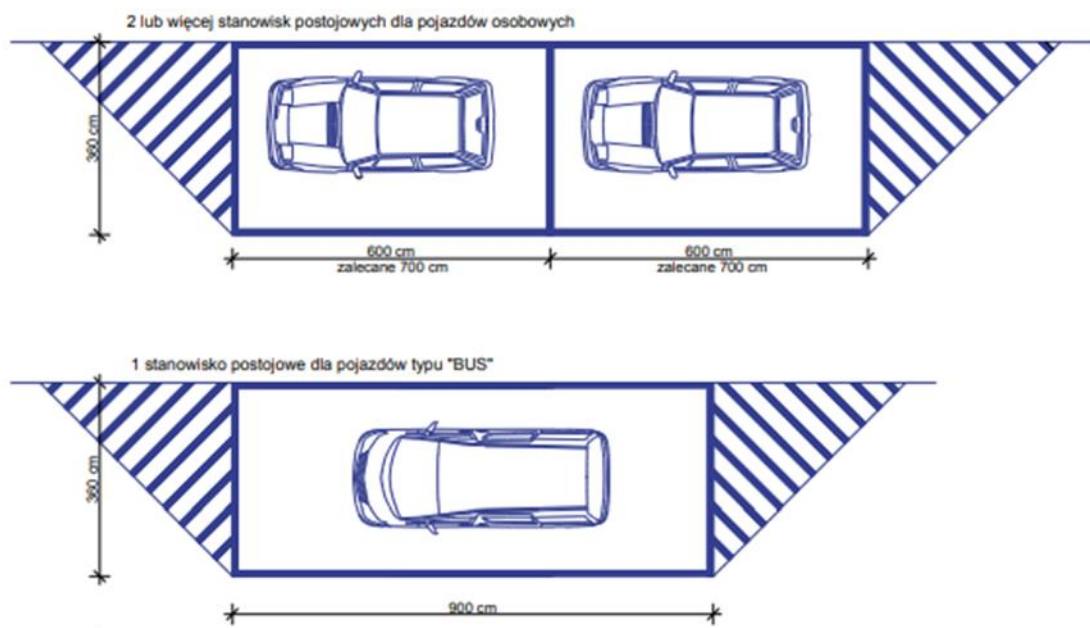
Miejsca postojowe mogą być ulokowane względem pasa drogi na 3 sposoby: prostopadle, ukośnie i równolegle. Dla każdego z nich należy zagwarantować właściwe wymiary:

- Dla miejsc prostopadłych i ukośnych: minimum 360 x 500 cm, najlepiej minimum 360 x 600 cm.
- Dla miejsc równoległych: minimum 360 x 600 cm, najlepiej 360 x 700 cm.
- Dla busów przystosowanych do przewozu osób poruszających się na wózku i dla samochodów wyposażonych w podnośnik: minimum 360 x 900 cm.

Schemat miejsc postojowych



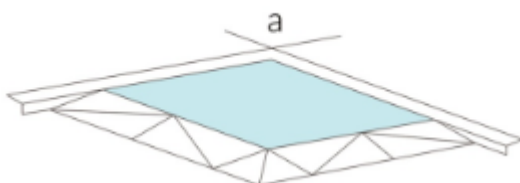
Źródło: Standard Dostępności POZ



Źródło: Standard Dostępności Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej

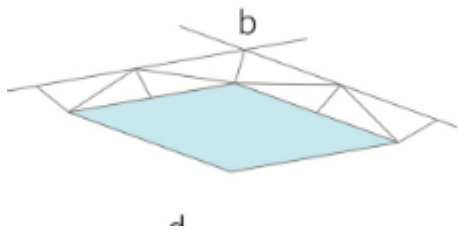
Inne parametry techniczne

- Krawężnik chodnika przy miejscu postojowym nie powinien przekraczać 2 cm.
- Chodnik (ciąg pieszy) między miejscem postojowym dla osób z niepełnosprawnością a wejściem do budynku powinien być wolny od przeszkód.
- Projektując miejsca postojowe prostopadłe do chodnika pamiętaj, aby tak zwany „nawis” samochodu znajdował się poza strefą ruchu pieszego.
- Nawis samochodu nie może utrudniać osobie niewidomej dostępu do krawędzi kierującej, na przykład krawężnika jezdni lub chodnika.
- W przypadku różnicy poziomów płaszczyzny miejsca postojowego i chodnika:
 - zastosuj pochylnię umożliwiającą wjazd wózkiem inwalidzkim na poziom chodnika lub
 - wyrównaj poziom płaszczyzny miejsca postojowego i chodnika.
- Przykładowe sposoby zapewnienia dostępu do chodnika:
 - wyniesienie całości nawierzchni stanowiska postojowego do wysokości sąsiedniego chodnika – dwustronne zrównanie poziomów:



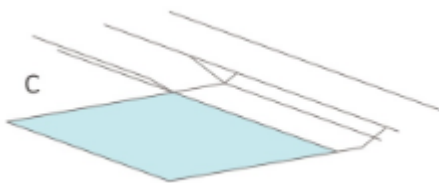
Źródło: <https://budowlaneabc.gov.pl/standardy-projektowania-budynkow-dla-osob-niepelnosprawnych/stanowiska-postojowe-dla-samochodow/dostep-z-chodnika-do-stanowiska-postojowego/>

- obniżenie wysokości sąsiedniego (dobudowanego) chodnika do nawierzchni stanowiska postojowego – dwustronne zrównanie poziomów:



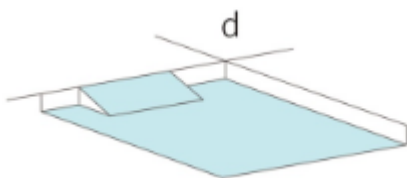
Źródło: <https://budowlaneabc.gov.pl/standardy-projektowania-budynkow-dla-osob-niepelnosprawnych/stanowiska-postojowe-dla-samochodow/dostep-z-chodnika-do-stanowiska-postojowego/>

- obniżenie nawierzchni chodnika na całej długości stanowiska postojowego:



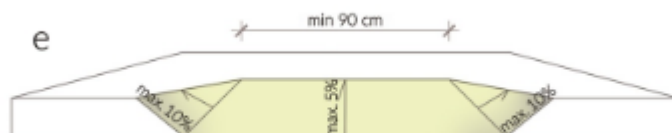
Źródło: <https://budowlaneabc.gov.pl/standardy-projektowania-budynkow-dla-osob-niepelnosprawnych/stanowiska-postojowe-dla-samochodow/dostep-z-chodnika-do-stanowiska-postojowego/>

- wyniesienie miejscowe nawierzchni stanowiska postojowego – pochylnia do wysokości chodnika:



Źródło: <https://budowlaneabc.gov.pl/standardy-projektowania-budynkow-dla-osob-niepelnosprawnych/stanowiska-postojowe-dla-samochodow/dostep-z-chodnika-do-stanowiska-postojowego/>

- obniżenie miejscowe nawierzchni chodnika do wysokości nawierzchni stanowiska postojowego – pochylnia do poziomu koperty:



Źródło: <https://budowlaneabc.gov.pl/standardy-projektowania-budynkow-dla-osob-niepelnosprawnych/stanowiska-postojowe-dla-samochodow/dostep-z-chodnika-do-stanowiska-postojowego/>

Dodatkowe zalecenia:

- W skomplikowanych przestrzeniach parkingowych zapewnij wizualne, słuchowe i dotykowe formy prowadzenia, w celu wspierania orientacji i wyboru odpowiedniego kierunku poruszania się:
 - tablice kierunkowe i informacyjne,
 - systemy głosowe i nawigacyjne,
 - fakturowe oznakowanie nawierzchni (FON).
- Jeżeli na terenie Twojej placówki planujesz montaż parkometru, biletomatu lub automatu do pobierania biletów wjazdowych, uwzględnij potrzeby osób z różnymi ograniczeniami (odpowiednio zaprojektowane urządzenia umożliwiają samodzielne korzystanie z nich przez osoby ze szczególnymi potrzebami).
- Jeżeli urządzenia typu: parkometr, biletomat znajdują się na terenie miejskim, przekaz operatorowi lub odpowiednim służbom informację o potrzebie uwzględnienia zasad dostępności przy modernizacji lub zakupie nowych urządzeń.

Na co zwrócić uwagę:

- wysokość montażu ekranu i przycisków: 80 - 110 cm od poziomu terenu - tak, aby można było korzystać z urządzeń w pozycji siedzącej,
- kontrast treści: minimum 70% LRV w stosunku do tła,
- powierzchnia matowa, antyrefleksyjna (światło nie może się odbijać),
- język: prosty, krótkie zdania, bez skrótów,
- obsługa głosowa: komunikaty dźwiękowe informujące o kolejnych etapach (na przykład potwierdzenie płatności),
- alternatywne formy obsługi: możliwość korzystania z aplikacji mobilnej, zgodnej z WCAG 2.1 (czytniki ekranu, powiększanie tekstu),
- instrukcja obsługi: w formie wizualnej i dźwiękowej - na przykład piktogramy i krótkie nagranie audio,
- informacja o wsparciu: numer telefonu do obsługi lub kod QR z instrukcją w tekście łatwym do czytania i rozumienia i w Polskim Języku Migowym, rozkłady jazdy na przystankach: przekaz uwagi odpowiedzialnym służbom – zwróć uwagę, aby były umieszczone na wysokości wzroku osoby siedzącej (około 120 -140 cm) i miały czcionkę minimum 0,5 - 1 cm.

6.2. Tablice kierunkowe i informacyjne

Tablice kierunkowe i informacyjne to ważny element dostępnej przestrzeni. Są szczególnie ważne dla osób, które znajdują się w danym miejscu po raz pierwszy. Dzięki zastosowaniu tablic kierunkowych i informacyjnych użytkownicy unikną zagubienia. Łatwiej znajdą wejście do placówki. W razie potrzeby skontaktują się z personelem. Dowiedzą się o możliwych

udogodnieniach oferowanych przez placówkę, na przykład o możliwości skorzystania z pętli indukcyjnej lub kontaktu w PJM.

Lokalizacja:

- w pobliżu przystanku autobusowego lub tramwajowego,
- przy miejscu parkingowym,
- przy wyjściu z parkingu,
- na rozgałęzieniach ścieżek i chodników,
- przy wejściu do budynku.

Parametry techniczne:

- wysokość montażu: 140 - 160 cm od poziomu terenu (odpowiednio na wysokości wzroku osoby siedzącej i osoby stojącej),
- powierzchnia: matowa, antyrefleksyjna (światło nie może się odbijać),
- kontrast: minimum 70% LRV w stosunku do tła,
- czcionka: bezszeryfowa (na przykład: Calibri, Arial Aptos), wyrównana do lewej strony, bez pisania całych zdań wersalikami (wielkimi literami),
- wielkość liter: nagłówki minimum 4 cm, treść minimum 2 cm.

Przykładowy zakres treści tablicy:

- nazwa gabinetu stomatologicznego,
- strzałki kierunkowe z opisem wskazujące trasę dojścia,
- numer telefonu do recepcji lub punktu informacji,
- jasne komunikaty, na przykład: „Wejście główne do gabinetu - 20 m”,
- piktogram informujący o dostępności kontaktu w PJM - tekst: „W placówce możliwy jest kontakt w Polskim Języku Migowym (PJM)”,
- piktogram pętli indukcyjnej,
- informacja, że można zgłosić preferowaną formę komunikacji (na przykład: SMS, e-mail, wideotłumacz),
- kod QR z linkiem do informacji w tekście łatwym do czytania i rozumienia oraz w PJM.

6.3. Systemy głosowe i nawigacyjne

Informacje głosowe wspierają osoby niewidome i słabowidzące w zlokalizowaniu wejścia do budynku i bezpiecznym dotarciu do celu. Mogą być istotne zwłaszcza w miejscach, w których nie ma oznaczeń dotykowych lub wizualnych. Można je zapewnić na kilka sposobów:

- Znacznik głosowy (audio beacon) - urządzenie montowane na zewnątrz budynku, odtwarza automatycznie komunikat głosowy, na przykład „Zbliżasz się do wejścia

głównego gabinetu stomatologicznego. Wejście jest na wprost.” Komunikat słyhać bez potrzeby używania telefonu. Aktywowany jest przez czujnik ruchu lub przycisk.

- System nawigacyjny z beaconem Bluetooth - urządzenie montowane na zewnątrz budynku emituje sygnał rozpoznawany przez aplikację w telefonie. Wymaga użycia telefonu z odpowiednią aplikacją. Użytkownik otrzymuje informację w formie dźwięku lub tekstu na ekranie. W materiałach informacyjnych/na stronie internetowej placówki wskaż kompatybilną aplikację.
- Kod QR lub znacznik NFC - możliwość szybkiego pobrania w telefonie informacji o trasie dojścia i dostępności budynku.
- Informacja przekazywana przez personel - zapewniona przez osobę z recepcji lub innego pracownika budynku, w którym znajduje się przychodnia, na przykład pracownika ochrony, portiera.

Ważne, aby komunikaty wychodzące ze znaczników głosowych systemów nawigacyjnych spełniały odpowiednie wymagania techniczne:

- krótki i zrozumiały komunikat w języku polskim,
- wyraźny dźwięk i czytelny głos bez pogłosu,
- możliwość regulacji głośności lub automatycznego dostosowania do poziomu hałasu otoczenia,
- czas trwania do 10 sekund.

Przycisk przywołania asysty

Przycisk umożliwia wezwanie pomocy pracownika, który pomoże dojść do wejścia lub pokonać przeszkodę.

Parametry techniczne:

- wysokość montażu: 80 - 110 cm, wolna przestrzeń manewrowa minimum 80 x 120 cm,
- oznaczenie: kontrastowy piktogram dzwonka i napis na przykład „Wezwij pomoc”,
- podświetlenie: tak, żeby był widoczny po zmroku,
- sposób sygnalizacji wezwania:
 - dźwięk w rejestracji (minimum 70 dB),
 - migająca dioda,
 - komunikat tekstowy na ekranie (jeśli jest),
- czas reakcji personelu: do 5 minut,
- dodatkowe udogodnienie: możliwość przestania sygnału na pager lub aplikację mobilną personelu,
- odporność na warunki atmosferyczne, o klasie szczelności minimum IP54.

Jeśli oznakowanie wizualne, dotykowe lub głosowe nie jest dostępne, należy umieścić w widocznym miejscu (na przykład przy wejściu i parkingu) informację o możliwości skorzystania z alternatywnej formy wsparcia, na przykład: „Jeżeli potrzebujesz pomocy w dotarciu do wejścia, zadzwoń pod numer telefonu recepcji: [numer telefonu].”

Kody QR i znaczniki NFC

Dobra praktyka

Tabliczka z kodem QR lub znacznikiem NFC umożliwia szybkie pobranie w telefonie informacji o trasie dojścia i dostępności budynku.

Parametry techniczne:

- wysokość montażu: 110 - 160 cm,
- powierzchnia: matowa, antyrefleksyjna (światło nie może się odbijać),
- kontrast: minimum 70% LRV w stosunku do tła,
- oznakowanie: piktogram smartfona i krótki opis, na przykład „Odczytaj kod QR, aby uzyskać więcej informacji”,
- rodzaj informacji do pobrania:
 - nagranie audio z trasą dojścia,
 - instrukcja dostępności budynku,
 - numer telefonu do recepcji.

6.4. Fakturowe oznakowanie nawierzchni (FON) – ścieżki dotykowe

Jeśli na terenie nie stosuje się tablic dotykowych ani komunikatów głosowych dobrym rozwiązaniem będzie zastosowanie oznakowania nawierzchni. Oznakowanie nawierzchni ułatwia samodzielną orientację w przestrzeni publicznej osobom niewidomym i słabowidzącym (wyczuwalne laską lub stopą).

Dzięki odpowiednio zaprojektowanym oznaczeniom nawierzchni osoby niewidome i niedowidzące mogą:

- rozpoznać trasę dojścia do wejścia głównego placówki,
- zlokalizować ważne punkty, takie jak drzwi, schody, recepcję czy punkt obsługi,
- zachować bezpieczeństwo przy zmianach kierunku biegu drogi lub przeszkodach.

Dwa kluczowe elementy oznakowania nawierzchni to:

- pasy prowadzące - wyznaczają kierunek ruchu i pomagają utrzymać prostą, bezpieczną trasę,
- pola uwagi - sygnalizują ważne miejsca lub zmiany w otoczeniu na przykład wejście, skrzyżowanie ścieżek, początek schodów.

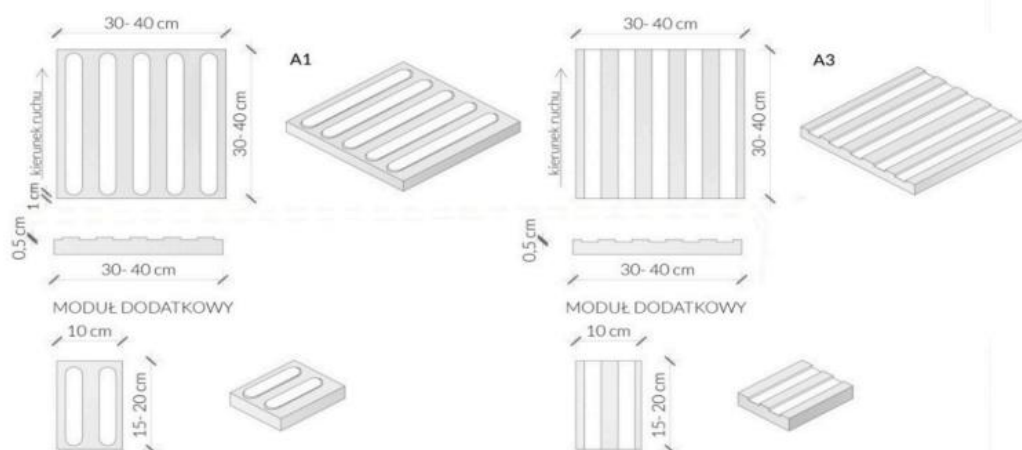
Wykonaj oznakowanie czytelne dotykowo i wizualnie, trwałe oraz spójne z innymi formami informacji w przestrzeni.

Parametry techniczne - pasy prowadzące i oznaczenia ostrzegawcze:

- materiał: antypoślizgowy, odporny na warunki atmosferyczne, trwały,
- szerokość pasa prowadzącego: minimum 30 cm,
- szerokość pola uwagi: 30 - 40 cm,
- kontrast wizualny: co najmniej 30% LRV dla oznaczeń faktur kierunkowych i co najmniej 70% LRV dla oznaczeń ostrzegawczych - w stosunku do otaczającej nawierzchni,
- wysokość wypukłości 5 - 8 mm, średnica podstawy 30 - 40 mm – umożliwiającą wyczuwalność łaską i stopą, a jednocześnie bezpieczna dla osób o ograniczonej mobilności,
- rozstaw elementów: zgodny ze standardem tyflograficznym – pasy i pola muszą być jednoznacznie rozpoznawalne dotykem.

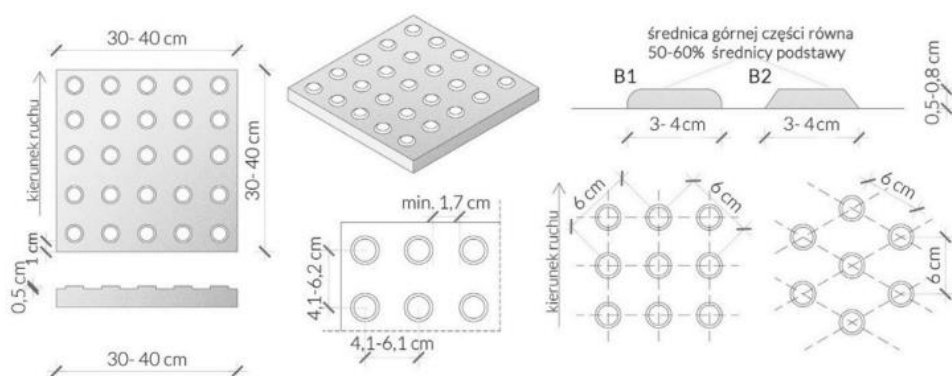
Rodzaje oznaczeń dotykowych:

- typ A – faktura kierunkowa / prowadząca (A1 prążki, A2 wałki, A3 rowki – tylko wewnątrz budynków),
- typ B – oznaczenia ostrzegawcze/ bezpieczeństwa (B1 ścięte kopytka, B2 ścięte stożki).



Rys. 1. Płytki kierunkowe do zastosowań: A1 – na zewnątrz i wewnątrz obiektów, A3 – do wnętrz i przestrzeni zewnętrznych.

Źródło: Standard Dostępności Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej



Rys. 2. Faktura bezpieczeństwa (typ B) tzw. B1 „ścięte kupałki”, B2 „ścięte stożki”.

Źródło: Standard Dostępności AmbulATORYJNEJ Opieki Specjalistycznej

6.5. Chodnik

Szerokość chodnika

Aby gabinet był dostępny i pacjent mógł się do niego swobodnie dostać pamiętaj, że:

- chodnik powinien mieć szerokość co najmniej 1,5 m na całej długości,
- powinien mieć po bokach wolne miejsce o szerokości minimum 30 cm (skrajnia),
- na całej długości chodnika nie powinno być żadnych progów,
- dopuszczalne są krawężniki do wysokości 2 cm,
- chodnika nie mogą ograniczać żadne przeszkody terenowe typu: znaki drogowe i tablice reklamowe, przystanki komunikacji zbiorowej, stojaki na rowery, ławki, kosze na śmieci.

Część pacjentów potrzebuje wsparcia drugiej osoby, psa asystującego lub sprzętu rehabilitacyjnego. W projektowaniu dojścia do placówki uwzględnij różne potrzeby w zakresie przemieszczania się osób.

Wyznacz najkrótszą, wolną od przeszkód oraz utrudnień terenowych trasę dojścia od przystanku komunikacji zbiorowej do obiektu.

Jeśli na drodze są przewężenia, oznacz przeszkodę czytelną różnicą faktury do nawierzchni chodnika (faktura powinna mieć szerokość minimum 30 cm; nie wlicza się jej do szerokości przewężenia). Dopuszczalne jest miejscowe przewężenie ciągu komunikacyjnego do szerokości:

- 1,6 m na długości maksimum 10 m,
- 1,2 m na długości maksimum 3 m,
- 1 m na długości maksimum 0,5 m.

Nawierzchnia chodnika

Chodnik powinien być dostępny dla wszystkich użytkowników, wygodny i bezpieczny.

Pamiętaj, że są osoby ze szczególnymi potrzebami to osoby, które na przykład poruszają się

przy pomocy wózka, używają białej laski, prowadzą wózki dziecięce, używają chodników rehabilitacyjnych lub są osobami starszymi.

Dlatego chodnik powinien być:

- równy, twardy,
- wykonany z jednorodnego materiału, na przykład asfalt, beton, równa kostka bitumiczna lub betonowa,
- antypoślizgowy, niezależnie od poziomu zawilgocenia, na przykład na skutek opadów deszczu,
- szeroki na minimum 150 cm.

Za dobrą praktykę uznaje się chodnik o szerokości 180 cm.

Niedopuszczalne jest wykonanie chodnika z gresu, z kamieni, ze żwiru, krat lub płyt ażurowych, ponieważ nawierzchnia takiego chodnika będzie niestabilna.

Nachylenie chodnika

Najlepiej, gdyby chodnik był płaski, wówczas użytkownik się nie męczy i czuje się bezpiecznie. Dopuszczalne nachylenie chodnika to nie więcej niż:

- 2% - w poprzek,
- 5% - wzdłuż.

Jeśli nie możesz spełnić drugiego warunku (nie więcej niż 5% nachylenia chodnika wzdłuż) to powinieneś zastosować schody zewnętrzne i pochylnie.

6.6. Schody zewnętrzne (terenowe)

Schody mogą być dużą barierą zwłaszcza dla osób z trudnościami w poruszaniu się. Tam, gdzie są różnice pomiędzy poziomami, zbocza czy skarpy zastosowanie schodów terenowych jest jedynym sposobem pokonywania różnicy poziomów na drodze do budynku.

Parametry techniczne schodów

- schody powinny mieć co najmniej 120 cm szerokości (szerokość schodów zmierz między poręczami - jeśli są zamontowane; jeśli poręczy nie ma, mierz całą szerokość stopnia),
- schody powinny mieć minimum 3, a maksimum 10 stopni,
- wszystkie stopnie muszą mieć taką samą wysokość, nie mniejszą niż 12 cm i nie większą niż 15 cm,
- głębokość każdego stopnia musi być taka sama - nie mniejsza niż 35 cm.

Dobra praktyka to szerokość schodów - 140 cm. Pamiętaj, schody nie mogą zawęźać chodnika.

Niedopuszczalne jest stosowanie schodów:

- zabiegowych, które charakteryzują się zmianą kierunku biegu przy zastosowaniu specjalnych stopni o zmiennym kształcie (na przykład trójkątnych lub trapezowych),

- wachlarzowych, w których ułożenie stopni przypomina rozłożony wachlarz, stopnie są szersze przy ścianie i węższe przy centralnej podstawie, na której są osadzone,
- ażurowych, które nie mają tak zwanych podstopnic, to znaczy nie mają elementów łączących stopnie,
- z noskami lub podcięciami.

Spoczniki na schodach

Spocznik to pozioma część nawierzchni znajdująca się między dwoma biegami schodów. Jest to miejsce odpoczynku lub zmiany kierunku ruchu na schodach. Spocznik musi mieć szerokość i długość minimum 150 cm.

Balustrady na schodach

W pewnych przypadkach będzie konieczne zamontowanie balustrad. Na przykład, gdy nachylenie schodów terenowych jest inne niż profil terenu. Pamiętaj:

- minimalna wysokość balustrady to 110 cm,
- maksymalny odstęp między elementami to 12 cm,
- balustrady wykonane z przezroczystych materiałów na przykład szkła, powinny być oznaczone kontrastowym pasem o szerokości minimum 10 cm w połowie ich wysokości.

Pochwyty (poręcze) na schodach:

- należy je zamontowane po obu stronach schodów,
- powinny być zamontowane na dwóch różnych wysokościach, między 60 a 75 cm oraz między 90 a 110 cm (wysokość zmierz do krawędzi górnej poręczy),
- kształt poręczy powinien być okrągły lub eliptyczny, o średnicy od 3,5 do 4,5 cm,
- muszą być oddalone o minimum 5 cm od innych elementów, na przykład ścian,
- jeśli szerokość schodów jest większa niż 4 m, zamontuj dodatkową poręcz pośrednią,
- powinny być zawinięte na końcach,
- powinny być wydłużone o 30 cm na górze i na dole schodów,
- muszą wiernie odzwierciedlać bieg schodów,
- dostęp do pochwyty (poręczy) powinien być swobodny z obu stron, nie można ich zastawiać na przykład dekoracjami, kwietnikami.

Dobra praktyka: Zaleca się stosowanie poręczy przy każdym schodach.

Oznaczenie schodów:

- należy zastosować kontrastowe oznaczenia krawędzi stopni oraz pasy ostrzegawcze na początku i na końcu biegu schodów,
- krawędzie pierwszego i ostatniego stopnia muszą mieć kontrastowe oznaczenie o szerokości 5 cm (na poziomej i pionowej części),

- jeśli schody mają tylko trzy stopnie, oznacz wszystkie,
- na 50 cm przed pierwszym stopniem schodów dodaj ostrzeżenie dotykowe o szerokości 40 - 60 cm.

Nawierzchnia schodów

Nawierzchnia schodów musi być równa, stabilna i antypoślizgowa.

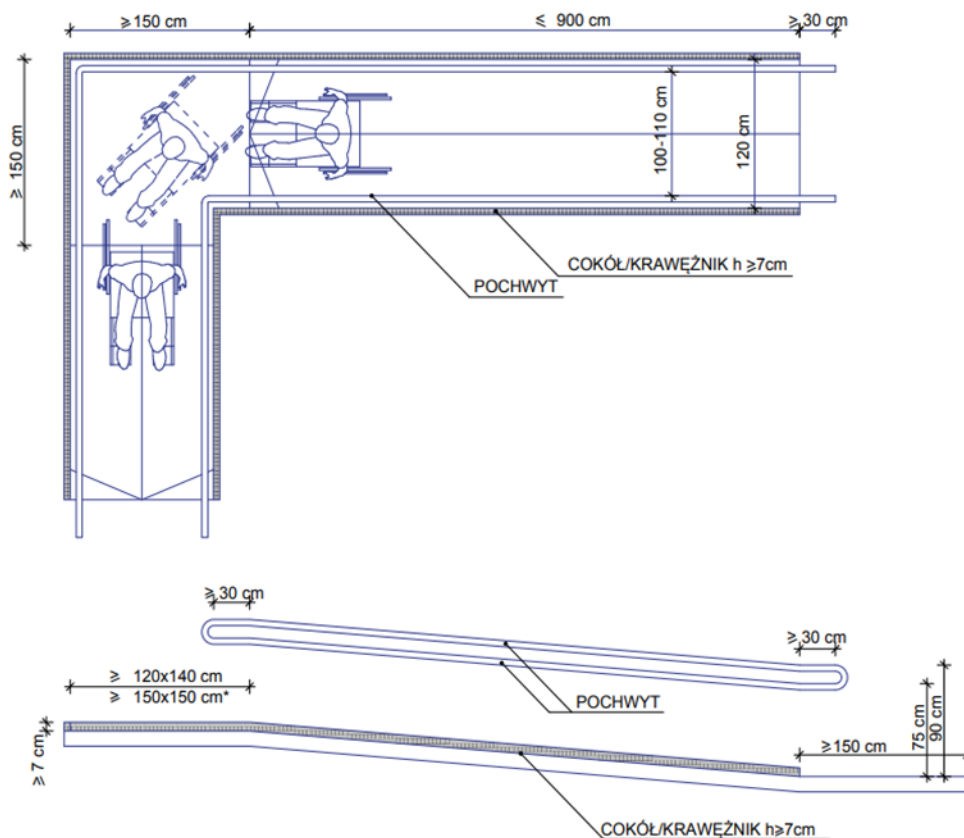
Oświetlenie schodów

Nawierzchnia schodów musi być równomiernie oświetlona, minimum 30 lx, bez efektu migania.

6.7. Pochylnia zewnętrzna (alternatywa dla schodów)

Pochylnia jest wygodniejsza i bezpieczniejsza od schodów, szczególnie dla osób poruszających się na wózkach, używających chodzików czy wózków dziecięcych.

Parametry techniczne pochylni:



Źródło: Standard Dostępności AmbulATORYJNEJ Opieki Specjalistycznej

- szerokość pochylni - 120 cm szerokości (między krawężnikami),
- nachylenie pochylni: maksymalna wartość nachylenia pochylni zależy od różnicy wysokości oraz tego czy jest zadaszenie nad pochylnią. Brak zadaszenia utrudnia korzystanie z pochylni w czasie opadów atmosferycznych czy silnego wiatru. Im większa różnica wysokości do pokonania, tym mniejsze jest maksymalne dopuszczalne nachylenie.

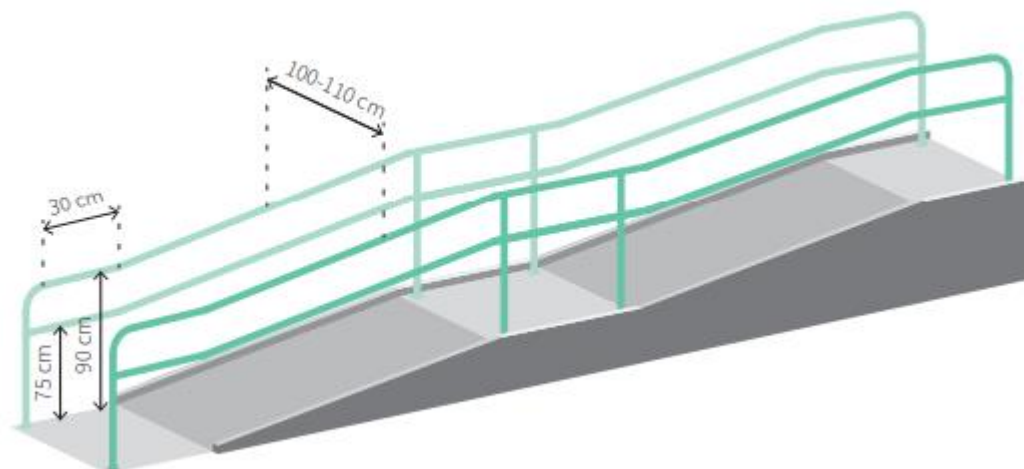
Dopuszczalne nachylenie pochylni:

Różnica wysokości	Zadaszenie	Maksymalne nachylenie
do 15 cm	bez zadaszenia	15%
16-50 cm	bez zadaszenia	8%
powyżej 50 cm	bez zadaszenia	6%
do 15 cm	zadaszenie	15%
16-50 cm	zadaszenie	10%
powyżej 50 cm	zadaszenie	8%

- długość odcinka pochylni: maksymalna długość pojedynczego odcinka pochylni to 9 m; pochylnia może się składać z wielu odcinków - w takim przypadku konieczne są spoczniki,
- spocznik to płaska część pochylni - umożliwia odpoczynek oraz zmianę kierunku ruchu,
- wymiary spocznika:
 - między odcinkami – minimum 120 x 140 cm,
 - do zmiany kierunku – minimum 150 x 150 cm.

Poręcze na pochylni:

- muszą być zamontowane po obu stronach każdej pochylni, na dwóch wysokościach - 75 cm i 90 cm,
- muszą być równoległe do pochylni,
- powinny mieć kontrastowy kolor,
- powinny mieć kształt koła lub elipsy (3,5 – 4,5 cm średnicy),
- powinny być oddalone od elementów stałych (ściany) o co najmniej 5 cm,
- odległość między poręczami powinna mieć od 100 do 110 cm,
- powinny być zawinięte na końcach,
- powinny być wydłużone o 30 cm na górze i na dole pochylni.



Rozmieszczenie poręczy przy pochylni.

Źródło: Kamil Kowalski „Włącznik projektowanie bez barier”.

Początek i koniec pochylni:

Na początku i końcu pochylni musi być płaska powierzchnia o wymiarach co najmniej 120 cm szerokości i 150 cm długości. Jeśli pochylnia kończy się przed drzwiami, trzeba zapewnić miejsce do manewrowania, poza zasięgiem otwierania drzwi, o wymiarach minimum 150 x 150 cm.

Krawężnik lub ogranicznik pochylni:

Pochylnie powinna mieć po obu stronach krawężnik lub ogranicznik o minimalnej wysokości 7 cm. Jest to podyktowane względami bezpieczeństwa.



Źródło: Kamil Kowalski „Włącznik projektowanie bez barier”.

Oznaczenia pochylni:

Na początku i końcu pochylni, 50 cm przed wejściem, musi być pas ostrzegawczy (40 - 60 cm szerokości na całą szerokość pochylni).

Nawierzchnia pochylni:

Pochylnia musi być równa, twarda i antypoślizgowa (o klasie poślizgowości minimum R10).

Oświetlenie pochylni:

Pochylnia musi być dobrze oświetlona – przynajmniej 30 lx.

6.8. Oświetlenie wspierające bezpieczeństwo i orientację

Oświetlenie wokół budynku odgrywa kluczową rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa i orientacji, zwłaszcza po zmroku lub w warunkach ograniczonej widoczności. Jest to szczególnie istotne dla osób słabowidzących (oświetlenie poprawia kontrast i widoczność detali) oraz dla osób z nadwrażliwością sensoryczną (stabilne, nieoślepiające światło zmniejsza ryzyko dezorientacji i dyskomfortu).

Dzięki odpowiednio dobranym źródłom światła użytkownicy mogą:

- bezpiecznie poruszać się w otoczeniu budynku,
- łatwo odczytywać tablice informacyjne, piktogramy oraz oznaczenia kierunkowe,
- lepiej rozpoznawać przeszkody i punkty orientacyjne.

Parametry techniczne:

- natężenie oświetlenia: minimum 200 lx w strefie wejściowej i przy tablicach informacyjnych,
- barwa światła: neutralna (4000–5000 K), bez efektu migotania,
- sposób montażu: na niskich pylonach o wysokości około 80 - 120 cm - wzdłuż drogi dojścia lub jako źródła światła umieszczone wysoko, aby nie oślepiały użytkowników ani nie powodowały odbić na tablicach informacyjnych,
- automatyczne włączanie po zmroku: czujnik ruchu/zmierzchu,
- oznakowanie przeszkód: paski ostrzegawcze minimum 5 cm szerokości, kontrast minimum 70% LRV w stosunku do tła.

7. Wejście do budynku

7.1. Oznakowanie wejścia

Pamiętaj, dobre oznakowanie wejścia do budynku pomaga użytkownikom szybko rozpoznać, gdzie należy się kierować. Wyraźna tablica informacyjna, jasna instrukcja w prostym języku, kontrastowe napisy, piktogramy umieszczone na fasadzie budynku i kontrastowo oznaczone drzwi ułatwiają orientację. Jeśli zastosujesz takie rozwiązania, zmniejszysz stres użytkowników. Szczególnie tych, którzy pojawiają się w placówce po raz pierwszy. Zamontuj dodatkowo system nawigacji dźwiękowo-przestrzennej (na przykład znacznik głosowy) oraz pasy prowadzące (fakturowe oznaczenie nawierzchni), które wspierają orientację osób niewidomych i słabowidzących. Dobrym rozwiązaniem są także sygnały (dźwiękowe lub świetlne) potwierdzające otwarcie drzwi - dają pewność, że mechanizm otwierania drzwi zadziałał prawidłowo.

Parametry techniczne tablicy informacyjnej:

- wysokość montażu: 140 - 160 cm od poziomu terenu (odpowiednio na wysokości wzroku osoby siedzącej i osoby stojącej),
- powierzchnia: matowa, antyrefleksyjna (światło nie może się odbijać),
- kontrast: minimum 70% LRV w stosunku do tła,
- czcionka: bezszeryfowa (na przykład: Calibri, Arial, Aptos), wyrównana do lewej strony, bez pisania całych zdań wersalikami (wielkimi literami),
- wielkość liter: nagłówki minimum 4 cm, treść minimum 2 cm.

Przykładowy zakres treści tablicy informacyjnej przy wejściu:

- nazwa placówki,
- opis funkcji (na przykład „Wejście główne”),
- informacja o godzinach otwarcia,
- instrukcja użycia drzwi (na przykład „Drzwi otwierają się automatycznie”),
- numer telefonu do recepcji,
- piktogram informujący o dostępności kontaktu w PJM - tekst: „W placówce możliwy jest kontakt w Polskim Języku Migowym (PJM)”,
- piktogram pętli indukcyjnej,
- informacja, że można zgłosić preferowaną formę komunikacji (na przykład SMS, email, wideotłumacz),
- kod QR z linkiem do informacji w tekście łatwym do czytania i rozumienia oraz w PJM.

System dźwiękowo-przestrzenny przy wejściu:

- znacznik głosowy (audio beacon) uruchamiany automatycznie lub pilotem, urządzenie montowane na zewnątrz budynku, odtwarza automatycznie komunikat głosowy (na przykład „Znajdujesz się przy wejściu do gabinetu stomatologicznego. Wejście jest na wprost.”),
- sygnał dźwiękowy: dźwiękowy sygnał otwarcia,
- sygnał świetlny (LED): potwierdzający otwarcie drzwi,
- komunikat głosowy (opcjonalny): automatyczna informacja, na przykład „Drzwi się otwierają”.

7.2. Drzwi wejściowe

Rekomendowane są drzwi automatyczne – przesuwne lub wyposażenie w automatyczny system wspomagania otwierania (napęd elektryczny do drzwi).

Parametry techniczne drzwi wejściowych:

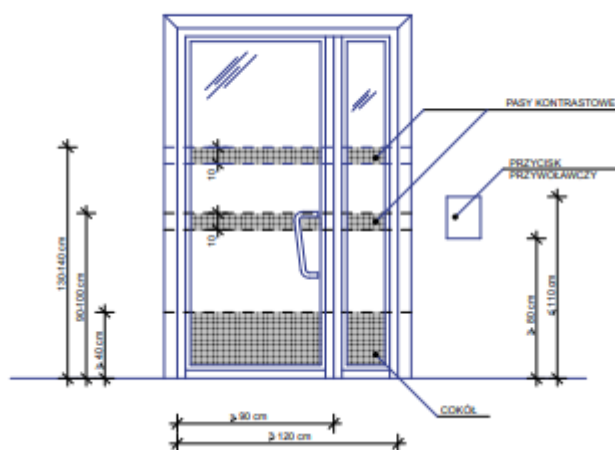
- szerokość skrzydła drzwiowego: minimum 90 cm dla drzwi jednoskrzydłowych, dla drzwi dwuskrzydłowych minimum 120 cm (z czego przynajmniej jedno skrzydło powinno mieć minimum 90 cm szerokości),

Dobra praktyka: dla komfortowego wejścia osoby poruszającej się na wózku zalecana szerokość skrzydła drzwi to 100 - 110 cm,

- próg: maksymalny 2 cm (ze ścięciem krawędzi), preferowane są rozwiązania bezprogowe lub z odpowiednim najazdem/pochylnym wykończeniem z obu stron progu,
- drzwi ręczne: siła potrzebna do otwarcia drzwi nie powinna przekraczać 30 N (zależnie od zastosowanego samozamykacza),
- kierunek otwierania drzwi: powinny otwierać się na zewnątrz budynku (zgodnie z przepisami przeciwpożarowymi),
- skrzydło drzwiowe: powinno umożliwiać zatrzymanie się w otwartej pozycji,
- mechanizm klamki, uchwyty, przyciski otwierające: powinny być zamontowane na wysokości 80 - 110 cm od poziomu posadzki. Powinny mieć ergonomiczny kształt (preferowane uchwyty typu „C”, „L” lub gałki dźwigniowe),
- przyciski do otwierania drzwi automatycznych powinny mieć średnicę minimum 3 cm, być dobrze oznaczone i reagować na lekki nacisk.

Oznakowanie drzwi wejściowych:

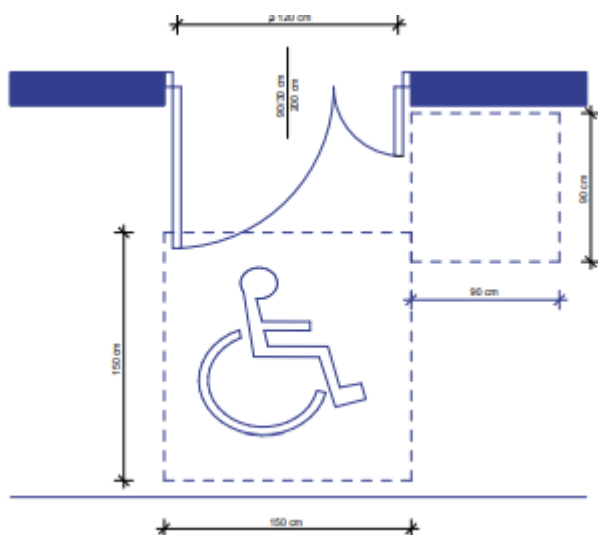
- kolor: kontrastowy,
- drzwi wykonane ze szkła: powinny posiadać dwa pasy oznaczeń kontrastowych na wysokości: 90 - 100 cm oraz 130 - 140 cm (mierzone od poziomu posadzki),
- kolor znaczeń: powinien kontrastować z otoczeniem i szybą.



Źródło: Standard Dostępności Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej

Przestrzeń manewrowa:

Przed drzwiami oraz po ich otwarciu (wewnątrz budynku) zapewnij wolną przestrzeń manewrową o wymiarach co najmniej 150 x 150 cm.



Źródło: Standard Dostępności Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej

Powierzchnia przed drzwiami:

- powinna być równa, antypoślizgowa, bez uskoków i progów,
- wycieraczki: przed drzwiami wejściowymi i/lub w przedsionku nie mogą utrudniać ruchu osobom o kulach, osobom poruszającym się na wózku, osobom niedowidzącym czy niewidomym. Ich krawędzie muszą być ścięte i przylegać do powierzchni podłogi. Pamiętaj, jeśli wycieraczki tekstylne lub gumowe są zamontowane do płaszczyzny podłogi, ich wysokość nie może być większa niż 1 cm (to ułatwi najazd lub wejście na nie). Muszą mieć równą fakturę (płaszczyznę), a jej struktura nie może mieć nierówności bądź otworów większych niż 1 cm.

7.3. System wezwania asysty

Urządzenie do przywołania asysty pozwala użytkownikowi wezwać pomoc, na przykład w sytuacji, gdy drzwi są zamknięte, sposób wejścia nie jest dla niego oczywisty lub potrzebne jest wsparcie w dotarciu do właściwego miejsca. Możesz zastosować prosty przycisk sygnalizacyjny, domofon lub wideodomofon. Dzięki różnym formom kontaktu – głosowemu, wizualnemu lub dźwiękowemu – użytkownik może skorzystać z rozwiązania, które najlepiej odpowiada jego potrzebom.

Parametry techniczne urządzenia do przywołania asysty:

- wysokość montażu: 80 - 110 cm od poziomu terenu, aby mogły korzystać osoby siedzące i stojące,
- lokalizacja: bezpośrednio przy wejściu, najlepiej po prawej stronie drzwi patrząc od strony dojścia, w miejscu łatwo dostępnym i niezastawionym (na przykład donicami, skrzynkami, barierkami),
- oznakowanie: kontrastowy piktogram dzwonka lub słuchawki, napis na przykład „Wezwij pomoc” lub „Zadzwoń, aby uzyskać wsparcie”, oznaczenie widoczne z odległości kilku metrów, podświetlenie umożliwiające korzystanie po zmroku,
- sposób sygnalizacji wezwania:

- sygnał dźwiękowy w recepcji lub punkcie informacyjnym (o natężeniu minimum 70 dB w odległości 1 m),
- sygnał świetlny (na przykład migająca dioda) potwierdzający odebranie wezwania, w przypadku wideodomofonu: sygnał wizualny i dwustronna komunikacja głosowa.

Dodatkowe funkcje w przypadku zastosowaniu wideodomofonu:

- obraz wideo z możliwością podglądu osoby wzywającej,
- czytelny ekran o kącie widzenia minimum 120°,
- opcjonalnie: regulacja głośności rozmowy.

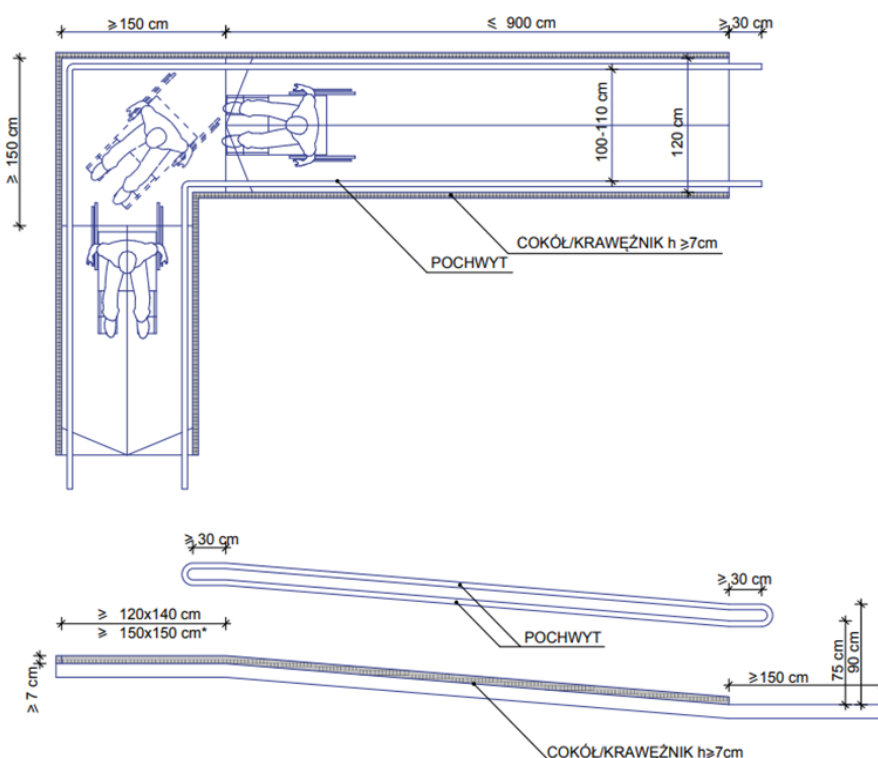
7.4. Pokonywanie różnic poziomów przed wejściem do budynku

Jeżeli przed wejściem do budynku występują zmiany poziomów, to konieczne zastosuj pochylnię lub windę (dźwig osobowy). Tylko w wyjątkowych sytuacjach dopuszcza się możliwość zamontowania podnośnika schodowego.

7.4.1. Pochylnia

Jeśli ze względów technicznych (duże różnice poziomu) nie jest możliwe wykonanie podestu przed drzwiami wejściowymi, konieczne może być zastosowanie pochylni. Parametry techniczne dla pochylni montowanej przed drzwiami wejściowymi są identyczne jak dla pochylni montowanych w strefie dojścia do budynku.

Parametry techniczne pochylni przed drzwiami wejściowymi:



- szerokość pochylni - 120 cm szerokości (między krawężnikami),
- nachylenie pochylni: maksymalna wartość nachylenia pochylni zależy od różnicy wysokości oraz tego czy jest zadaszenie nad pochylnią. Brak zadaszenia utrudnia korzystanie z pochylni w czasie opadów atmosferycznych czy silnego wiatru. Im większa różnica wysokości do pokonania, tym mniejsze jest maksymalne dopuszczalne nachylenie.

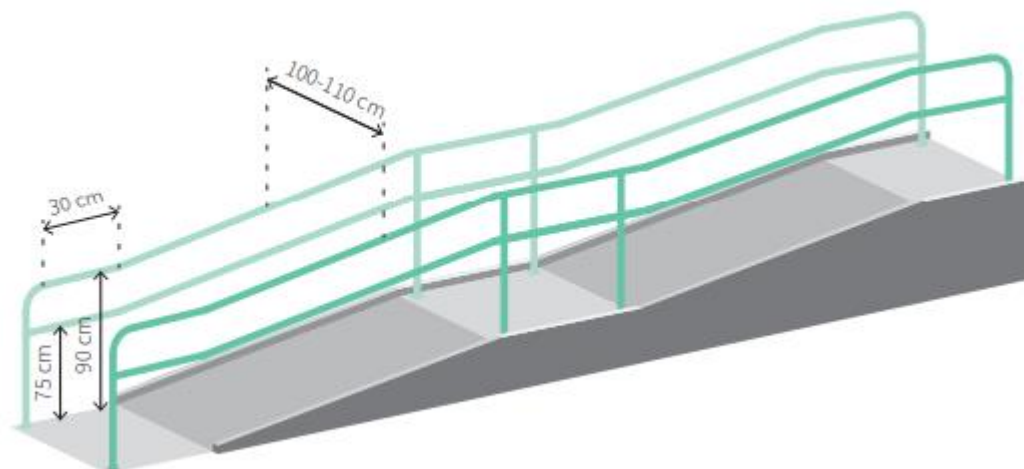
Dopuszczalne nachylenie pochylni:

Różnica wysokości	Zadaszenie	Maksymalne nachylenie
do 15 cm	bez zadaszenia	15%
16-50 cm	bez zadaszenia	8%
powyżej 50 cm	bez zadaszenia	6%
do 15 cm	zadaszenie	15%
16-50 cm	zadaszenie	10%
powyżej 50 cm	zadaszenie	8%

- długość odcinka pochylni: maksymalna długość pojedynczego odcinka pochylni to 9 m; pochylnia może się składać z wielu odcinków - w takim przypadku konieczne są spoczniki,
- spocznik to płaska część pochylni - umożliwia odpoczynek oraz zmianę kierunku ruchu,
- wymiary spocznika:
 - między odcinkami – minimum 120 × 140 cm,
 - do zmiany kierunku – minimum 150 × 150 cm.

Poręcze na pochylni:

- muszą być zamontowane po obu stronach każdej pochylni, na dwóch wysokościach - 75 cm i 90 cm,
- muszą być równoległe do pochylni,
- powinny mieć kontrastowy kolor,
- powinny mieć kształt koła lub elipsy (3,5 - 4,5 cm średnicy),
- powinny być oddalone od elementów stałych (ściany) o co najmniej 5 cm,
- odległość między poręczami powinna mieć od 100 do 110 cm,
- powinny być zawinięte na końcach,
- powinny być wydłużone o 30 cm na górze i na dole pochylni.



Rozmieszczenie poręczy przy pochylni.

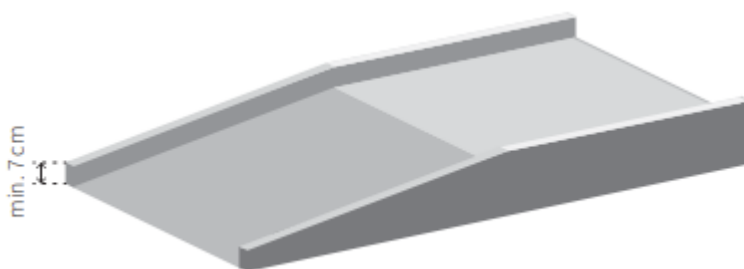
Źródło: Kamil Kowalski „Włącznik projektowanie bez barier”.

Początek i koniec pochylni:

Na początku i końcu pochylni musi być płaska powierzchnia o wymiarach co najmniej 120 cm szerokości i 150 cm długości. Jeśli pochylnia kończy się przed drzwiami, trzeba zapewnić miejsce do manewrowania, poza zasięgiem otwierania drzwi, o wymiarach minimum 150 x 150 cm.

Krawężnik lub ogranicznik pochylni:

Pochylnie powinna mieć po obu stronach krawężnik lub ogranicznik o minimalnej wysokości 7 cm. Jest to podyktowane z względami bezpieczeństwa.



Źródło: Kamil Kowalski „Włącznik projektowanie bez barier”.

Oznaczenia pochylni:

Na początku i końcu pochylni, 50 cm przed wejściem, musi być pas ostrzegawczy (40 - 60 cm szerokości na całą szerokość pochylni).

Nawierzchnia pochylni:

Pochylnia musi być równa, twarda i antypoślizgowa (o klasie poślizgowości minimum R10).

Oświetlenie pochylni:

Pochylnia musi być dobrze oświetlona – przynajmniej 30 lx.

Alternatywą dla pochylni może być dźwig osobowy (winda), który zapewni swobodny dostęp do budynku osobom na wózkach.

7.4.2. Winda (dźwig osobowy)

Lokalizacja windy:

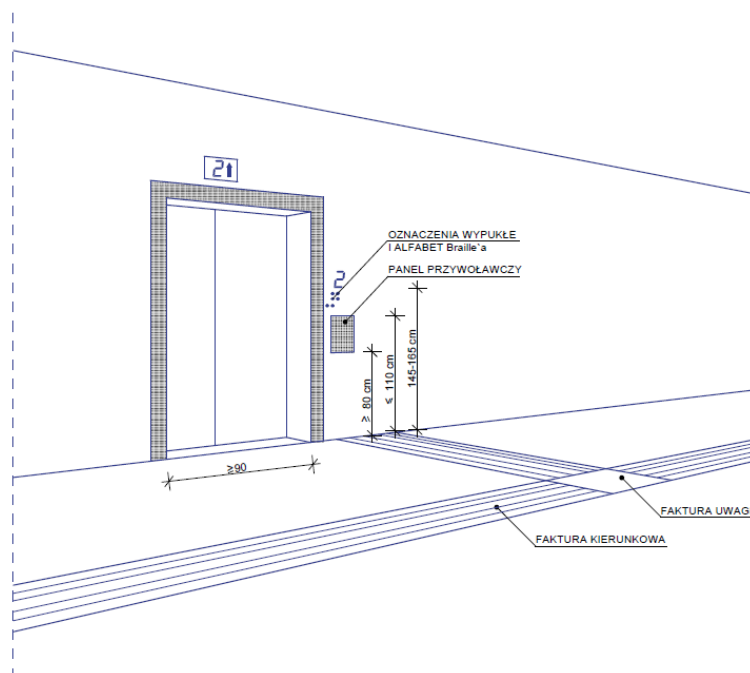
- jak najbliżej wejścia do budynku,
- zastosuj czytelne oznaczenie wizualne drogi dojścia do windy (możesz także zastosować system informacji głosowej, fakturowe oznaczenie nawierzchni),
- oświetlenie otoczenia podnośnika zewnętrznego: światło sztuczne o natężeniu minimum 30 lx,
- odległość między drzwiami windy a przeciwległą ścianą lub inną przegrodą: minimum 160 cm poza obrysem otwarcia drzwi (taka odległość pozwala na swobodne przemieszczanie się pasażerów oraz manewrowanie wózkiem).

Wejście do windy:

- różnica poziomu między kabiną a podłogą przed windą: maksymalnie 2 cm,
- zalecane są drzwi automatyczne,
- wejście do windy powinno być zadaszone.

Panel zewnętrzny:

- wysokość montażu przycisków: 80 - 110 cm,
- każda winda powinna mieć własny panel zewnętrzny (nie stosuj jednego panelu do obsługi kilku wind jednocześnie),
- jeśli winda ma drzwi uchylne, panel zamontuj po stronie klamki lub uchwytu,
- zastosuj przyciski wypukłe, oznaczone alfabetem Braille’a oraz wypukłymi symbolami,
- po naciśnięciu przycisków powinna się włączyć sygnalizacja świetlna,
- winda powinna mieć sygnały informujące o przyjeździe i kierunku jazdy:
 - dźwiękowe – komunikat słowny „góra” lub „dół”,
 - świetlne – wskazujące kierunek,
- kolor panelu: kontrastowy względem otoczenia.



Źródło: Standard Dostępności AmbulATORYJnej Opieki Specjalistycznej

Kabina windy:

- szerokość drzwi: minimum 90 cm, z czujnikami zamykania,
- wymiary kabiny: minimum 110 x 140 cm (zalecane 150 x 210 cm),
- poręcze: po obu stronach kabiny, na wysokości 90 cm, oddalone od ściany o minimum 5 cm (jeśli obok poręczy jest panel sterujący, to w poręczy musi być przerwa),
- na ścianie przeciwległej do drzwi wejściowych musi być lustro o szerokości kabiny, wysokość lustra powinna zapewnić możliwość pełnego widzenia powierzchni kabiny, to jest od 140 cm do 190 cm wysokości (nie dotyczy wind przelotowych oraz o powierzchni 150 x 150 cm).

Dobłą praktyką jest zamontowanie w kabinie windy składanego siedziska (na wysokości 50 cm).

Panel wewnętrzny

- wysokość montażu przycisków: 80 - 110 cm, minimum 50 cm od narożnika kabiny,
- w windach przelotowych panele z przyciskami należy zamontować po obu stronach kabiny,
- kolor panelu: kontrastowy względem otoczenia (60% LRV w stosunku do tła),
- lokalizacja paneli sterujących zależy od rodzaju drzwi:
 - drzwi otwierane centralnie – panel po prawej stronie od wejścia,
 - drzwi otwierane jednostronnie – panel po stronie zgodnej z kierunkiem zamykania drzwi,
- montaż przycisków na panelu do wyboru pięter: nad przyciskami alarmu i innymi przyciskami specjalnymi,

- montaż przycisków na panelu w windzie, która porusza się powyżej 5 pięter: naprzemiennie (mijankowo),
- zastosuj przyciski wypukłe, oznaczone alfabetem Braille’a oraz wypukłymi symbolami,
- po naciśnięciu przycisków powinna się włączyć sygnalizacja świetlna,
- przycisk wyjścia z budynku (na przykład parter, rejestracja): oznaczony kolorem zielonym, wystający ponad inne przyciski minimum 5 mm,
- przycisk alarmu: oznaczony kolorem żółtym,
- dodaj instrukcję obrazkową lub kod QR prowadzący do opisu głosowego.

7.4.3. Podnośnik schodowy (ukośny, pionowy)

Podnośniki przyschodowe (pionowego i ukośnego podnoszenia) zastosuj tylko w wyjątkowych sytuacjach. Korzystanie z tych urządzeń przez osoby na wózkach wymaga często przytrzymania przycisku podczas jazdy. Podnośniki mogą być stosowane wyłącznie wtedy, gdy nie ma możliwości wykonania przed wejściem podestu czy pochylni lub zamontowania windy.

Drogę dojścia do podnośnika oznacz czytelną informacją wizualną (na przykład znak, piktogram, strzałka). Pacjent powinien móc sam obsłużyć podnośnik, jednak zadbaj o możliwość wezwania obsługi (w razie potrzeby wsparcia).

Dobra praktyka: Podnośnik powinien mieć drzwi otwierane automatycznie lub półautomatycznie.

Parametry techniczne podnośnika ukośnego:

- lokalizacja: blisko wejścia,
- wymiary: platforma minimum 75 x 110 cm,
- udźwig: minimum 250 kg,
- podnośnik zewnętrzny powinien być zadaszony,
- oświetlenie: światło sztuczne o mocy co najmniej 30 lx,
- podnośnik musi mieć:
 - pochwyt (75 - 90 cm od podłogi platformy),
 - ranty (co najmniej 7 cm wysokości),
 - przycisk wezwania pomocy.



Podnośnik pionowy z kolnierzem gumowym zabezpieczającym przed wejściem pod urządzenie.

PODNOŚNIKI SCHODOWE/UKOŚNE



Podnośnik schodowy.

Źródło: Kamil Kowalski „Włącznik projektowanie bez barier”.

Parametry techniczne podnośnika pionowego:

- lokalizacja: blisko wejścia,
- wymiary: platforma minimum 90 x 140 cm,
- udźwig: minimum 315 kg,
- powinien być zadaszony,
- oświetlenie: światło o mocy co najmniej 30 lx,
- podnośnik musi mieć: przycisk wezwania pomocy.



Podnośnik pionowy bez szybu.

Źródło: Kamil Kowalski „Włącznik projektowanie bez barier”.

7.5. Oświetlenie strefy wejściowej

Oświetlenie strefy wejściowej powinno zapewniać komfort, bezpieczeństwo oraz ułatwiać orientację osobom o różnych potrzebach.

Parametry techniczne:

- natężenie oświetlenia: minimum 30 lx (lux); w miejscach, w których należy zwiększyć widoczność elementów na przykład domofon, klamki, tablice przy drzwiach, zastosuj oświetlenie punktowe o natężeniu do 100 lx,
- barwa światła: neutralna, biała (3500–4500 K), bez efektu migotania,
- sposób montażu:
 - lampy zamontuj na wysokości minimum 200 cm lub w formie niskich pylonów o wysokości około 80 - 120 cm, zabezpiecz je przed przykryciem przez śnieg, liście czy inne przeszkody,
 - światło powinno być skierowane w dół lub rozproszone, aby nie oślepiać osób wchodzących i wychodzących,
 - powinny być wyposażone w osłony, kratki lub klosze rozpraszające światło, aby zminimalizować efekt olśnienia (jest to szczególnie istotne dla osób z wadami wzroku),
 - instalacja powinna być odporna na warunki atmosferyczne (IP65).

Dobra praktyka: Zaleca się zastosowanie zapasowego źródła zasilania (oświetlenie awaryjne).

7.6. Nawierzchnia przy wejściu

Nawierzchnia przy wejściu powinna być stabilna, równa i twarda. Niedopuszczalne jest wykonywanie nawierzchni z materiałów typu: żwir, luźny piasek czy ażurowe płyty.

Nawierzchnia:

- materiał typu: beton, asfalt, kostka, płyty o gładkiej powierzchni,
- różnice poziomu: maksymalnie do 2 cm, bez progów,
- faktura: antypoślizgowa, wykonana na przykład z płyt z asfaltu, betonu szczotkowanego. Nie należy stosować powierzchni polerowanych, które stają się śliskie na przykład na skutek opadów atmosferycznych.

Należy zadbać o odpowiednie odwodnienie, co pomaga unikać tworzenia się kałuż i osadzania się błota.

Jeśli występują w nawierzchni elementy typu: studzienki, kratki, pokrywy, powinny być zlicowane z powierzchnią.

Kolorystyka nawierzchni

Odpowiednia kolorystyka nawierzchni przed wejściem pełni ważną rolę informacyjną, pomaga w orientacji przestrzennej i zwiększa poczucie bezpieczeństwa. Wyraźnie odróżniający się kolor lub wzór nawierzchni wskazuje kierunek dojścia do drzwi głównych oraz wizualnie wyróżniać strefę wejścia. Rozwiązanie to szczególnie wspiera osoby, które odwiedzają budynek po raz pierwszy, a szczególnie osoby słabowidzące i seniorów.

Parametry techniczne nawierzchni:

- kontrast nawierzchni: kolor nawierzchni w strefie wejścia oznacz innym kolorem niż kolor nawierzchni otoczenia, na przykład inny odcień kostki brukowej lub płytek,
- kontrast luminancji: minimum 70% LRV względem otaczającej nawierzchni (na przykład jasnoszara strefa wejścia na tle ciemnego chodnika),
- jednolity wzór: unikaj intensywnych, wielobarwnych wzorów dezorientujących (na przykład szachownic, drobnych geometrycznych deseni),
- granice strefy wejściowej: zmiana koloru lub materiału powinna wyraźnie wyznaczać obszar przed wejściem, aby użytkownik mógł wizualnie rozpoznać miejsce docelowe,
- szerokość pasa prowadzącego kolorem: minimum 90 cm (aby był dobrze widoczny przy patrzeniu z góry),
- oznaczenia dodatkowe: w razie potrzeby zastosuj malowane pasy lub linie w kolorze kontrastującym z nawierzchnią jako „wizualne prowadzenie” w stronę drzwi.

7.7. Urządzenia w strefie wejścia (system kolejkowy)

System kolejkowy ułatwia pracownikom placówki sprawną i efektywną obsługę klientów, zaś pacjentów informuje o liczbie osób oczekujących. Dobrze zaprojektowany biletomat umożliwia skorzystanie z urządzenia przez osoby z różnymi potrzebami – zarówno przez

osoby widzące i słabowidzące, jak i osoby z trudnościami poznawczymi czy nieprawnością ruchową. Informacje wizualne i dźwiękowe pomagają szybko zorientować się, który numer jest aktualnie obsługiwany. Dodatkowo wyraźne oznakowanie i instrukcje w prostym języku zmniejszają stres i ryzyko błędów w obsłudze.

Jeśli w Twojej placówce działa system kolejkowy (na przykład: automat z numerkami, infokiosk, ekran z wywołaniem pacjenta), zadbaj o to, by był czytelny, zrozumiały i mógł być obsługiwany przez osoby o różnych potrzebach. Kluczowe są: odpowiednia wysokość, komunikaty dźwiękowe i wizualne oraz brak bodźców dezorientujących.

Parametry techniczne systemu kolejkowego:

- panel obsługi biletomatu:
 - wysokość przycisków/ekranu dotykowego: 80 - 120 cm od poziomu posadzki,
 - kontrast treści: minimum 70% LRV w stosunku do tła,
 - czcionka: bezszeryfowa (na przykład: Calibri, Arial, Aptos), wyrównana do lewej strony, bez pisania całych zdań wersalikami (wielkimi literami),
 - wielkość liter na ekranie: minimum 1,5 cm dla tekstu podstawowego, powierzchnia matowa, bez odbić,
 - przyciski lub pola dotykowe o średnicy co najmniej 2 cm,
 - prosty język komunikatów – krótkie zdania, brak skrótów komunikat potwierdzający: dźwięk, podświetlenie numerka lub sygnał wibracyjny - jeśli urządzenie na to pozwala,
- instrukcja obsługi:
 - w formie graficznej (piktogramy) i tekstowej,
 - umieszczona w widocznym miejscu na wysokości wzroku,
 - dodatkowo kod QR z linkiem do informacji w tekście łatwym do czytania i rozumienia oraz w PJM,
- informacja głosowa:
 - potwierdzenie pobrania biletu krótkim komunikatem dźwiękowym,
 - komunikaty o wywoływanym numerze (na przykład „Numer 15 prosimy do stanowiska 2”),
 - możliwość regulacji głośności lub automatyczne dostosowanie do poziomu hałasu w pomieszczeniu,
- informacja wizualna:
 - ekran wyświetlający numer obsługiwany w trybie wysokiego kontrastu,
 - minimalna wysokość cyfr: 5 cm, widocznych z kilku metrów,
 - zmiana numeru oznaczona jednocześnie dźwiękiem i bezpiecznym sygnałem wizualnym: – krótkie podświetlenie tła numeru lub płynne rozjaśnienie cyfry,

bez efektu szybkiego migania ani stroboskopu – zgodnie z WCAG (maksymalnie 3 błyski na sekundę),

- informacja o czasie oczekiwania:
 - w formie liczbowej (na przykład „Pozostało około 15 minut”),
 - dodatkowo – kolorystyczna forma kodowa (na przykład zielony – krótki czas, czerwony – długi czas),
- obsługa alternatywna:
 - możliwość zgłoszenia potrzeby asysty przy pobraniu biletu (na przykład przycisk przywoławczy),
 - opcjonalnie: możliwość pobrania numeru przez aplikację mobilną.

8. Rejestracja

Rejestracja to kluczowy punkt kontaktu pacjenta z placówką. Zadbaj o to, aby każda osoba mogła:

- zapisać się na wizytę i uzyskać jej potwierdzenie,
- zgłosić potrzeby w zakresie zapewnienia dostępności w trakcie wizyty, w szczególności możliwości skorzystania z dostępności alternatywnej (koordynatora medycznego, osoby wspierającej)
- uzyskać jasne instrukcje w zakresie korzystania z usług placówki i przebiegu wizyty,
- aktualizować informacje na przykład związane z danymi osobowymi.

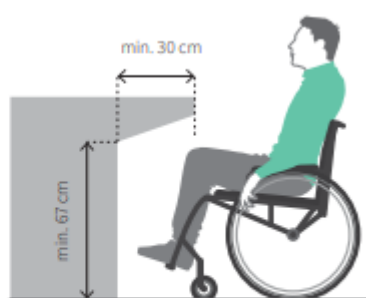
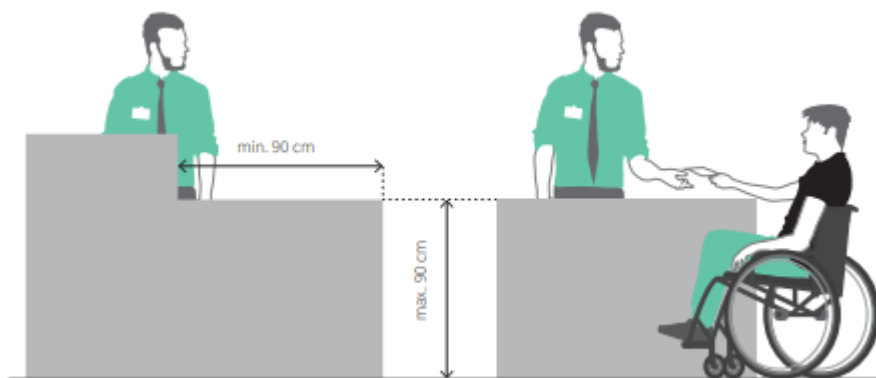
8.1. Dostępność fizyczna stanowiska rejestracji

Stanowisko rejestracji powinno być dostępne dla wszystkich użytkowników.

Parametry techniczne lady rejestracji:

- dwie wysokości:
 - dla osób stojących: od 100 do 110 cm,
 - dla osób o niskim wzroście lub siedzących: od 70 do 90 cm,
- obniżenie o szerokości co najmniej 90 cm,
- co najmniej 40 cm głębokości (miejsce na odłożenie dokumentów),
- miejsce, gdzie można odłożyć lub położyć kule lub laskę,
- pod ladą musi być wolne miejsce o głębokości minimum 30 cm, żeby można było podjechać wózkiem,
- wykonana z materiałów matowych,
- oświetlona tak, aby światło nie raziło ani nie odbijało się od jej powierzchni,

- wyposażona w interkom, jeżeli pomiędzy pacjentem a osobą obsługującą znajduje się szyba.



Parametry blatu umożliwiające wygodne podjechanie wózkiem.

Źródło: Kamil Kowalski „Włącznik projektowanie bez barier”.

Podłoga w rejestracji musi być:

- równa,
- antypoślizgowa,
- dobrze oświetlona (minimum 200 lx),
- wykonana w materiałach matowych, które nie powodują olśnienia.

Otoczenie rejestracji (meble, blaty, drzwi, ściany):

- powinny być wykonane z materiałów matowych (nie mogą powodować olśnienia),
- kolory powinny być stonowane i inne dla poszczególnych elementów rejestracji, na przykład inne dla korytarza a inne dla rejestracji. Takie rozróżnienie kolorem lub sposobem wykończenia poszczególnych powierzchni ułatwia osobom z trudnościami poznawczymi lepiej zorientować się w przestrzeni,
- dla osób z niepełnosprawnością wzroku informacje należy zamieszczać w formie dotykowej,
- w przestrzeni rejestracji zapewnij odpowiednią akustykę poprzez eliminację pogłosu i hałasu tła (w ten sposób umożliwisz skuteczną komunikację, szczególnie osobom korzystającym z aparatów słuchowych i implantów ślimakowych).

Dodatkowe zalecenia:

- zapewnij miejsce do siedzenia przy rejestracji,
- szerokość siedziska: minimum 50 cm,
- wysokość siedziska: 42 - 48 cm,
- przed krzesłem musi być wolna przestrzeń: minimum 40 cm na nogi,
- co trzecie krzesło powinno mieć podłokietniki,
- dla osób poruszających się na wózkach należy przygotować miejsce postoju o wymiarach minimum 150 x 90 cm,
- zapewnij miejsce na legowisko dla psa asystującego oraz miskę z wodą,
- pamiętaj, aby krzesła nie blokowały i nie ograniczały wejścia, korytarza i wyjść ewakuacyjnych.

Dobra praktyka:

Dla pacjentów, którzy potrzebują większego skupienia lub wyciszenia, można zorganizować oddzielne miejsce do obsługi w obszarze rejestracji.

8.2. Rejestracja wieloma kanałami

Możliwość zapisania się na wizytę za pośrednictwem różnych kanałów kontaktu to bardzo ważny element dostępności. Nie każda osoba może osobiście przyjść do placówki lub zadzwonić - dlatego warto oferować kilka opcji rejestracji: telefoniczną, mailową, przez stronę internetową (zgodną ze standardem WCAG 2.1) lub za pomocą aplikacji mobilnej.

Przykładowe preferowane kanały kontaktu do rejestracji przez osoby ze szczególnymi potrzebami:

Grupa pacjentów	Zalecane kanały	Uwagi dotyczące dostępności
Osoby głuche i słabosłyszące	SMS, czat, e-mail, formularz online	Brak konieczności kontaktu głosowego.
Osoby niewidome	Formularz online, aplikacja mobilna	Pełna zgodność z WCAG 2.1 AA, obsługa czytników ekranu.
Osoby starsze	Telefon, rejestracja osobista	Jasna komunikacja, cierpliwa obsługa.
Osoby z trudnościami poznawczymi	Formularz z prostym językiem, czat, rejestracja osobista, wsparcie koordynatora medycznego	Unikać skomplikowanych pytań, stosować proste instrukcje.

Zadbaj o to, aby każdy pacjent mógł:

- zapisać się na wizytę osobiście w rejestracji,
- zadzwonić i porozmawiać z pracownikiem placówki,
- wysłać e-mail,
- skorzystać z formularza online lub aplikacji mobilnej do rejestracji wizyt,
- zarejestrować się za pomocą komunikatora tekstowego (na przykład SMS, czat, chatbot),
- skontaktować się za pomocą komunikatorów internetowych (na przykład w formie połączeń wideo lub czatu).

8.3. Komunikacja dostosowana do pacjenta

Aby pacjent czuł się pewnie i wiedział co ma robić, komunikaty, które dostaje na etapie rejestracji, powinny być jasne i zrozumiałe.

Zapewnij:

- prosty język, unikaj żargonu specjalistycznego,
- przekaz informacji w sposób adekwatny do potrzeb pacjenta, w formatach:
 - tekst standardowy i powiększony,
 - tekst łatwy do czytania i rozumienia (ETR),
 - nagranie audio,
 - nagranie wideo z tłumaczem PJM,
- dostęp do pętli indukcyjnej lub tłumacza PJM (za pomocą tłumacza obecnego na miejscu) lub tłumacza PJM online.

Dobłą praktyką jest zapewnienie także:

- urządzeń, takich jak oświetlenie punktowe, pomoce optyczne (na przykład lupa), urządzeń lub komputera z programem udźwiękawiającym zgodnie ze standardem WCAG 2.1. (dla pacjentów mających trudności z czytaniem),
- urządzeń do czytania i rozpoznawania drukowanego tekstu, syntezy mowy, urządzeń do komunikacji alternatywnej i wspierającej (MÓWik, karty do komunikacji z pacjentem),
- urządzenia umożliwiające wyświetlanie informacji, takie jak ekrany, wyświetlacze, rzutniki (dla pacjentów z niepełnosprawnością słuchu).

Urządzenia wspierające słyszenie (pętla indukcyjna):

Aby ułatwić komunikację osobom z niepełnosprawnością słuchu wyposaż punkt rejestracji w pętlę indukcyjną (najlepiej stacjonarną) i oznacz ją widocznym piktogramem. Pętla stacjonarna obejmuje całą przestrzeń recepcji i zapewnia pacjentowi pełną swobodę poruszania się. Urządzenie to poprawia jakość rozmowy, zwłaszcza w pomieszczeniach o dużym natężeniu hałasu.

Parametry techniczne:

- pętle zamontuj przy ladzie rejestracji lub ustaw ją na blacie (jeśli jest to wersja przenośna),
- miejsce działania pętli oznacz piktogramem białego ucha na niebieskim tle,



Źródło: <https://niepełnosprawni.pl/dostepnosc/abc-dostepnosci-p-jak-petla-indukcyjna>

- w widocznym miejscu połącz krótki komunikat na przykład „Tu działa pętla indukcyjna”.

Zwróć uwagę na odpowiednie przygotowanie pracowników rejestracji. Personel rejestracji powinien:

- wiedzieć, jak działa pętla indukcyjna,
- umieć ją uruchomić,
- umieć wyjaśnić pacjentowi zasady jej używania (na przykład przełączenie aparatu słuchowego w tryb „T”).

Dodatkowo unikaj zastraniania ust podczas rozmowy. W sytuacjach wymagających stosowania maseczki – jeśli nie zagraża to bezpieczeństwu zdrowotnemu, uchyl maseczkę na czas przekazania komunikatu. Rozwiązanie to wspiera osoby niesłyszące, które korzystają z odczytywania mowy z ruchu warg.

8.4. Zgłoszenie szczególnych potrzeb pacjenta

Już na etapie rejestracji pacjent powinien mieć możliwość zgłoszenia szczególnych potrzeb lub dodatkowego wsparcia (na przykład tłumacza PJM, asysty w dotarciu, cichej wizyty czy materiałów w formacie dostępnym). Wcześniejsze zgłoszenie pozwala placówce lepiej przygotować się do wizyty i zapewnić realne wsparcie.

W formularzu rejestracyjnym (papierowym lub online) dodaj pytanie - „Czy potrzebujesz dodatkowego wsparcia podczas wizyty?” i umieść listę opcji odpowiedzi do wyboru, na przykład:

- tłumacz PJM (Polski Język Migowy),
- asysta w dotarciu do gabinetu,
- cicha wizyta (na przykład dla osób z nadwrażliwością sensoryczną lub mających trudności w kontaktach społecznych),
- materiały w druku powiększonym,

- materiały w tekście łatwym do czytania i rozumienia (ETR).

Udostępnij też prosty formularz wniosku o zapewnienie dostępności na przykład z pytaniem: „Czego potrzebujesz, aby wizyta była dla Ciebie dostępna?”. Formularz powinien być dostępny w wersji elektronicznej (na stronie internetowej) i papierowej (w rejestracji).

Oznacz miejsce jego składania – na przykład tabliczką z napisem „Tu możesz zgłosić potrzebę dostępności” lub kodem QR kierującym do formularza online.

W widocznym miejscu podaj dane osoby kontaktowej lub koordynatora do spraw dostępności: imię, numer telefonu, adres e-mail.

Dobra praktyka:

Przypominaj pacjentom o możliwości zgłoszenia potrzeby dostępności już przy potwierdzeniu wizyty – na przykład komunikatem: „Jeśli potrzebujesz wsparcia w komunikacji, daj nam znać przed wizytą.” Warto również zintegrować formularz wniosku z systemem rejestracji online, aby cały proces był prosty i intuicyjny.

8.5. Potwierdzenie wizyty z informacją o udogodnieniach

Po zapisaniu pacjenta na wizytę wyślij SMS lub e-mail z potwierdzeniem terminu oraz praktycznymi informacjami:

- datą i godziną wizyty,
- wskazaniem trasy dojazdu i wejścia (na przykład „Wejście od ul. Słonecznej”),
- kto będzie na miejscu,
- z jakich udogodnień można skorzystać (na przykład: winda, pętla indukcyjna, przycisk asysty przy wejściu),
- numerem telefonu kontaktowego do rejestracji.

Dla osób, które nie posiadają poczty elektronicznej lub jej nie podały, przygotuj wersję papierową potwierdzenia terminu wizyty (na przykład standardową, powiększoną lub w formacie ETR — jeśli zostanie zgłoszona taka potrzeba).

8.6. Czas i forma wizyty dostosowane do potrzeb

Nie każdy pacjent czuje się komfortowo w standardowych warunkach wizyty. Osoby wrażliwe sensorycznie, w spektrum autyzmu, z niepełnosprawnością intelektualną lub w kryzysie zdrowia psychicznego mogą potrzebować więcej czasu lub zapewnienia spokojniejszych warunków na odbycie wizyty.

Jeśli pacjent musi się przygotować do wizyty, przekaz jasną listę kroków w prostym języku, w formie tekstowej i/lub nagrania audio.

Dobra praktyka:

- Już przy rejestracji zapytaj pacjenta: „Czy potrzebuje Pan/Pani dłuższego czasu wizyty lub spokojniejszego terminu (na przykład rano lub poza godzinami szczytu)?”
- Dodaj możliwość zgłoszenie preferencji w formularzu online lub aplikacji mobilnej (na przykład „cicha godzina”, wydłużony czas).

8.7. Możliwość aktualizacji informacji i potrzeb przez pacjenta

Sytuacja, stan zdrowia i potrzeby pacjenta mogą się zmieniać. Stwórz możliwość zgłoszenia przez pacjenta aktualizacji informacji lub potrzeb przed każdą wizytą. Pacjent powinien móc zgłosić nowe potrzeby (na przykład prośbę o asystę, zmianę języka komunikacji, potrzebę wykorzystania sprzętu wspomagającego):

- telefonicznie,
- mailowo,
- przez formularz online lub aplikację mobilną.

Dobłą praktyką jest potwierdzenie przyjęcia zmian: SMS-em, e-mailem lub w formie papierowej.

Informacja w formatach alternatywnych

Nie każdy pacjent może przeczytać standardową ulotkę. Przygotuj najważniejsze informacje także w wersji powiększonej, w tekście łatwym do czytania i rozumienia (ETR), w formacie audio. Potrzeba dotyczy najczęściej przekazywania informacji typu: opis badania, informacje o przygotowaniu do wizyty.

Ulotki, formularze i instrukcje warto przygotować w różnych wersjach:

- standardowy druk (czcionka minimum 12 punktów),
- powiększony druk (czcionka minimum 16 punktów),
- czcionka bezszeryfowa (na przykład: Calibri, Arial, Aptos), wyrównana do lewej strony, bez pisania całych zdań wersalikami (wielkimi literami),
- kontrast: minimum 70 % LRV w stosunku do tła,
- w tekście łatwym do czytania i rozumienia (ETR),

- jako nagrania audio lub (w razie potrzeby) w alfabecie Braille’a.

Materiały powinny być dostępne zarówno online (na przykład w formacie PDF odczytywalnym maszynowo), także na miejscu, w rejestracji lub infokiosku. Można też udostępnić je przez SMS/e-mail oraz dodać kod QR kierujący do nagrania w PJM lub wersji audio.

8.8. Obsługa osób z trudnościami w komunikacji

Nie każdy pacjent porozumiewa się werbalnie lub w sposób zrozumiały dla personelu. Dlatego rejestracja powinna umożliwiać obsługę i pierwszy kontakt w formach:

- pisemnej (na przykład na kartce, tablecie, telefonie),
- graficznej (na przykład tablica z piktogramami),
- elektronicznej (komunikator AAC – na przykład tablet z oprogramowaniem MÓWik lub tablice komunikacyjne AAC z piktogramami i komunikatami),
- wideorozmowa z tłumaczem PJM.

Pomocne są też proste formularze z gotowymi odpowiedziami, na przykład „Chcę umówić wizytę”, „Potrzebuję pomocy”, „Chcę wejść z osobą towarzyszącą”.

Personel powinien być przeszkolony, aby wspierać komunikację bez pośpiechu, z szacunkiem dla potrzeb pacjenta.

8.9. Zgoda na leczenie i formularze – dostępność treści

Pacjent musi rozumieć każdy z etapów wypełniania formularzy lub “zgody na leczenie”. Pamiętaj, że zgoda pacjenta powinna być udzielona świadomie, a więc musi być czytelna nie tylko wizualnie, ale też językowo. Dostępna w alternatywnej formie, jeśli to konieczne.

Wzory dokumentów powinny być napisane prostym językiem. Unikaj medycznego żargonu. W razie potrzeby udostępnij wersję powiększoną (czcionka minimum 16 punktów), audio, ETR.

Dobra praktyką jest zapytanie pacjenta, czy potrzebuje pomocy w przeczytaniu lub zrozumieniu treści, a także umożliwienie złożenia zgody w innej formie – na przykład ustnie lub przez nagranie, jeśli podpisanie dokumentu jest niemożliwe.

8.10. Dostępność cyfrowa

8.10.1. Urządzenia i aplikacje

Zapewnij dostępność cyfrową aplikacji i stron internetowych, które umożliwiają rejestrację oraz zarządzanie wizytą. Zwróć uwagę na dostępność cyfrową formularzy, stron logowania, kalendarza dostępnych terminów, komunikatorów i innych elementów strony.

Podgląd dostępnych terminów i wybór daty wizyty powinny być dostępne nie tylko poprzez kliknięcie myszą, ale także z klawiatury. Warto udostępnić alternatywną możliwość samodzielnego wpisania daty. Jeżeli wymagasz wpisywania danych w odpowiednim formacie

(na przykład format daty), to zredaguj właściwe odpowiedzi do poszczególnych pól formularza.

Jeżeli zapewniasz możliwość komunikacji poprzez czat lub inny komunikator, zapewnij ich dostępność także z klawiatury (zwróć uwagę na ryzyko pułapki klawiaturowej). Sprawdź współpracę komunikatora z czytnikami ekranu i rozważ wprowadzenie funkcji głosowego czata (zamiany tekstu na mowę).

Jeżeli w placówce posiadasz kolejkomat lub infokiosk zadbaj o ich dostępność. Tego typu urządzenia nie powinny posiadać tylko dotykowego ekranu. Wybierz urządzenie z klasyczną klawiaturą, która dodatkowo posiada oznaczenia brajlowskie na klawiszach.

Oprogramowanie powinno pozwalać na odczytanie treści tekstowych wyświetlanych na ekranie za pomocą wbudowanego czytnika ekranu.

Pamiętaj, aby ekran i klawiatura kolejkomatu czy infokiosku była na wysokości, która pozwala na obsługę przez osoby poruszające się na wózku. Najlepiej wykorzystać modele, które pozwalają na regulację wysokości, a jeśli nie ma takiej możliwości, to wysokość ekranu dotykowego lub klawiatury powinna być w przedziale 70 - 110 cm. Przestrzeń pod ekranem i klawiaturą powinna umożliwiać podjechanie wózkiem i wygodne korzystanie z urządzenia.

8.10.2. Dostępność dokumentów

Funkcjonowanie placówki stomatologicznej wymaga tworzenia, wypełniania i udostępniania wielu dokumentów zarówno w formie papierowej, jak i cyfrowej. To między innymi regulaminy, formularze do danych osobowych lub wywiadu lekarskiego, ankiety, informacje o wizycie i leczeniu, wyniki badań, recepty i tak dalej.

Dokumenty powinny być dostępne cyfrowo niezależnie od programu, w jakim są tworzone ani od formatu, w jakim są zapisane. Wymóg ich dostępności cyfrowej wynika zarówno z ustawy o dostępności cyfrowej jak i ze standardu WCAG. Prawidłowo przygotowany dokument będzie dostępny dla osób z różnymi niepełnosprawnościami, na przykład za pomocą czytników ekranu, elektronicznej lupy i innych technologii wspomagających. Dzięki temu osoby będą mogły samodzielnie zapoznać się z treścią dokumentu lub wypełnić wymagany formularz.

Aby przygotować dostępny cyfrowo dokument stosuj poniższe zasady i zalecenia.

- Format pliku powinien być ogólnodostępny, aby można było go otworzyć na dowolnym komputerze, tablecie lub telefonie. Jeśli nie chcesz, by plik był edytowalny, użyj formatu PDF. Jeśli dokument jest formularzem do wypełnienia udostępnij go w formacie docx lub w aktywnym PDF.
- Nie umieszczaj na stronie dokumentów w formie zeskanowanego wydruku. Taki plik będzie całkowicie niedostępny, ponieważ nie da się odczytać przez urządzenia asystujące, na przykład czytniki ekranu.
- Jeśli konieczne jest opublikowanie skanu dokumentu i skanujesz ten dokument lub przygotowujesz skan do publikacji, stosuj technologię OCR, która pozwala na rozpoznawanie tekstu w skanie, na przykład przez czytniki ekranu. Nowoczesne

skanery oferują zapis skanu z zastosowaniem OCR (można też dodać OCR w gotowym skanie). Pamiętaj, jednak, że sam OCR nie zapewni pełnej dostępności cyfrowej dokumentu. Przy pomocy odpowiedniego oprogramowania trzeba dodać jeszcze tagi struktury i inne ułatwienia w gotowym skanie.

- Określ w edytorze tekstu język dokumentu oraz jego poszczególnych elementów, jeśli są napisane w innym języku niż reszta dokumentu. Pozwoli to na prawidłowy odczyt treści przez czytniki ekranu.
- W metadanych pliku uzupełnij tytuł dokumentu. To pierwsza informacja, którą będzie odczytywał czytnik ekranu po zaznaczeniu pliku.
- W dokumencie używaj stylów nagłówkowych, które zapewnią hierarchiczną strukturę tekstu i pozwolą na odczyt przez czytnik ekranu w logicznej kolejności. Nie rób tego za pomocą pogrubiania i powiększania czcionki, tylko za pomocą biblioteki stylów w edytorze tekstu. Style nagłówkowe w dokumencie muszą zachować swoją hierarchię, czyli Nagłówek1 (H1) jest najważniejszy, a następne poziomy to kolejne numery nagłówków (od H2 do H6).
- Przy listach punktowanych lub numerowanych używaj narzędzi edytora tekstów, aby zapewnić prawidłowy układ list.
- Używaj czcionek bezszeryfowych (na przykład: Arial, Calibri, Aptos). Są one łatwiejsze w odczycie na ekranach urządzeń.
- Unikaj kursyw i wersalików dla większych partii tekstu.
- Stosuj czcionkę o wielkości minimum 12 punktów.
- Fragmenty tekstu wyróżniaj zawsze na więcej niż jeden sposób, na przykład stosuj jednocześnie wyróżnienie kolorem i pogrubieniem.
- Wyróżnienie kolorem i podkreśleniem stosuj tylko do linków. Ukrywaj adres hiperłącza poprzez maskowanie – czyli nadawania czytelnej i zrozumiałej nazwy informującej o treści, do której kieruje łącze. Na przykład zamiast www.gov.pl napisz [Serwis Rzeczypospolitej Polskiej](http://www.gov.pl).
- Stosuj interlinię minimum 1,15 a maksimum 1,5.
- Odległość pomiędzy akapitami ustawiaj w narzędziach edytora tekstu. Nie stosuj w tym celu enterów. Używanie wielu enterów będzie powodowało tak zwane jąkanie czytnika ekranu (użytkownik usłyszy: “pusta”, “pusta”, “pusta”).
- Do tworzenia wcięć i odstępów używaj narzędzi edytora tekstu. Nie stosuj w tym celu ciągu spacji.
- Tekst wyrównuj do lewej strony, a nie justuj (wyrównanie do lewego i prawego marginesu).
- Nie dziel wyrazów. Nie zostawiaj przyimków i spójników na końcu wierszy.
- Pamiętaj o zachowaniu minimalnego kontrastu tekstu do tła: 4,5:1 w przypadku regularnego tekstu i 3:1 w przypadku dużego tekstu (powyżej 18 punktów).

- To tworzenia tabel stosuj narzędzia służące do ich wstawiania w edytorze tekstu. Stosuj proste i regularne tabele bez scalonych kolumn. Zawsze oznacz wiersz nagłówka we właściwościach tabeli.
- Pamiętaj, że tabele służą wyłącznie do przedstawienia danych tabelarycznych, a nie do graficznego uporządkowania tekstu na przykład w dwóch kolumnach.
- Jeśli w dokumencie używasz grafik, wykresów lub innych elementów graficznych, to pamiętaj o dodaniu do nich tekstów alternatywnych. Grafiki ozdobne możesz oznaczyć jako dekoracyjne. Dzięki temu treść wizualna będzie dostępna dla osób z niepełnosprawnością wzroku za pomocą czytnika ekranu.
- Nie używaj w dokumencie partii tekstu w formie grafik.
- Miejsce na wprowadzanie danych i na podpisy wykonaj za pomocą tabulatora ze znakiem wiodącym. Nie używaj w tym celu kropek, ponieważ będą one odczytywane przez czytniki ekranu.
- Używaj prostego języka. Pisz prostymi i krótkimi zdaniami. Dziel partię tekstu na akapity. Unikaj żargonu i specjalistycznych terminów, a jeśli musisz ich użyć, to dodaj wyjaśnienie. Zawsze wyjaśniaj skróty przy pierwszym użyciu.
- **Dobra praktyka:** Poziom skomplikowania tekstu możesz sprawdzić w aplikacjach [Jasnopis](#) lub [Logios](#).
- Jeśli chcesz zapisać plik przygotowany w edytorze tekstu Microsoft 365 w formacie PDF, to pamiętaj, aby w opcjach zapisu zaznaczyć funkcje: „Tagi struktury ułatwień dostępu” oraz „Utwórz zakładki przy użyciu Nagłówki”.
- Przed publikacją dokumentu na stronie internetowej sprawdź, czy zastosowałeś wszystkie ułatwienia dostępu. Możesz to zrobić za pomocą narzędzi wbudowanych w edytory tekstu.

Dobra praktyka:

Jest łatwiej, szybciej i taniej przygotowywać dokumenty i formularze zgodnie z zasadami dostępności cyfrowej niż poprawiać gotowy, źle skonstruowany plik. Poprawianie jest czasochłonne, wymaga wiedzy i specjalistycznego oprogramowania - powinno być stosowane jedynie wyjątkowo. Dlatego warto zainwestować w rozwój kompetencji personelu odpowiedzialnego za tworzenie dokumentów w placówce.

9. Poczekalnia

Poczekalnia to miejsce, gdzie pacjenci czekają na swoją wizytę. Dla wielu osób ze szczególnymi potrzebami – zwłaszcza podczas pierwszej wizyty w placówce - czas oczekiwania na wizytę może powodować stres i napięcie. Zadaniem placówki jest tak zorganizować tę przestrzeń, aby każdy czuł się bezpiecznie.

Wywoływanie pacjentów – komunikaty dźwiękowe i wizualne

Zastosuj:

- system wywoływania oparty na numerach lub symbolach (nie tylko imieniu i nazwisku), który informuje pacjenta o kolejności wizyty,
- wyświetlanie numeru/symbolu na ekranach lub tablicach (czcionka minimum 5 cm, kontrast co najmniej 70% LRV w stosunku do tła) - to szczególnie ważne dla pacjentów z niepełnosprawnością słuchu,
- komunikat głosowy, na przykład „Numer 12, gabinet 2”,
- w razie potrzeby powtarzaj komunikat.

9.1. Oznakowanie kierunkowe i informacyjne

Zadbaj o czytelne tabliczki kierunkowe informujące o kolejnych pomieszczeniach i gabinetach.

Parametry techniczne tabliczek informacyjnych:

- wysokość montażu: 140 - 160 cm od poziomu posadzki (odpowiednio na wysokości wzroku osoby siedzącej i osoby stojącej),
- powierzchnia: matowa, antyrefleksyjna (światło nie może się odbijać),
- kontrast: minimum 70% LRV w stosunku do tła,
- czcionka: bezszeryfowa (na przykład: Calibri, Arial, Aptos), wyrównana do lewej strony, bez pisania całych zdań wersalikami (wielkimi literami),
- wielkość liter: nagłówki minimum 4 cm, treść minimum 2 cm,
- piktogramy ułatwiające orientację (na przykład toaleta, rejestracja, gabinet 1),
- w razie możliwości dodaj alternatywną informację w postaci: dotykowej, kodu QR, znacznika NFC, komunikatu głosowego.

9.2. Materiały informacyjne – różne formaty

W poczekalni udostępnij broszury i instrukcje w różnych formatach, tak aby każdy pacjent – niezależnie od swoich możliwości - mógł je przeczytać, zabrać ze sobą lub odtworzyć na telefonie.

Mogą być to:

- ulotki informacyjne (na przykład „Jak przygotować się do zabiegu”),
- opis dostępnych udogodnień (windy, pętla, tłumacz PJM),
- regulamin placówki,
- prawa pacjenta.

Dostępne formaty materiałów:

- standardowy druk: czcionka 12-14 pkt, powiększony druk: czcionka minimum 16 pkt,
- bezszeryfowa (na przykład: Calibri, Arial, Aptos), wyrównana do lewej strony, bez pisania całych zdań wersalikami (wielkimi literami),

- dokument zredagowany w tekście łatwym do czytania i zrozumienia (ETR).

Multimedia:

- nagranie audio na przykład „Jak przygotować się do leczenia kanałowego?”,
- wideo z tłumaczeniem PJM (do odczytu przez kod QR na ulotce lub plakacie).

9.3. Cicha informacja – brak bodźców rozpraszających

Zadbaj o to, by poczekalnia i jej otoczenie nie były zbyt intensywne pod względem sensorycznym.

Jak to zrobić:

- unikaj migających ekranów (zgodnie z WCAG - nie więcej niż 3 błyski na sekundę),
- nie stosuj jaskrawych banerów LED,
- zachowaj spokojną kolorystykę w materiałach drukowanych.

Spokojna forma przekazu ułatwia koncentrację i przetwarzanie informacji osobom ze szczególnymi potrzebami, zwłaszcza z padaczką, nadwrażliwością sensoryczną, w spektrum autyzmu, z zaburzeniami lękowymi, osobom starszym, które lepiej funkcjonują w uporządkowanym, przewidywalnym otoczeniu.

9.4. Regały i meble do materiałów informacyjnych

Dostępność dotyczy nie tylko samych treści, ale też sposobu ich udostępniania. Nawet najlepiej przygotowane ulotki mogą być bezużyteczne, jeśli znajdują się w miejscu słabo dostępnym lub ich opisy są nieczytelne. Regały, stojaki i inne meble na materiały informacyjne powinny być zaprojektowane tak, by każdy (niezależnie od wzrostu, wieku czy ograniczeń ruchowych) mógł z nich skorzystać. Jak to zrobić:

- umieść przynajmniej jedną półkę lub przegródkę na wysokości 80 - 120 cm (to zakres wygodny dla osoby poruszającej się na wózku),
- zrezygnuj z wysokich, wąskich stojaków, do których trzeba sięgać ponad głowę,
- jeśli regał jest mobilny (na przykład na kółkach), upewnij się, że kółka mają blokady – dzięki temu mebel nie przesunie się, gdy ktoś sięgnie po ulotkę,
- oznacz przegródki etykietami/piktogramami z dużą, bezszeryfową czcionką i wysokim kontrastem - ułatwi to szybkie odnalezienie właściwych materiałów,
- upewnij się, że regał nie blokuje przejścia, nie ogranicza przestrzeni manewrowej ani nie zasłania ważnych oznaczeń (na przykład kierunkowych lub ewakuacyjnych).

9.5. Odpowiednie warunki sensoryczne

Jeśli masz możliwość – wydziel cichą strefę lub ustal „ciche godziny”. Warto zapewnić osobne, spokojne miejsce dla pacjentów, którzy potrzebują wyciszenia lub skupienia podczas

załatwiania spraw (dotyczy to na przykład osób w spektrum autyzmu, z nadwrażliwością sensoryczną, zaburzeniami lękowymi, migrenami, epilepsją czy osób w silnym stresie).

Zadbaj, aby w tych przestrzeniach:

- nie grała głośna muzyka,
- światło było łagodne (4000–5000 K, bez efektu migotania),
- kolorystyka była stonowana – bez jaskrawych, drażniących barw.

9.6. System wywoływania pacjentów

System wywoływania pacjentów powinien być dostosowany także do potrzeb osób głuchych i słabosłyszących – poza komunikatem głosowym – na przykład wywołaniem pacjenta, zapewnij jednocześnie komunikat wizualny lub alternatywny sposób powiadamiania.

Dopuszcza się różne rozwiązania techniczne i organizacyjne, takie jak:

- sygnalizacja świetlna (na przykład lampka nad drzwiami gabinetu włączana w momencie wezwania pacjenta),
- prosty system numerkowy z wyświetlaczem LED,
- tablet/monitor w recepcji z wyświetlaniem, na przykład numeru pacjenta,
- wysyłanie powiadomień elektronicznych (na przykład SMS, wiadomość push w aplikacji) w przypadku korzystania z systemu rejestracji online,
- bezpośrednie podejście pracownika recepcji do pacjenta i przekazanie komunikatu w formie wizualnej (na przykład: kartka, gest, tablica AAC) lub werbalnej.

Stosuj rozwiązania powtarzalne. Daj pacjentowi czas na reakcję.

9.7. Możliwość wezwania pomocy w poczekalni

Zapewnij możliwość łatwego wezwania pomocy. Zainstaluj w poczekalni przycisk przywoławczy przy fotelu lub na ścianie z odpowiednim oznaczeniem i podświetleniem (jeśli konieczne).

Parametry techniczne:

- wysokość montażu: 80 - 110 cm, wolna przestrzeń manewrowa minimum 80 x 120 cm,
- oznaczenie wizualne: kontrastowy piktogram dzwonka i napis na przykład „Wezwij pomoc” oraz dotykowe,
- podświetlenie: tak, żeby był widoczny po zmroku,
- sposób sygnalizacji wezwania:
 - dźwięk w rejestracji (minimum 70 dB),
 - migająca dioda,
 - komunikat tekstowy na ekranie (jeśli jest),

- czas reakcji personelu: do 5 minut,
- dodatkowe udogodnienie: możliwość przestania sygnału na pager lub aplikację mobilną personelu.

Takie rozwiązania są szczególnie ważne dla osób z niepełnosprawnością ruchu (które nie mogą podejść do lady), słabowidzących (dzięki widocznemu przyciskowi), seniorów oraz pacjentów w złym stanie zdrowia, którzy mogą w prosty sposób zgłosić potrzebę wsparcia.

9.8. Dostępność przestrzeni manewrowej

Przed wejściem do poczekalni zapewnij przestrzeń manewrową minimum 150 x 150 cm, ze względu na osoby poruszające się na wózku, o kulach lub z asystą.

Wolna płaszczyzna ruchu musi mieć wymiary minimum 90 x 90 cm od strony otwierania drzwi.

Przed poczekalnią nie może być progu większego niż 2 cm.

Parametry techniczne drzwi do poczekalni:

- szerokość co najmniej 90 cm,
- kontrastowy kolor względem ściany ($LRV > 30$),
- opisane na wysokości 130 - 165 cm,
- powinny zawierać informację w alfabecie Braille'a,
- mieć klamkę lub pochwyt o zaokrąglonych kształtach, zamontowane na wysokości 80 - 110 cm,
- bez samodomykacza,
- wyposażone w zamek, który pozwala na ich zablokowanie od wewnątrz, a w razie awarii – otwarcie przez obsługę od zewnątrz.

Poczekalnia:

- zapewnij przestrzeń manewrową minimum 150 x 150 cm,
- podłoga musi być równa, płaska, bez progów i antypoślizgowa (o klasie poślizgowej minimum R11),
- zapewnij wystarczające oświetlenie, które nie powoduje olśnienia ($UGR < 19$),
- okna powinny mieć klamkę na wysokości 80 - 110 cm,
- zapewnij legowisko oraz miskę z wodą dla psa asystującego.

9.9. Siedziska w poczekalni

Zapewnij miejsca do siedzenia w poczekalni. Przed krzesłem musi być wolna przestrzeń (minimum 40 cm na nogi).

Parametry techniczne siedziska:

- powinno być stabilne,
- szerokość: minimum 50 cm,
- wysokość: 42- 48 cm,
- co trzecie krzesło powinno mieć podłokietniki.

Dla osób poruszających się na wózkach przygotuj miejsce postojowe o wymiarach minimum 150 x 90 cm. Pamiętaj, aby krzesła nie blokowały i nie ograniczały wejścia, korytarza i wyjść ewakuacyjnych.

10. Poruszanie się po placówce

10.1. Korytarze - ciągi komunikacyjne

Po placówce mogą poruszać się osoby ze szczególnymi potrzebami, na przykład osoby, które poruszają się na wózkach, używają chodzika czy kul. Zabezpiecz odpowiednią szerokość korytarza, żeby zapewnić swobodne poruszanie się w ciągach komunikacyjnych.

Wymiary i organizacja korytarza:

- szerokość: minimum 140 cm,
- szerokość korytarza nie może być ograniczona przez:
 - meble,
 - krzesła, ławki lub inne miejsca do odpoczynku czy oczekiwania na wizytę w gabinecie,
 - urządzenia medyczne,
 - instalacje techniczne (na przykład grzejniki),
 - automaty do wydawania napojów,
 - kioski czy biletomaty,
- wysokość: minimum 220 cm,
- wszystkie elementy zawieszone poniżej 220 cm (na przykład lampy czy instalacje) zabezpiecz poprzez obudowanie lub oznaczenie. Możesz to zrobić przy pomocy poręczy, elementów małej architektury, na przykład donic z kwiatami kolorystycznie skontrastowanymi względem otoczenia.

Uwaga: Jeśli korytarze są węższe niż 180 cm, to maksymalnie co 25 m zapewnij przestrzeń manewrową o wymiarach minimum 180 x 200 cm. Taka powierzchnia umożliwi osobom poruszającym się na wózku swobodne mijanie się.



Rys. 26. Poszerzenia ciągów komunikacyjnych niezbędnych do minięcia się dwóch wózków

Źródło: <https://budowlaneabc.gov.pl/standardy-projektowania-budynkow-dla-osob-niepełnosprawnych/budynki/komunikacja-pozioama-budynku/ciagi-komunikacyjne-korytarze/>

Nawierzchnia korytarza musi być:

- równa,
- bez progów,
- antypoślizgowa (o klasie poślizgowej minimum R11),
- oświetlona światłem, które nie powoduje olśnienia, o natężeniu minimum 200 lx.

Dobłą praktyką jest, aby:

- korytarze miały szerokość minimum 180 cm, bez różnic poziomów oraz progów,
- poręcze powinny być zamontowane na wysokości 85 - 100 cm (jedna) i 60 - 75 cm (druga),
- poręcze powinny być kolorystycznie skonstrastowane względem ścian i podłóg,
- poręcze powinny zawierać oznaczenia w języku brajla.

10.2. Strefy odpoczynku/oczekiwania

Strefy odpoczynku/oczekiwania adresowane są przede wszystkim do osób ze szczególnymi potrzebami. Do osób z trudnościami w poruszaniu się, z nadwrażliwością sensoryczną, kobiet w ciąży lub osób z małymi dziećmi i seniorów. Dzięki strefom odpoczynku pacjenci mogą w odpowiednim komforcie odbyć wizytę w placówce.

Jak to zrobić:

- w długich korytarzach zaplanuj:
 - wnęki z miejscami siedzącymi (przed krzesłem musi być wolna przestrzeń -minimum 40 cm na nogi),
 - miejsca z poręczami,

- dla osób poruszających się na wózkach: miejsca postoju o wymiarach minimum 150 x 90 cm,
- oznacz piktogramem ławki lub napisem „Miejsce do odpoczynku”,
- pamiętaj, aby krzesła nie blokowały i nie ograniczały wejścia, korytarza i wyjść ewakuacyjnych,
- oznacz strefy odpoczynku: kontrastowo względem otoczenia,
- rozważ instalację przycisku przywoławczego.

Parametry techniczne siedziska:

- powinno być stabilne,
- szerokość: minimum 50 cm,
- wysokość: 42- 48 cm,
- co trzecie krzesło powinno mieć podłokietniki.

10.3. Oznakowanie, komunikaty informacyjne/głosowe

Czytelne oznakowanie kierunkowe i lokalizacyjne ułatwia poruszanie się po placówce, w szczególności osobom, które mogą doświadczyć dezorientacji. Oznaczenia są niezbędne dla osób słabowidzących i seniorów, dla których wyraźny kontrast i większa czcionka poprawiają czytelność przekazu. Pomagają także osobom z trudnościami w czytaniu oraz osobom głuchym, które posługują się Polskim Językiem Migowym (osoby te lepiej odbierają wskazówki w formie wizualnej). System oznakowania wspiera również osoby z zaburzeniami uwagi i niepełnosprawnością intelektualną, dla których proste oznaczenia ułatwiają samodzielne dotarcie do celu.

Zamontuj w korytarzach:

- tablice kierunkowe z nazwami pomieszczeń i strzałkami,
- piktogramy o wysokim kontraście,
- opisy w alfabecie Braille’a oraz na tablicach dotykowych (na przykład tyflomapach),
- kolorowe linie lub pasy na ścianach jako system prowadzący do wybranych funkcji (na przykład czerwona - do rejestracji, zielona - do gabinetów).

Stosuj czytelną typografię:

- wysokość liter w tekście: minimum 2 cm, wysokość liter w nagłówkach: minimum 4 cm,
- kontrast luminancji oznakowania: minimum 70% LRV w stosunku do tła.

W punktach skrzyżowań i rozwidleń powtarzaj oznaczenia lub dodawaj je w formie ikony i tekstu. W dużych placówkach sprawdza się numeracja gabinetów oraz podział przestrzeni na „skrzydła” oznaczone literami lub kolorami.

Informacja głosowa i dotykowa:

W większych lub trudnych do zorientowania budynkach warto wprowadzić rozwiązania ułatwiające nawigację. Takie rozwiązania zapewniają dostęp do informacji osobom niewidomym i słabowidzącym, które nie mogą korzystać z oznaczeń wizualnych. Pomagają także osobom z dysleksją, seniorom oraz każdemu, kto czuje się zagubiony w nowym miejscu - niezależnie od wieku czy stopnia samodzielności. Dzięki temu poruszanie się po placówce staje się prostsze, bezpieczniejsze i mniej stresujące.

Mogą to być:

- znaczniki głosowe (na przykład urządzenia audio beacon przy wejściach lub punktach informacyjnych),
- komunikaty audio (na przykład w windach: „Piętro 2 – gabinety stomatologiczne”),
- aplikacje nawigacyjne z funkcją dźwiękowego prowadzenia (na przykład beacon + aplikacja mobilna),
- tyflomapy z wypukłym planem piętra przy windzie i głównym wejściu.

10.4. Windy i podnośniki

W celu pokonywania dużych różnic poziomów zastosuj windę lub pochylnię. Podnośniki przyschodowe (pionowego i ukośnego podnoszenia) zastosuj tylko w wyjątkowych sytuacjach. Korzystanie z tych urządzeń przez osoby na wózkach wymaga często przytrzymania przycisku podczas jazdy. Podnośniki mogą być stosowane wyłącznie wtedy, gdy nie ma możliwości wykonania pochylni lub zamontowania windy.

10.4.1. Winda – dźwig osobowy

Lokalizacja windy:

- jak najbliżej wejścia do budynku,
- zastosuj czytelne oznaczenie wizualne drogi dojścia do windy (możesz także zastosować system informacji głosowej, fakturowe oznaczenie nawierzchni),
- oświetlenie otoczenie podnośnika zewnętrznego: światło sztuczne o natężeniu minimum 30 lx,
- odległość między drzwiami windy a przeciwległą ścianą lub inną przegrodą: minimum 160 cm poza obrysem otwarcia drzwi (taka odległość pozwala na swobodne przemieszczanie się pasażerów oraz manewrowanie wózkiem).

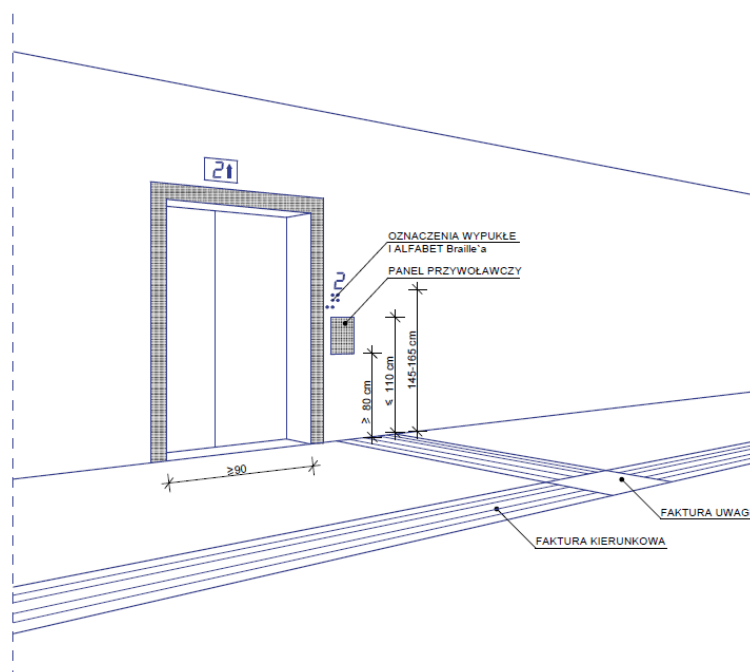
Wejście do windy:

- różnica poziomu między kabiną a podłogą przed windą: maksymalnie 2 cm,
- zalecane są drzwi automatyczne.

Panel zewnętrzny:

- wysokość montażu przycisków: 80 - 110 cm,

- każda winda powinna mieć własny panel zewnętrzny (nie stosuj jednego panelu do obsługi kilku wind jednocześnie),
- jeśli winda ma drzwi uchylne, panel zamontuj po stronie klamki lub uchwytu,
- zastosuj przyciski wypukłe, oznaczone alfabetem Braille'a oraz wypukłymi symbolami,
- po naciśnięciu przycisków powinna się włączyć sygnalizacja świetlna,
- winda powinna mieć sygnały informujące o przyjeździe i kierunku jazdy:
 - dźwiękowe – komunikat słowny „góra” lub „dół”,
 - świetlne – wskazujące kierunek,
- kolor panelu: kontrastowy względem otoczenia.



Źródło: Standard Dostępności Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej

Kabina windy:

- szerokość drzwi: minimum 90 cm, z czujnikami zamykania,
- wymiary kabiny: minimum 110 x 140 cm (zalecane 150 x 210 cm),
- poręcze: po obu stronach kabiny, na wysokości 90 cm, oddalone od ściany o minimum 5 cm (jeśli obok poręczy jest panel sterujący, to w poręczy musi być przerwa),
- na ścianie przeciwległej do drzwi wejściowych musi być lustro o szerokości kabiny, wysokość lustra powinna zapewnić możliwość pełnego widzenia powierzchni kabiny to jest: od 140 cm do 190 cm wysokości (nie dotyczy wind przelotowych oraz o powierzchni 150 x 150 cm).

Dobłą praktyką jest zamontowanie w kabinie windy składanego siedziska (na wysokości 50 cm).

Panel wewnętrzny

- wysokość montażu przycisków: 80 - 110 cm, minimum 50 cm od narożnika kabiny,
- w windach przelotowych panele z przyciskami należy zamontować po obu stronach kabiny,
- kolor panelu: kontrastowy względem otoczenia (60% LRV w stosunku do tła),
- lokalizacja paneli sterujących zależy od rodzaju drzwi:
 - drzwi otwierane centralnie – panel po prawej stronie od wejścia,
 - drzwi otwierane jednostronnie – panel po stronie zgodnej z kierunkiem zamykania drzwi,
- montaż przycisków na panelu do wyboru pięter: nad przyciskami alarmu i innymi przyciskami specjalnymi,
- montaż przycisków na panelu w windzie, która porusza się powyżej 5 pięter: naprzemiennie (mijankowo),
- zastosuj przyciski wypukłe, oznaczone alfabetem Braille’a oraz wypukłymi symbolami,
- po naciśnięciu przycisków powinna się włączyć sygnalizacja świetlna,
- przycisk wyjścia z budynku (na przykład parter, rejestracja): oznaczony kolorem zielonym, wystający ponad inne przyciski minimum 5 mm,
- przycisk alarmu: oznaczony kolorem żółtym,
- dodaj instrukcję obrazkową lub kod QR prowadzący do opisu głosowego.

10.4.2. Podnośnik schodowy (ukośny)

Drogę dojścia do podnośnika oznacz czytelną informacją wizualną (na przykład znak, piktogram, strzałka). Pacjent powinien móc sam obsłużyć podnośnik, jednak zadbaj o możliwość wezwania obsługi (w razie potrzeby wsparcia).

Dobra praktyka: Zaleca się, żeby podnośnik miał drzwi otwierane automatycznie lub półautomatycznie.

Parametry techniczne:

- lokalizacja: blisko wejścia,
- wymiary: platforma minimum 75 x 110 cm,
- udźwig: minimum 250 kg,
- oświetlenie: światło sztuczne o mocy co najmniej 30 lx,
- podnośnik musi mieć:
 - pochyty (75 - 90 cm od podłogi platformy),
 - ranty (co najmniej 7 cm wysokości),

- przycisk wezwania pomocy.



Podnośnik pionowy z kołnierzem gumowym zabezpieczającym przed wejściem pod urządzenie.

PODNOŚNIKI SCHODOWE/UKOŚNE



Podnośnik schodowy.

Źródło: Kamil Kowalski „Włącznik projektowanie bez barier”.

Podnośnik ukośny służy tylko dla osób poruszających się na wózkach. Nie mogą z niego korzystać osoby chodzące i osoby z wózkami dziecięcymi.

10.4.3. Podnośnik pionowy

Drogę dojścia do podnośnika oznacz czytelną informacją wizualną (na przykład znak, piktogram, strzałka). Pacjent powinien móc sam obsłużyć podnośnik, jednak zadbaj o możliwość wezwania obsługi (w razie potrzeby wsparcia).

Dobra praktyka: Podnośnik powinien mieć drzwi otwierane automatycznie lub półautomatycznie.

Parametry techniczne:

- lokalizacja: blisko wejścia,
- wymiary: platforma minimum 90 x 140 cm,
- udźwig: minimum 315 kg,
- oświetlenie: światło sztuczne o mocy co najmniej 30 lx,

- podnośnik musi mieć: przycisk wezwania pomocy.

Podnośnik pionowy bez szyby



Podnośnik pionowy bez szyby.

Źródło: Kamil Kowalski „Włącznik projektowanie bez barier”.

Parametry techniczne podnośnika pionowego umożliwiają korzystanie z urządzenia osobom na wózkach, osobom chodzącym oraz z wózkami dziecięcymi.

10.5. Dostosowane oświetlenie

Zapewnij odpowiednie oświetlenie w placówce. Dobre oświetlenie to równomierne, dostosowane do miejsca natężenie i barwa światła, które nie powoduje męczliwości oczu i nie rozprasza.

Dostosowane oświetlenie - główne wytyczne:

- równomierne, bez stref nadmiernego kontrastu,
- bez efektu olśnienia,
- bez efektu migotania,
- źródła światła: zabezpieczone kloszami lub oprawami rozpraszającymi,
- barwa światła: neutralna (4000-5000K),
- natężenie oświetlenia zgodne z normami:
 - korytarze i komunikacja – minimum 100 lx,
 - schody i pochylnie – minimum 150 lx,
 - toalety i łazienki – minimum 200 lx,
 - podnośniki, windy – minimum 30 lx.

Dobra praktyka: Zastosuj dodatkowe oświetlenie punktowe, aby wyróżnić istotne elementy, takie jak plan budynku, wejście do gabinetu czy numer piętra.

11. Pomieszczenia higieniczno-sanitarne

Pomieszczenia higieniczno-sanitarnych to przede wszystkim toalety/łazienki i tak zwane komfortki. W każdej placówce musi być co najmniej jedna toaleta dostępna dla osób ze szczególnymi potrzebami. Jest to ważne nie tylko dla osób poruszających się na wózkach, przy użyciu balkoników czy kul, ale także dla osób starszych i osób z dziećmi w wózkach.

11.1. Dostępność informacyjno-komunikacyjna

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne muszą być dostępne nie tylko fizycznie, ale także informacyjnie. Osoba, która nie widzi, nie słyszy lub ma trudności w orientacji przestrzennej powinna bez problemu zlokalizować właściwe pomieszczenie higieniczno-sanitarne. Powinna uzyskać pewność czy pomieszczenie jest wolne, czy zajęte. Powinna móc wezwać pomoc (w razie potrzeby). Oznacza to konieczność stosowania spójnych oznaczeń, czytelnych komunikatów i systemów alarmowych.

Tabliczka przy wejściu pełni kluczową funkcję informacyjną - pozwala użytkownikom zorientować się, czy pomieszczenie spełnia ich potrzeby i jakie udogodnienia się w nim znajdują.

Takie rozwiązania wspierają:

- osoby niewidome (oznaczenia w alfabecie Braille'a, kody QR, ścieżki dźwiękowe audio),
- słabowidzące (kontrast, wypukłe piktogramy),
- osoby z trudnościami poznawczymi (prosty język i grafiki),
- osoby poruszające się na wózku (czytelność z pozycji siedzącej),
- osoby starsze lub będące w stresie, które szybciej odnajdują drogę dzięki jasnym oznaczeniom.

Umieść przy wejściu do toalety/łazienki i komfortki wyraźną tabliczkę informacyjną, która pozwoli użytkownikowi sprawdzić, czy pomieszczenie spełnia jego potrzeby i jakie oferuje udogodnienia.

Parametry techniczne tabliczki informacyjnej:

- miejsce montażu: obok drzwi lub bezpośrednio na skrzydle drzwiowym,
- wysokość montażu: 140 - 160 cm od poziomu posadzki (odpowiednio na wysokości wzroku osoby siedzącej i osoby stojącej),
- powierzchnia: matowa, antyrefleksyjna (światło nie może się odbijać),
- kontrast: minimum 70% LRV w stosunku do tła,
- czcionka: bezszeryfowa (na przykład: Calibri, Arial. Aptos), wyrównana do lewej strony, bez pisania całych zdań wersalikami (wielkimi literami),
- wielkość liter: nagłówki minimum 4 cm, treść minimum 2 cm.

Przykładowy zakres treści tabliczki:

- piktogram: toalety, łazienki, komfortki i dodatkowy symbol (na przykład: osoba na wózku, przewijak, podnośnik),
- opis tekstowy: na przykład „Toaleta dla osób z niepełnosprawnością”, „Komfortka”,
- opis w alfabecie Braille’a,
- w razie potrzeby - alternatywna informacja w postaci:
 - dotykowej,
 - kodu QR z nagraniem audio, który po zeskanowaniu informuje o wyposażeniu i lokalizacji toalety (na przykład: lokalizacja umywalki, sedesu, przycisku alarmowego),
 - znacznika NFC,
 - komunikatu głosowego.

Komunikaty dźwiękowe i świetlne

Jeśli budynek ma wiele toalet i długie korytarze, możesz zainstalować system sygnalizacji stanu zajętości:

- na przykład: lampka nad drzwiami: czerwona (zajęta), zielona (wolna),
- opcjonalne sygnały dźwiękowe, na przykład „Drzwi otwarte”.

11.2. Wejście do pomieszczeń higieniczno-sanitarnych

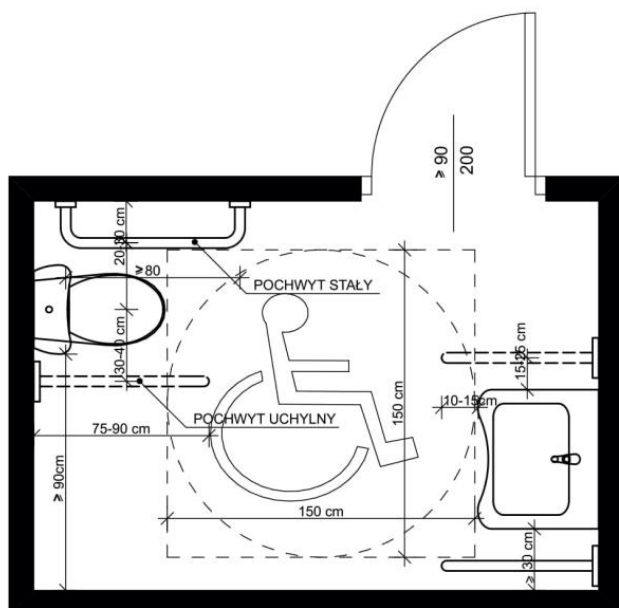
Przed drzwiami do pomieszczeń higieniczno-sanitarnych zabezpiecz pole do manewrowania o wymiarach minimum 150 x 150 cm.

Parametry techniczne drzwi wejściowych do pomieszczeń sanitarno-higienicznych:

- szerokość skrzydła drzwiowego: minimum 90 cm (w świetle ościeżnicy),
- próg: maksymalny 2 cm (ze ścięciem krawędzi), preferowane są rozwiązania bezprogowe lub z odpowiednim najazdem/pochylnym wykończeniem z obu stron progu,
- rodzaj drzwi: otwierane na zewnątrz lub przesuwne (nie powinny blokować przestrzeni manewrowej wewnątrz),
- mechanizm klamki, uchwyty, przyciski otwierające: powinny być zamontowane na wysokości 80 - 100 cm od poziomu posadzki, powinny mieć ergonomiczny kształt (preferowane uchwyty typu „C”, „L” lub gałki dźwigniowe, w kontrastowym kolorze względem drzwi,
- przyciski do otwierania drzwi automatycznych: średnica minimum 3 cm, powinny być dobrze oznaczone i reagować na lekki nacisk,
- samozamykacz: jeśli jest stosowany, powinien umożliwiać lekkie otwieranie (siła maksymalna 25 N),
- pole manewrowe wewnątrz: minimum 150 × 150 cm (umożliwiające zawrócenie wózkiem).

11.3. Toaleta (miska ustępowa) i umywalka w łazience

Miska ustępowa i umywalka powinna być dostępna dla wszystkich, czyli również dla osób ze szczególnymi potrzebami.



Schemat 9. Toaleta

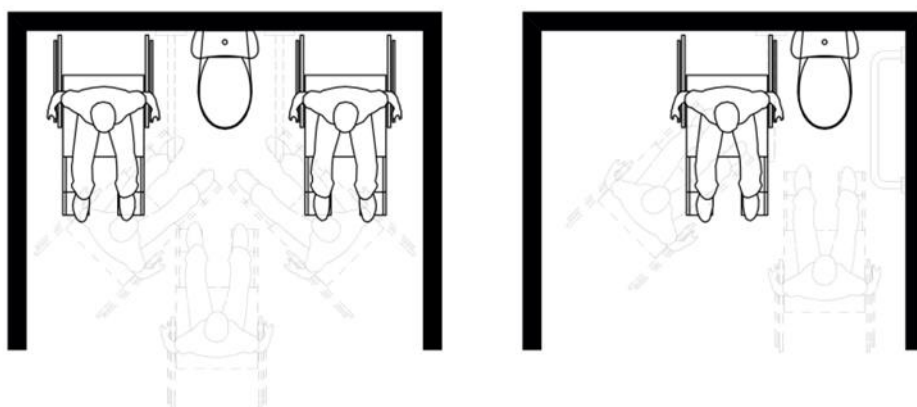
Źródło: <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/119716/StandarddostepnosciPOZ.pdf>

Miska ustępowa:

Jej umiejscowienie powinno uwzględnić możliwość przesiadania się z wózka z dwóch boków, z przodu i po skosie.

Usytuowanie miski ustępowej:

- wolna przestrzeń przed miską ustępową: minimum 150 x 150 cm,
- wolne miejsce po obu stronach miski ustępowej: zalecane minimum 90 x 150 cm (przestrzeń manewrowa),
- odległość miski ustępowej od ściany (jeśli dostęp jest możliwy tylko z jednej strony): minimum 45 cm.



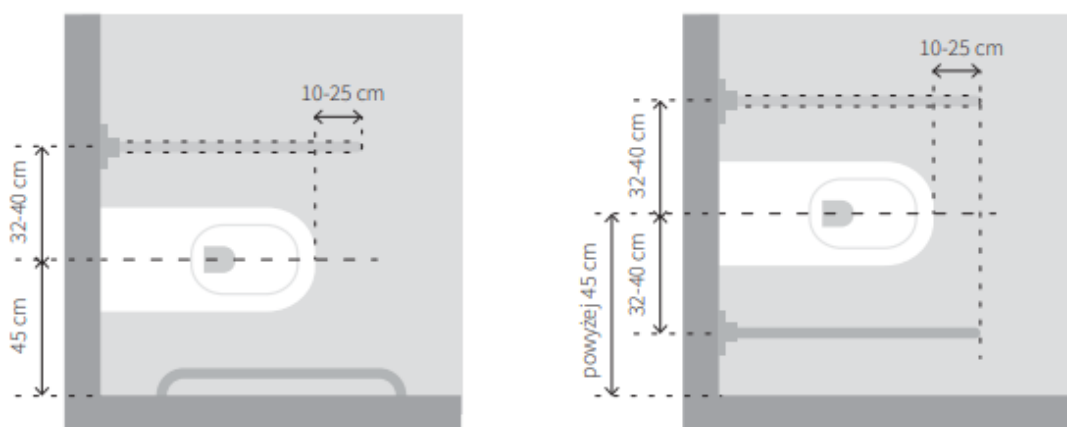
Schemat 10. Przesiadanie się z wózka na toaletę

Parametry techniczne miski ustępowej:

- deska klozetowa: stabilna, jednolita, pełna, bez wcięć,
- montaż deski klozetowej: górna krawędź na wysokości 42 - 48 cm,
- spłuczka: uruchamiana automatycznie lub ręcznie (jeżeli ręcznie: to przycisk spłuczki umieść z boku miski ustępowej, na wysokości od 80 do 110 cm),
- nie stosuj spłuczek obsługiwanych za pomocą nogi.

Montaż poręczy przy misce ustępowej:

- w odległości 30 - 40 cm od środka miski,
- na wysokości 70 - 85 cm,
- na długości 75 - 90 cm (opuszczane),
- na 10 - 25 cm przed miskę.



Zasada projektowania poręczy przy muszli ustępowej zależnie od odległości muszli od ściany.

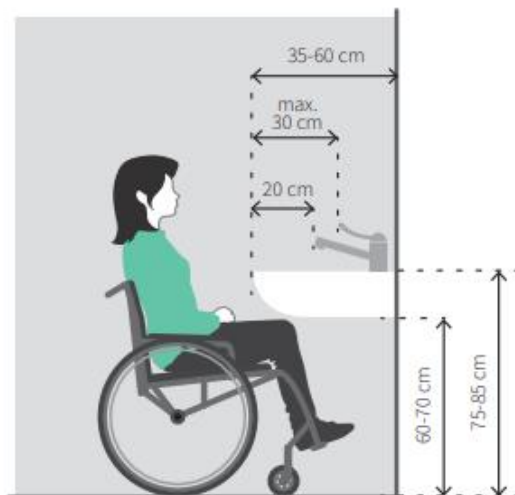
Źródło: Kamil Kowalski „Włącznik projektowanie bez barier”.

Jeśli miska ustępowa znajduje się blisko ściany, zamontuj jeden pochwyt opuszczany i jeden trwale przymocowany do ściany - po stronie przeciwnej względem miejsca do przesiadania się, na wysokości 70 - 85 cm od podłogi. Musi mieć długość co najmniej 80 cm.

Umywalka:

Przed umywalką musi być wolne miejsce do manewrowania o wymiarach minimum 150 x 150 cm.

- montaż umywalki: górna krawędź: na wysokości 75 - 85 cm,
- dolna krawędź: na wysokości 60 - 70 cm,
- podjazd pod umywalkę: minimum 30 cm głębokości.



Parametry umywalki. Opracowanie własne na podstawie normy ISO 21542:2011.

Źródło: Kamil Kowalski „Włącznik projektowanie bez barier”.

Montaż poręczy przy umywalce:

Obok umywalki należy zamontować poręcz z obu stron:

- po obu stronach,
- w odległości 10 - 25 cm od krawędzi,
- na wysokości 70 - 85 cm,
- wystające 10 - 15 cm przed umywalkę.

Jeśli umywalka jest blisko ściany, jedna poręcz może być stała, a druga opuszczana.

Bateria powinna być łatwa w obsłudze, na przykład na dźwignię, przycisk lub automatyczną.

Pozostałe wyposażenie toalety

Dodatkowe wyposażenie pomieszczeń sanitarno-higienicznych umieścić w dostępny sposób:

- podajnik papieru: na wysokości od 60 do 70 cm od podłogi, w okolicy przedniej krawędzi miski ustępowej,
- mydło, suszarka lub ręcznik: jak najbliżej umywalki, na wysokości 80 - 110 cm od podłogi,
- lustro: bezpośrednio nad umywalką (jego dolna krawędź maksymalnie na wysokości 80 cm od podłogi).

Dobra praktyka: Zastosuj podajnik na mydło, ręcznik i suszarkę działające na czujnik lub fotokomórkę.

Włączniki światła powinny się znajdować na wysokości od 80 do 110 cm od podłogi.

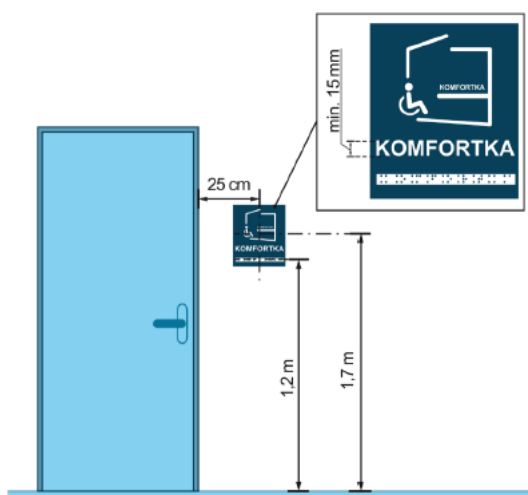
W toaletach i innych pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych stosuj elementy kontrastowe (na przykład uchwyty, przyciski, armatura), aby ułatwić orientację osobom słabowidzącym.

11.4. Komfortka

Komfortka to pomieszczenie do przewijania lub higieny dorosłych osób, które potrzebują wsparcia albo muszą skorzystać z tych czynności w pozycji leżącej.

Wejście i drzwi:

- przestrzeń do manewrowania przed wejściem: minimum 150 x 150 cm,
- dodatkowa przestrzeń obok drzwi: minimum 90 x 90 cm,
- szerokość drzwi: minimum 90 cm,
- brak progów, wyższego niż 2 cm.
- drzwi nie mogą być przezroczyste,
- montaż klamek/uchwytów: na wysokości 80 - 110 cm,
- do otwarcia potrzeba siły mniejszej niż 25 N (najlepiej bez samozamykacza),
- zamek awaryjny (można otworzyć z zewnątrz).



Źródło: Standard Dostępności Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej

Wnętrze komfortki:

- przestrzeń do manewrowania wózkiem: minimum 150 x 150 cm,
- wysokość montażu:
 - włączników światła: 80 - 110 cm,
 - gniazdek elektrycznych: 40 - 100 cm,
 - klamek w oknach: 80 - 110 cm,
- podłoga: równa, antypoślizgowa (minimum klasa R10),
- oświetlenie: bez oślepiania (UGR poniżej 19),
- wentylacja grawitacyjna lub mechaniczna: wydajność minimum 1,5 m³/h na każdy m³ pomieszczenia.

W pomieszczeniu należy zapewnić umywalkę:

- przed umywalką: przestrzeń do manewrowania 150 x 150 cm,
- wysokość górnej krawędzi: 75 - 85 cm,

- dolna krawędź: 60 - 70 cm,
- przestrzeń pod umywalką: minimum 30 cm głębokości (dla podjazdu wózkiem),
- uchwyty po obu stronach: w odległości 10 - 25 cm od krawędzi, na wysokości 70 - 85 cm, wystające 10 - 15 cm przed umywalkę,
- jeśli umywalka przy ścianie: jeden uchwyt stały, drugi opuszczany (minimum 30 cm od ściany),
- bateria (kran) łatwa w obsłudze: dźwignia, przycisk lub automatyczna – bez kurków,
- wylewka długa, ułatwiająca umycie dłoni,
- lustro: dolna krawędź na wysokości maksimum 80 cm od podłogi lub nad umywalką,
- wysokość montażu dozownika mydła, suszarka/ręcznik na wysokości 80 - 110 cm, blisko umywalki.

W pomieszczeniu należy zapewnić przewijak dla dorosłych / leżankę:

- minimalne wymiary: 80 x 180 cm,
- wolna przestrzeń obok dłuższego boku: minimum 150 x 90 cm,
- dostęp: z jednej strony dłuższej i jednej krótszej,
- jeśli przewijak składany – po rozłożeniu nie może zmniejszać przestrzeni,
- wysokość górnej krawędzi: 45 - 55 cm,
- udźwig: minimum 150 kg (zalecane 200 kg),
- regulacja wysokości: 45 - 55 cm od podłogi,
- siła potrzebna do rozłożenia/regulacji: maksymalnie 25 N,
- zalecane: przewijak/leżanka z systemem elektrycznym z pilotem.

Dodatkowe wyposażenie pomieszczenia:

- wysokość montażu:
 - podajnika papieru: 60 - 70 cm od podłogi, w pobliżu przedniej części toalety,
 - przycisku lub linki alarmowej: maksymalnie 40 cm od podłogi, alarm powinien być słyszalny w pomieszczeniu obsługi, możliwa linka wzdłuż ścian na wysokości 40 cm, siła uruchomienia maksymalnie 30 N,
 - wieszaków: co najmniej dwa wieszaki - jeden na wysokości 110 cm, drugi na wysokości 180 cm,
- podnośnik sufitowy lub podłogowy o udźwigu minimum 150 kg,
- duże kosze na odpady.

11.5. System alarmowy

Wyposaż toaletę w przycisk lub linkę do wzywania pomocy.

Montaż przycisku lub linki:

- wzdłuż ściany, na wysokości do 40 cm od podłogi,
- siła potrzebna do uruchomienia przycisku: maksymalnie 30 N,
- przycisk lub linka powinny aktywować alarm w pomieszczeniu obsługi lub w rejestracji.

12. Gabinet stomatologiczny

12.1. Dostępność informacyjno-komunikacyjna

Oznaczenie gabinetu i dostęp do informacji

- Oznacz drzwi do gabinetu numerem i funkcją, na przykład „Gabinet 2 – Stomatolog”.
- Zadbaj o:
 - kontrastowy nadruk (minimum 70% kontrastu w stosunku do tła),
 - czcionkę bezszeryfową (na przykład: Calibri, Arial, Aptos), wysokość liter minimum 2 cm,
 - czytelny piktogram, na przykład zęba,
 - oznaczenie dotykowe (w alfabecie Braille’a lub wypukły piktogram).

Dobra praktyka:

Dodaj kod QR lub znacznik NFC na drzwiach – umożliwi to osobom niewidomym, słabowidzącym i z trudnościami poznawczymi pobranie audio-opisu wnętrza gabinetu lub filmiku w PJM.

Urządzenia wspierające słyszenie i komunikację

Zainstaluj w gabinecie pętlę indukcyjną stanowiskową. Umieść naklejkę z symbolem pętli indukcyjnej na widocznej części blatu. Dołącz krótki komunikat: „W gabinecie działa pętla indukcyjna – w razie potrzeby zapytaj personel”. Wysokość montażu mikrofonu: 110 - 130 cm.

Możesz skorzystać również z:

- systemu FM (z nadajnikiem i odbiornikiem) – dobry w hałaśliwym otoczeniu,
- systemu Bluetooth lub IR – stosowany rzadziej, ale możliwy do rozważenia.

Komunikacja z pacjentem w gabinecie

Zadbaj, by lekarz lub asystent mógł prowadzić rozmowę w sposób jasny i spokojny.

Jeśli pacjent nie mówi lub korzysta z alternatywnych form komunikacji:

- zapewnij możliwość komunikacji z wykorzystaniem alternatywnych i wspierających metod (AAC) lub kart z piktogramami,
- zapewnij opcję tłumacza PJM – stacjonarnie lub online,
- zastosuj formularze w wersji ETR (łatwy tekst).

Zgoda na leczenie – dostępna i zrozumiała

Przygotuj formularze zgody na leczenie w formie:

- pisemnej w wersji standardowej (czcionka minimum 12 punktów) oraz powiększonej (czcionka minimum 16 punktów), tekst wyrównany do lewej strony, bez pisania całych zdań wersalikami (wielkimi literami),
- elektronicznej (z możliwością powiększenia / odczytu głosowego),
- w ETR lub z tłumaczeniem na PJM (na przykład wideo dostępne przez kod QR),
- z możliwością przekazania ustnie lub alternatywnie z wykorzystaniem sprzętów/środków wspierających komunikację (AAC).

Wezwanie asysty / wsparcia

Zamontuj przycisk przywoławczy w zasięgu ręki pacjenta bezpośrednio przy fotelu zabiegowym.

Parametry techniczne przycisku:

- wysokość montażu: 80 - 110 cm,
- oznaczenie wizualne: kontrastowy piktogram dzwonka i napis na przykład „Wezwij pomoc”,
- podświetlenie przycisku.

Sposób sygnalizacji wezwania:

- dźwięk w rejestracji (minimum 70 dB),
- migająca dioda,
- komunikat tekstowy na ekranie (jeśli jest),
- czas reakcji personelu: do 5 minut,
- dodatkowe udogodnienie: możliwość przestania sygnału na pager lub aplikację mobilną personelu.

12.2. Dostępność cyfrowa: sprzęt komputerowy, urządzenia mobilne, oprogramowanie

Sprzęt komputerowy, urządzenia mobilne, ekrany informacyjne, infokioski, kolejkomaty oraz zainstalowane w nich oprogramowanie powinny spełniać wymogi dostępności cyfrowej. Dlatego zadbaj o aktualność wykorzystywanego oprogramowania i zapewnij rozwiązania (oprogramowanie lub sprzęt) przeznaczone dla osób ze szczególnymi potrzebami.

W szczególności komputer lub tablet udostępniany pacjentom (na przykład w celu wypełnienia ankiety medycznej lub w celu zapoznania się z wynikami badań) powinien być wyposażony w:

- czytnik ekranu,
- wirtualną lupę lub inny sposób powiększenia tekstu,
- tłumacza PJM on-line,

- aplikację do komunikacji alternatywnej i wspomagającej (AAC),
- dostępne cyfrowo formularze interaktywne,
- dostępne cyfrowo materiały multimedialne (na przykład filmy informacyjne o placówce z napisami / audiodeskrypcją).

Poza oprogramowaniem warto zapewnić urządzenia wspomagające osoby ze szczególnymi potrzebami, takie jak na przykład:

- linijka/klawiatura brajlowska,
- specjalne myszki typu trackball,
- ergonomiczne klawiatury,
- alternatywne urządzenia, które pozwalają na wypełnienie formularzy lub zapoznanie się z informacjami w inny sposób, niż tylko za pomocą ekranu dotykowego.

Przy wprowadzaniu oprogramowania dla osób ze szczególnymi potrzebami czy urządzeń wspomagających zadbaj o to, aby personel placówki był przeszkolony w zakresie ich obsługi i wykorzystania.

12.3. Wejście do gabinetu

Przed drzwiami do gabinetu zabezpiecz pole do manewrowania o wymiarach minimum 150 x 150 cm. Od strony otwierania drzwi pozostaw wolną przestrzeń o wymiarach 90 x 90 cm.

Drzwi wejściowe do gabinetu:

- szerokość skrzydła drzwiowego: minimum 90 cm (w świetle ościeżnicy),
- próg: maksymalny 2 cm (ze ścięciem krawędzi), preferowane są rozwiązania bezprogowe lub z odpowiednim najazdem/pochylnym wykończeniem z obu stron progu,
- nie mogą być przezroczyste,
- rodzaj drzwi: otwierane na zewnątrz,
- bez samozamykaczy,
- ramy: w kontrastowym kolorze w stosunku do ściany (różnica LRV powinna być większa niż 30%),
- powinny otwierać się lekko (maksymalna siła potrzebna do otwarcia to 25 N),
- izolacja akustyczna: co najmniej R_w 35 dB,
- powinny mieć możliwość otwarcia z zewnątrz w sytuacji awaryjnej,
- klamki lub uchwyty powinny mieć zaokrąglony kształt i powinny być zamontowane na wysokości 80 - 110 cm, w kontrastowym kolorze względem drzwi.



Wpływ przekroju klamki na wygodę chwytu.

Źródło: Kamil Kowalski „Włącznik projektowanie bez barier”.

Dobra praktyka:

Jeżeli na drzwiach jest numer, to umieść go na wysokości 130 - 165 cm.

Obok drzwi powinna być informacja i napis w alfabecie Braille’a oraz wypukły tekst na wysokości 110 - 130 cm.

12.4. Gabinet stomatologiczny

Organizacja gabinetu stomatologicznego dostosowania jest przede wszystkim do potrzeb personelu placówki. Jednak ze względu na to, że pracownikiem placówki mogą być osoby ze szczególnymi potrzebami, **dobrą praktyką** jest zastosowanie wymagań określonych w punkcie – wewnątrz gabinetu.

Wnętrze gabinetu

Zorganizuj wewnątrz gabinetu z uwzględnieniem poniższych wymagań:

- W gabinecie należy zapewnić wolną przestrzeń manewrową o wymiarach co najmniej 150 x 150 cm.
- Włączniki światła powinny znajdować się na wysokości od 80 - 110 cm, gniazda elektryczne - na wysokości 40 -100 cm.
- Podłoga musi być równa i antypoślizgowa (o klasie poślizgowej minimum R11). Powinna być kontrastowa w stosunku do ścian.
- Okna muszą mieć klamkę na wysokości 80 - 110 cm.
- W nasłonecznionym gabinecie, w oknach powinny być rolety lub żaluzje.
- W gabinecie należy zapewnić wentylację grawitacyjną lub mechaniczną (minimum 1,5 m³/h na każdy metr sześcienny jego kubatury. Obligatoryjnie w przypadku posiadania aparatu rtg.
- Umywalka w gabinecie lekarskim powinna być przystosowana dla osób poruszających się na wózku.
- Przestrzeń manewrowa przed umywalką musi mieć wymiary minimum 150 cm x 150 cm. Przestrzeń podjazdu pod umywalkę powinna mieć głębokość minimum 30 cm.
- Umywalka powinna być zamontowana tak, aby jej górna krawędź była na wysokości 75 - 85 cm od podłogi, a krawędź dolna nie niżej niż 60 -70 cm od podłogi.

- Po obu stronach umywalki należy zamontować pochwyty: w odległości 10 cm - 25 cm od krawędzi umywalki, na wysokości 70 - 85 cm (górna krawędź pochwyty). Powinny wystawać 10 -15 cm przed umywalkę.
- Gdy bok umywalki znajduje się blisko ściany, można zamontować jeden pochwyty opuszczany i jeden trwale przymocowany do ściany w odległości minimum 30 cm i na wysokości 70 - 85 cm (górna krawędź pochwyty).
- Umywalka powinna być wyposażona w baterię uruchamianą dźwignią (najlepiej z przedłużonym uchwytem), przyciskiem lub automatycznie. Bateria musi mieć odpowiednio długą wylewkę.
- Nie wolno stosować baterii z kurkami.
- Inne urządzenia, takie jak dozownik mydła, suszarka lub ręcznik należy zamontować jak najbliżej umywalki na wysokości 80 - 110 cm od podłogi.

Oświetlenie w gabinecie

- Oświetlenie ogólne gabinetu to minimum 500 lx, równomierne i bez efektu olśnienia (UGR poniżej 19).
- Pole zabiegowe/badanie w obrębie twarzy/pola operacyjnego - 10 000 – 20 000 lx.
- Zabiegi chirurgiczne (lampy operacyjne) – 40 000 – 160 000 lx.
- Światło unitu – 8 000 – 20 000 lx w polu pracy.

Wyposażenie gabinetu lekarskiego w pozostały sprzęt (inny niż specjalistyczny)

Wyposaż gabinet stomatologiczny do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, z uwzględnieniem poniższych wskazówek.

- W gabinecie lekarskim oprócz specjalistycznego sprzętu, powinny być siedziska z oparciami i podłokietnikami, ponieważ ułatwiają one wstawanie osobom starszym lub z ograniczoną koordynacją ruchową.
- Siedziska powinny mieć szerokość i głębokości minimum 50 cm. Muszą posiadać możliwość hydraulicznej, łatwej i niewymagającej użycia dużej siły regulacji w przedziale 42 - 48 cm.
- Materiały użyte do wykonania mebli a także inne elementy wyposażenia gabinetu nie mogą powodować odbicia światła, powinny być matowe i kontrastowe w stosunku do ścian.
- W gabinecie ułatwienie może stanowić podnośnik sufitowy lub podłogowy, o minimalnym udźwigu 150 kg.
- W gabinecie musi być zabezpieczone miejsce dla fotela zabiegowego. Dostęp do fotela zabiegowego musi być zapewniony z trzech stron. Należy zapewnić wolną przestrzeń manewrową z dwóch stron, wzdłuż dłuższego boku na długości minimum 150 cm i szerokości 90 cm.

- W gabinecie należy zapewnić jednorazowe nakładki lub opaski na oczy pacjenta, chroniące przed intensywnym światłem lampy zabiegowej.

12.5. Bezpieczne i komfortowe środowisko

W gabinecie zadbaj o przestrzeń sprzyjającą poczuciu bezpieczeństwa i komfortu pacjentów, między innymi poprzez odpowiednie oświetlenie – równomierne, bez efektu olśnienia i migotania, z neutralną barwą światła. Ważna jest eliminacja zbędnych źródeł hałasu (na przykład - głośna muzyka czy urządzenia pracujące w tle). Ogranicz nadmiar bodźców sensorycznych, na przykład intensywnych kolorów czy migających ekranów. To zmniejsza stres i ułatwia orientację w przestrzeni osobom ze szczególnymi potrzebami, a w szczególności z nadwrażliwością sensoryczną, lękiem czy zaburzeniami koncentracji.

13. Organizacja placówki i jej personel

13.1. Szkolenia personelu

Zadbaj, żeby personel Twojej placówki był regularnie szkolony (minimum raz w roku) w zakresie obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami i różnymi rodzajami niepełnosprawności. Szkolenia tego typu zwiększają kompetencje zespołu, w szczególności zmniejszają bariery w kontakcie z pacjentami. Działania te podniosą jakość świadczonych usług w Twojej placówce.

Szkolenia powinny obejmować w szczególności zagadnienia dotyczące:

- zasad komunikacji z osobami:
 - niesłyszącymi,
 - niewidomymi,
 - z niepełnosprawnością ruchową,
 - z niepełnosprawnością intelektualną,
 - w spektrum autyzmu,
 - w kryzysie zdrowia psychicznego,
- savoir vivre wobec osób ze szczególnymi potrzebami,
- udzielania wsparcia w sytuacjach stresowych,
- reagowania na indywidualne potrzeby pacjentów,
- obsługi sprzętu/ narzędzi do wsparcia i komunikacji osób ze szczególnymi potrzebami,
- obsługi sprzętu do transportu i podnoszenia pacjentów,
- obsługi i bezpiecznego doprowadzenia osoby niewidomej lub słabowidzącej na fotel zabiegowy,
- ewakuacji pacjentów ze szczególnymi potrzebami, w tym obsługi sprzętu do ewakuacji.

Szkolenia mogą odbywać się w formie stacjonarnej lub online.

13.2. Koordynator do spraw dostępności

Placówka stomatologiczna może powołać koordynatora do spraw dostępności - osobę odpowiedzialną za wsparcie pacjentów ze szczególnymi potrzebami i wdrażanie udogodnień zwiększających dostępność.

Zadania koordynatora:

- wsparcie pacjentów w korzystaniu z usług gabinetu,
- pomaganie w usuwaniu barier i proponowanie rozwiązań zwiększających komfort leczenia,
- opracowanie planu działań na rzecz poprawy dostępności i monitorowanie jego realizacji,
- analizowanie zgłaszanych potrzeb pacjentów w zakresie dostępności,
- śledzenie nowych rozwiązań technicznych i dobrych praktyk oraz rekomendowanie ich wdrożenia,
- prowadzenie rejestru skarg i wniosków w zakresie dostępności.

Dzięki pracy koordynatora do spraw dostępności placówka zyskuje dodatkowe narzędzie do systematycznego podnoszenia jakości opieki i budowania pozytywnego wizerunku.

Dane kontaktowe koordynatora do spraw dostępności, takie jak adres e-mail i służbowy numer telefonu, umieść na stronie internetowej placówki. Dzięki temu pacjenci ze szczególnymi potrzebami mogą w prosty sposób zgłosić swoje uwagi i potrzeby lub poprosić o wsparcie przed planowaną wizytą.

13.3. Koordynator medyczny

Dobra praktyka: Powołaj w placówce koordynatora medycznego. Zadaniem koordynatorka medycznego jest kompleksowa obsługa pacjenta w podmiocie leczniczym. Osoba ta jest łącznikiem pomiędzy pacjentem a lekarzami i innymi osobami zaangażowanymi w proces leczenia.

Zadania koordynatorka medycznego:

- planowanie wizyt i badań diagnostycznych, wsparcie pacjenta w trakcie tych wizyt i wykonywania badań diagnostycznych,
- odbieranie wyników badań diagnostycznych,
- komunikacja z pacjentem i osobą wspierającą przed i po zabiegu,
- wsparcie administracyjne pacjentów i ich opiekunów,
- zbieranie informacji na temat szczególnych potrzeb pacjenta (na przykład transportu sanitarnego, wózka, tłumacza, asystenta komunikacji),

- ułatwianie wymiany informacji pomiędzy lekarzami,
- organizowanie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych.

13.4. Procedury dotyczące standardów obsługi osób ze szczególnymi potrzebami

Placówka powinna opracować i wdrożyć procedury zapewniające dostępność osobom ze szczególnymi potrzebami. Procedury te określają zasady obsługi pacjenta i udzielania świadczeń stomatologicznych w sposób dostosowany do szczególnych potrzeb.

Procedury obsługi i komunikacji z pacjenta powinny obejmować między innymi:

- organizację wejścia i rejestracji w taki sposób, aby pacjent mógł dostać się do placówki i innych pomieszczeń bez problemu,
- możliwość zgłoszenia szczególnych potrzeb już na etapie umawiania wizyty,
- jasne zasady reagowania personelu na zgłoszone potrzeby pacjenta,
- dbałość o aktualizację danych pacjenta, w tym w zakresie szczególnych potrzeb,
- przygotowanie dokumentów związanych z wizytą w formie dostosowanej do potrzeb pacjenta,
- zapewnienie wsparcia koordynatora medycznego wspomagającego w trakcie wizyty,
- przekazywanie wszystkich informacji, w tym związanych z zabiegiem, w sposób prosty, zrozumiały i dostępny (także w formie pisemnej lub cyfrowej),
- możliwość zgłaszania uwag/żądań/skarg/wniosków w zakresie dostępności placówki.

Procedury dotyczące standardu obsługi osób ze szczególnymi potrzebami powinny uwzględniać także realizację audytów dostępności.

13.5. Pies asystujący

Pies asystujący musi posiadać certyfikat, świadectwo szczepienia oraz uprząż z napisem „pies asystujący”. Należy zapewnić mu miskę z wodą oraz miejsce do leżenia na korytarzu i w gabinecie stomatologicznym. Pies asystujący może wchodzić do wszystkich pomieszczeń w placówce/gabinecie z wyłączeniem sali zabiegowej i operacyjnej oraz innych pomieszczeń aseptycznych.

Placówka może posiadać regulamin wejścia z psem asystującym. Przykładowy wzór stanowi załącznik nr 1 do Standardu.

13.6. Wniosek o zapewnienie dostępności architektonicznej i informacyjno-komunikacyjnej

Pacjent, który zauważy brak dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej w placówce może złożyć wniosek o zapewnienie dostępności. Wniosek powinien zawierać dane kontaktowe, opis napotkanej bariery, preferowany sposób kontaktu oraz propozycję rozwiązania problemu.

Wzór wniosku zamieść na stronie internetowej placówki i udostępnić także w rejestracji. Szczegółowe informacje wraz z przykładowym formularzem wniosku o zapewnienie dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej znajdziesz na stronie PFRON: <https://dostepnosc.pfron.org.pl/proces-skargowy/wniosek>.

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

Podstawa prawna to artykuł 32 ustawy o zapewnianiu dostępności.

13.7. Możliwość obecności osoby wspierającej podczas wizyty

Najważniejsze w procesie udzielania świadczeń medycznych jest zapewnienie dostępnych usług. Dostępność może wiązać się również z koniecznością zapewnienia pacjentowi obecności osób wspierających. Pacjent ma prawo do takich udogodnień.

Pacjentowi można odmówić obecności osoby wspierającej, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę taką wraz z podaniem jej przyczyny odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

W wywiadzie poprzedzającym wizytę należy ująć pytanie o potrzebę obecności osoby wspierającej podczas wizyty w placówce i wykonywanych świadczeń medycznych.

Pacjent decyduje, czy z takiego wsparcia chce korzystać. Lekarz lub koordynator medyczny powinien zapytać pacjenta o zgodę na udział osoby wspierającej podczas prowadzonych czynności medycznych.

Pacjent ma prawo wyrazić zgodę na asystę lub wsparcie tylko w określonych czynnościach medycznych, co powinno zostać z nim ustalone na początku wizyty.

Zgoda może być wyrażona w dowolnej formie: werbalnie, niewerbalnie (skinienie głową, mrugnięcie okiem).

Osoba wspierająca, może uczestniczyć podczas zabiegów medycznych i konsultacji lekarskich, za zgodą pacjenta ze szczególnymi potrzebami, w szczególności różnymi rodzajami niepełnosprawności.

Osoba wspierająca nie jest odpowiedzialna za zapewnienie podczas wizyty, narzędzi czy urządzeń poprawiających dostępność wymaganych dla właściwej obsługi pacjenta, któremu towarzyszy. Wyłączna odpowiedzialność w zakresie zapewniania odpowiednich narzędzi wspierających dostępność usługi medycznej leży po stronie placówki.

Jeśli to konieczne można pozyskać informacje na temat zdrowia pacjenta od osoby wspierającej, pod warunkiem, iż pacjent traktowany jest podmiotowo i potwierdza udzielane informacje (o ile to możliwe).

Jeśli podczas wizyty pacjent korzysta z tłumacza PJM lub innej formy komunikacji pośredniej (poprzez przekazywanie informacji osobie wspierającej) należy pamiętać, aby zwracać się bezpośrednio do niego.

13.8. Stomatologiczne wizyty domowe

Aktualnie wizyty lekarza dentysty w domu pacjenta nie są dostępne w ramach NFZ. W ramach wizyt komercyjnych osiągalne są jedynie w nielicznych gabinetach w Polsce.

W innych państwach wizyty domowe świadczone są wobec osób, które nie mogą dotrzeć do gabinetu, ze względu na stan zdrowia lub znaczną niepełnosprawność. Wizyty odbywają się w domu pacjenta bądź w instytucjach zbiorowego mieszkalnictwa osób z niepełnosprawnościami.

Aby odbyć wizytę domową u pacjenta niezbędne jest posiadanie przenośnego sprzętu stomatologicznego.

W przypadku pacjentów, którzy poruszają się samodzielnie lub przy pomocy osób wspierających możliwe jest wykorzystanie samochodu wyposażonego w sprzęt stomatologiczny (tak zwanego „dentobusu”). W takiej sytuacji osoba wymagająca leczenia stomatologicznego zmuszona jest przemierzyć niewielki dystans do „mobilnego gabinetu”.

Pamiętaj, aby:

- zebrać szczegółowy wywiad medyczny z pacjentem i/lub osobą wspierającą,
- uzyskać niezbędne informacje, w tym na przykład: dotyczące sposobu komunikowania się pacjenta, poziomu jego funkcjonowania, możliwości obecności i pomocy osoby wspierającej podczas wizyty, odległości parkingu od miejsca pobytu osoby wymagającej leczenia,
- zaopatrzyć się w niezbędny sprzęt i środki medyczne, w tym materiały stomatologiczne do przeprowadzenia procedury medycznej,
- spełnić zasady aseptyki i antyseptyki jak w warunkach standardowego gabinetu.

13.9. Transport sanitarny

Transport sanitarny jest jednym ze świadczeń opieki zdrowotnej. Ma on na celu zapewnienie pacjentom bezpiecznego i dostosowanego do ich stanu zdrowia przewozu do placówek medycznych. Z transportu sanitarnego mogą skorzystać pacjenci, którzy:

- nie wymagają intensywnej opieki medycznej w trakcie transportu,
- uzyskali zlecenie na transport sanitarny od lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego.

Na podstawie artykułu 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przejazd środkami transportu sanitarnego może być bezpłatny, odpłatny lub za częściową odpłatnością.

Bezpłatny transport sanitarny, w tym również lotniczy, przysługuje osobie z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiającą skorzystanie z publicznych środków transportu, w przypadku konieczności:

- pilnej interwencji medycznej,
- kontynuacji leczenia.

Transport sanitarny realizowany jest do najbliższego podmiotu leczniczego realizującego dany typ świadczenia (tam i z powrotem).

Szczegóły dotyczące ustalania odpłatności lub częściowej odpłatności za transport medyczny określa:

- ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- zarządzenie Nr 77/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2019 r.

Poinformuj pacjenta o możliwości uzyskania transportu sanitarnego. Pacjent może zgłosić także potrzebę transportu sanitarnego koordynatorowi medycznemu w placówce. Może otrzymać zlecenie na transport sanitarny. Dokument ten wystawia:

- lekarz rodzinny (POZ) – w przypadku konieczności wizyty u specjalisty, na badania diagnostyczne lub rehabilitację,
- lekarz specjalista – jeśli zachodzi konieczność dalszego leczenia w innej placówce,
- szpital – w razie potrzeby przewiezienia pacjenta na konsultację do innego podmiotu leczniczego lub po zakończeniu hospitalizacji.

Po otrzymaniu zlecenia organizację transportu sanitarnego przejmuje odpowiednia placówka medyczna. Koordynator medyczny umawia transport sanitarny na dzień wizyty i zabiegu, na określoną godzinę, o czym telefonicznie, sms lub mailowo informuje pacjenta.

14. Ewakuacja i bezpieczeństwo

14.1. Plan ewakuacji

Placówka powinna posiadać plan ewakuacji dostosowany do potrzeb wszystkich pacjentów, w tym osób z niepełnosprawnościami, seniorów, dzieci czy osób mogących znajdować się w silnym stresie.

Trasy ewakuacyjne muszą być wolne od przeszkód, odpowiednio szerokie (umożliwiające na przykład przejazd osoby na wózku lub krześle ewakuacyjnym), oznaczone kontrastowymi tabliczkami i oświetlone światłem awaryjnym.

Punkty zbiórki powinny zostać wyznaczone w bezpiecznych i dostępnych miejscach. Powinny być widocznie oznakowane i łatwe do odnalezienia również dla osób słabowidzących czy słabosłyszących.

Tam, gdzie nie ma możliwości szybkiego opuszczenia budynku, wyznacz przestrzeń (na przykład szeroki korytarz, pomieszczenie przy wyjściu), gdzie osoba z niepełnosprawnością będzie mogła oczekiwać na pomoc.

Osoby przebywające w placówce (w tym osoby ze szczególnymi potrzebami) muszą mieć możliwość samodzielnego zapoznania się z procedurami ewakuacji. Twoim zadaniem jest:

- wdrożyć rozwiązania, które jasno i skutecznie przekazują informacje,
- zapewnić pomoc osobom ze szczególnymi potrzebami w razie ewakuacji.

Ćwiczenia ewakuacyjne powinny być prowadzone minimum raz na rok i obejmować personel i pacjentów (w tym osoby ze szczególnymi potrzebami). Przegląd i test krzesel/mat ewakuacyjnych minimum raz na kwartał.

14.2. Procedury komunikacji w sytuacjach awaryjnych

Procedury komunikacji w sytuacjach awaryjnych w placówce, powinny być oparte na jasnych i zrozumiałych instrukcjach. Ważne jest zapewnienie natychmiastowej pomocy oraz dostępu do sprzętu ułatwiającego ewakuację.

Podczas ewakuacji każdy pacjent musi szybko znaleźć drogę wyjścia i mieć możliwość wezwania pomocy. Dlatego plan ewakuacji i instrukcje ewakuacyjne musisz opracować w dostępnej formie. Z rozwiązania skorzystają osobom niewidome (wersje dźwiękowe, Braille), osoby z niepełnosprawnością intelektualną (ETR, schematy), osoby głuche (PJM, grafika).

Plan i instrukcje ewakuacyjne:

Plan ewakuacji i instrukcje ewakuacyjne należy przygotować w różnych formatach:

- w języku prostym i czytelnym układzie (duża czcionka, odpowiednie odstępy między wierszami),
- z grafiką (piktogramy, schematy dróg ewakuacyjnych, punkty zbiórki),

- w formie ETR (tekst łatwy do czytania i zrozumienia),
- w wersji audio i/lub w PJM – dostępnej przez kod QR lub ekran multimedialny,
- dotykowy plan ewakuacji (jeśli to możliwe) – z opisem w alfabecie Braille’a,
- w formie drukowanej.

Montaż i lokalizacja planu i instrukcji

Umieść plan ewakuacji i instrukcje ewakuacyjne w widocznych miejscach na wysokości wzroku (120 - 140 cm) - przy wejściu, recepcji, poczekalni, windzie.

Osoby odpowiedzialne za ewakuację

Procedura powinna określać zadania w zakresie udzielania pomocy. Powinna wskazywać osoby odpowiadające za:

- wsparcie osób z ograniczoną mobilnością,
- komunikację z osobami głuchymi czy niesłyszącymi (na przykład za pomocą gestów, pisma),
- instrukcje i informacje dla pozostałych pacjentów ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami.

Informowanie pacjentów o ewakuacji

- Przekazuj pacjentom krótką informację (na przykład przy pierwszej wizycie):
 - Gdzie są wyjścia awaryjne?
 - Jak wygląda sygnał ewakuacyjny?
 - Gdzie można zgłosić potrzebę wsparcia?
 - Gdzie znajdują się przyciski wezwania pomocy?
- Umieść na stronie internetowej placówki materiał informacyjny – na przykład krótkie wideo w PJM lub PDF pod tytułem „Jak wygląda ewakuacja w naszej placówce?” – w tekście ETR.

Zgłaszanie potrzeby pomocy ewakuacyjnej

W formularzu rejestracyjnym (papierowym lub online) dodaj pole: „Czy w razie ewakuacji potrzebujesz pomocy? TAK / NIE”. Dane te powinny być widoczne dla personelu i dostępne także w dokumentacji wewnętrznej.

14.3. Oznakowanie dróg ewakuacyjnych

Drogi ewakuacyjne w placówce powinny być oznakowane w sposób czytelny i zrozumiały dla wszystkich pacjentów. Należy stosować widoczne i kontrastowe znaki, które dobrze wyróżniają się na tle ścian. Należy zapewnić działające oświetlenie awaryjne w pomieszczeniach i na korytarzach. W razie potrzeby system ewakuacyjny powinien być wspierany sygnałami dźwiękowymi i świetlnymi, co ułatwi orientację osobom z różnymi potrzebami, w tym niewidomym, słabowidzącym czy niesłyszącym.

14.4. System alarmowy dostępny dla wszystkich

System alarmowy w placówce powinien być dostępny dla wszystkich pacjentów. Oznacza to stosowanie w szczególności odpowiednich sygnałów dźwiękowych, świetlnych, informacyjnych umożliwiających szybkie rozpoznanie zagrożenia osobom ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami, zwłaszcza osobom niesłyszącym, słabosłyszącym, niewidomym czy słabowidzącym.

Ważne jest także, aby elementy systemu ostrzegania znajdowały się nie tylko w poczekalni czy na korytarzach, ale również w toaletach i pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych, gdzie pacjent może przebywać sam. Dzięki temu każdy pacjent ma szansę odpowiednio zareagować i bezpiecznie opuścić budynek.

Jak to zrobić?

Zadbaj, by systemy alarmowe (na przykład pożarowe, zagrożenia gazowego) były wyposażone w sygnały:

- akustyczne (dźwiękowe) – o zmiennej częstotliwości, wyraźnie słyszalne nawet w hałasie,
- wizualne – migające światła w kolorze czerwonym lub niebieskim, widoczne także z poziomu osoby siedzącej,
- informacyjne – komunikaty głosowe zawierające proste instrukcje: na przykład „Kieruj się do wyjścia ewakuacyjnego”, „Uwaga, pożar! Opuść budynek!”,
- wibracyjne (opcjonalnie) – na przykład opaska dla osób głuchych.

Komunikaty głosowe i wizualne muszą występować równolegle.

Komunikaty dźwiękowe powinny być:

- krótkie i jednoznaczne,
- powtarzane co kilka sekund,
- bezpieczne dla osób z nadwrażliwością sensoryczną (nie za głośne i nie za bardzo agresywne).

14.5. Wyposażenie w sprzęt ułatwiający ewakuację

Zapewnij urządzenia ewakuacyjne pozwalające na przemieszczenie się klatkami schodowymi, takie jak maty, krzesła, materace, a także wsparcie personelu przeszkolonego w zakresie obsługi tych urządzeń.

Sprzęt ułatwiający ewakuację:

- **Wózki/krzesła ewakuacyjne** – służą do transportu osób w pozycji siedzącej, umożliwiają bezpieczne przemieszczanie po schodach, zarówno w dół, jak i w górę.
- **Materace ewakuacyjne** – wykorzystywane w przypadku konieczności ewakuacji osób w pozycji leżącej. Sprawdzają się szczególnie tam, gdzie użycie krzesła lub wózka jest niemożliwe albo kłopotliwe (na przykład na bardzo wąskich klatkach schodowych). Rozwiązanie użyteczne dla osób, które nie mogą korzystać z krzesła ewakuacyjnego.

- **Maty ewakuacyjne** - służą do transportu osób w pozycji leżącej, osób leżących, nieprzytomnych lub chorych bezpośrednio z łóżka. Powinna być umieszczona pod materacem i w razie zagrożenia pozwala unieruchomić pacjenta za pomocą pasów. Dzięki temu możliwa jest ewakuacja zarówno w poziomie, jak i po schodach.

Drzwi ewakuacyjne

Wymogi dotyczące drzwi ewakuacyjnych zostały określone w Rozporządzenie Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dział VI. Bezpieczeństwo pożarowe Rozdział 4. Drogi ewakuacyjne paragraf 239 Wymogi techniczne drzwi ewakuacyjnych).

- **Szerokość drzwi a liczba osób:**
 - Szerokość drzwi ewakuacyjnych musi być dostosowana do liczby osób w pomieszczeniu. Przyjmuje się 0,6 m szerokości na każde 100 osób.
 - Drzwi nie mogą być węższe niż:
 - 0,9 m – w większości przypadków,
 - 0,8 m – jeśli z pomieszczenia ewakuują się maksymalnie 3 osoby.

- **Kierunek otwierania drzwi:**

Drzwi ewakuacyjne muszą otwierać się na zewnątrz pomieszczenia, jeżeli:

- istnieje ryzyko wybuchu,
- mogą się tam dostać trujące lub duszące gazy,
- w pomieszczeniu przebywa więcej niż 50 osób,
- w pomieszczeniu jest ponad 6 osób z ograniczoną mobilnością (na przykład na wózkach).

Pomieszczenia zagrożone wybuchem

Wyjścia ewakuacyjne z takich pomieszczeń muszą prowadzić przez przedsionki przeciwpożarowe (specjalne śluzy zabezpieczające przed ogniem i dymem).

Wyjście z budynku

Szerokość drzwi prowadzących z klatki schodowej na zewnątrz musi być co najmniej tak szeroka, jak sama klatka schodowa.

Inne drzwi na drodze ewakuacyjnej

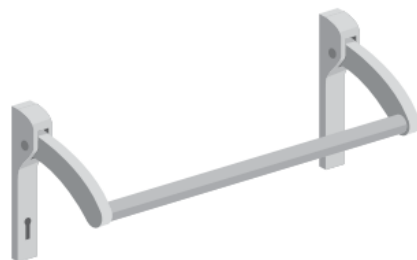
Ich szerokość również wylicza się w zależności od liczby osób (0,6 m na 100 osób).

Minimalna szerokość to zawsze 0,9 m.

Drzwi wejściowe automatyczne:

- powinny być sprzężone z systemem sygnalizacji przeciwpożarowej, powinny otwierać się automatycznie w sytuacji alarmowej i pozostać otwarte,

- wyposażone w elektryczną blokadę przytrzymującą je w pozycji otwartej, jeśli znajdują się na drogach komunikacyjnych (nie do pomieszczeń); w przypadku wybuchu pożaru blokada zwalnia się i drzwi ulegają automatycznemu zamknięciu,
- wyposażone w uchwyty/dźwignie antypaniczne.



Dźwignia antypaniczna.

Źródło: Kamil Kowalski „Włącznik projektowanie bez barier”.

Winda ewakuacyjna to jedyna winda, którą wolno stosować w czasie pożaru, zwykle windy w takiej sytuacji są niebezpieczne i nie mogą być używane.

Szczegółowe wytyczne dotyczące wind ewakuacyjnych określone zostały w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie Dział VI. Bezpieczeństwo pożarowe Rozdział 4. Drogi ewakuacyjne paragraf 253. Dźwig dla ekip ratowniczych.

14.6. Przyciski wezwania pomocy w sytuacji zagrożenia

W sytuacji nagłego zagrożenia lub złego samopoczucia pacjent musi mieć możliwość szybkiego wezwania wsparcia. To szczególnie ważne w gabinetach stomatologicznych, gdzie część osób może być w trakcie zabiegu, pod wpływem stresu albo mieć ograniczoną możliwość komunikacji.

Przyciski należy umieścić w toaletach dostępnych, w gabinetach zabiegowych, w poczekalni.

Parametry techniczne:

- Wysokość montażu: 80 - 110 cm, wolna przestrzeń manewrowa minimum 80 x 120 cm.
- Oznaczenie wizualne: kontrastowy piktogram dzwonka i napis na przykład „Wezwij pomoc” oraz dotykowe.
- Podświetlenie: tak, żeby był widoczny po zmroku.
- Sposób sygnalizacji wezwania:
 - dźwięk: w rejestracji (minimum 70 dB),
 - światło: migająca dioda,
 - komunikat tekstowy: na ekranie (jeśli jest).
- Czas reakcji personelu: do 5 minut.

- Dodatkowe udogodnienie: możliwość przestania sygnału na pager lub aplikację mobilną personelu.

Zapewnij możliwość szybkiego wezwania wsparcia, na przykład przez:

- przycisk przywoławczy,
- aplikację mobilną z przyciskiem ewakuacyjnym,
- zintegrowany system w opasce elektronicznej pacjenta.

14.7. Szkolenia personelu z zakresu ewakuacji osób niepełnosprawnych

Personel gabinetu stomatologicznego powinien być przeszkolony w zakresie ewakuacji osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami. Szkolenia powinny obejmować:

- znajomość technik udzielania pomocy,
- bezpiecznego przemieszczania pacjentów,
- obsługę urządzeń ewakuacyjnych, takich jak krzesła czy maty ewakuacyjne.

Dzięki regularnym ćwiczeniom pracownicy potrafią sprawnie reagować w sytuacjach zagrożenia, zapewniając pacjentom bezpieczeństwo i minimalizując ryzyko paniki.

Osoby wspierające ewakuację

W sytuacji ewakuacji nie każdy pacjent poradzi sobie samodzielnie. Niektóre osoby mogą mieć trudności z poruszaniem się, zrozumieniem komunikatów albo szybkim reagowaniem na sygnały alarmowe.

Wyznacz osoby odpowiedzialne za wspieranie pacjentów i inne osoby w czasie ewakuacji. Przygotuj ich do pełnienia tej roli poprzez szkolenia. Do ich zadań będzie należeć aktywne zgłaszanie się do osób, które mogą potrzebować pomocy podczas ewakuacji (na przykład do osób poruszających się na wózku lub z psem przewodnikiem).

Wyznaczone osoby powinny:

- znać podstawowe znaki w Polskim Języku Migowym (PJM), aby móc porozumieć się z osobami głuchymi,
- potrafić jasno i prostym językiem wytłumaczyć, co się dzieje i jakie działania należy podjąć.

15. Dostępność usług stomatologicznych - perspektywa medyczna

Leczenie pacjenta ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami może być realizowane zarówno w warunkach ambulatoryjnych jak i szpitalnych.

W procesie leczenia szczególnie ważna jest efektywna komunikacja z pacjentem i osobą wspierającą. Dobra komunikacja jest niezbędna do wdrożenia terapii w warunkach gabinetu stomatologicznego. Zadbaj o odpowiednie przygotowanie personelu gabinetu stomatologicznego do obsługi osób ze szczególnymi potrzebami.

Pamiętaj, do każdego z pacjentów należy podchodzić indywidualnie, z poszanowaniem prawa do samostanowienia. Niezbędne jest zapoznanie się z poziomem funkcjonowania osoby oraz informacjami uzyskanymi z wywiadu.

Zwróć uwagę, że mogą występować różnice w obecności zaburzeń stomatologicznych u poszczególnych osób w zależności od współwystępującej choroby ogólnoustrojowej oraz rodzaju i stopnia niepełnosprawności. Często osoby z tą samą jednostką chorobową i/lub stopniem niepełnosprawności mogą funkcjonować w zupełnie inny sposób.

15.1. Podstawowe zasady zachowania i komunikowania się z osobami o szczególnych potrzebach

Personel placówki stomatologicznej ma częsty kontakt z osobami o szczególnych potrzebach, w tym z osobami z niepełnosprawnościami. Możesz mieć wątpliwości w jaki sposób należy odnosić się do tej grupy pacjentów. W kontekście etycznym istotne jest przestrzeganie podmiotowości pacjenta i jego prawa do samostanowienia. Osoby ze szczególnymi potrzebami często pojawiają się w placówce z osobami wspierającymi. Pamiętaj, wszystkie wypowiedzi kieruj bezpośrednio do pacjenta. Bądź uwrażliwiony i otwarty na zaspokojenie indywidualnych jego potrzeb. Zapytaj, czy możesz pomóc i w jaki sposób. Zachowuj się naturalnie, dbając o nienaruszanie przestrzeni osobistej drugiej osoby. Poinformuj pacjenta o dostępnych w placówce udogodnieniach.

Podstawowe zasady zachowania i komunikacji:

- **Osoby z niepełnosprawnością wzroku (niewidome i niedowidzące)**
 - poinformuj osobę o swojej obecności,
 - zaproponuj pomoc, jeśli osoba odmówi, nie nalegaj,
 - mów bezpośrednio do pacjenta, a nie do osoby jej towarzyszącej,
 - unikaj gestów - komunikatów niewerbalnych,
 - nie obawiaj się używać zwrotów związanych z widzeniem na przykład „do widzenia”,
 - w celu doprowadzenia osoby do określonego miejsca, nie łap ją za rękę i nie popychaj, podaj jej ramię, idź pół kroku przed nią,
 - informuj o przeszkodach na drodze,
 - nie dotykaj i nie przestawiaj białej laski,
 - poinformuj osobę o zamiarze odejścia, żeby jej nie zdezorientować.
- **Osoby ze spektrum autyzmu**
 - pamiętaj, brak kontaktu wzrokowego nie oznacza braku zainteresowania,

- bądź cierpliwy i wyrozumiały - nietypowy sposób poruszania się, wykonywanie określonych gestów, specyficzny sposób mówienia działa uspokajająco na osoby ze spektrum autyzmu,
 - zadbaj o przyjazne otoczenie (bez ostrego światła, głośnych lub wysokich dźwięków, ostrych zapachów) – mogą spowodować niepokój, złość, a nawet panikę,
 - używaj prostych i jednoznacznych komunikatów – bez metafor, niedomówień, mogą być dosłownie lub opacznie zrozumiane,
 - wspomagaj mowę gestami i mimiką,
 - stosuj pomoce wizualne: obrazki, schematy, tablice PCS,
 - obserwuj, słuchaj uważnie i daj czas na odpowiedź,
 - bądź otwarty na zaspokojenie nietypowych potrzeb pacjenta.
- **Osoby z chorobami psychicznymi**
 - zachowaj spokój i zadbaj o spokój pacjenta. Osoby z chorobami psychicznymi w sytuacji stresu mogą przejawiać szczególną dezorientację, zachowania kontekstowo niepoprawne, w szczególności zagrażające,
 - zachowaj dystans, nie wykonuj gwałtownych ruchów – zadbaj o to, żeby osoba nie poczuła się zagrożona,
 - bądź cierpliwy i słuchaj aktywnie – obsługa osoby z kryzysem zdrowia psychicznego może potrwać dłużej,
 - mów spokojnie, nie podnoś głosu,
 - używaj prostego języka,
 - unikaj negatywnych określeń typu „nigdy” „nie uda się”, skup się na rozwiązaniu problemu,
 - okaż szacunek – unikaj stygmatyzacji.
- **Osoby z niepełnosprawnością intelektualną**
 - traktuj osobę podmiotowo,
 - zawsze zwracaj się bezpośrednio do pacjenta, a nie do osoby wspierającej,
 - używaj prostego języka, bez abstrakcyjnych i specjalistycznych określeń,
 - używaj krótkich zdań,
 - mów wyraźnie i normalnym tonem,
 - nie infantylizuj wypowiedzi, zwracaj się per Pan/Pani, dostosuj wypowiedź do wieku pacjenta,
 - upewnij się, że osoba zrozumiała komunikat,
 - stosuj pomoce wizualne: obrazki, schematy, tablice PCS,
 - ważne informacje zapisz na kartce,

- nie pozwalaj na skracanie dystansu.
- **Osoby z niepełnosprawnością słuchu i mowy**
 - pamiętaj, właściwe określenie to „głuchy”, a nie „głuchoniemy”,
 - zapytaj, jaką formę komunikacji preferuje pacjent – może to być PJM, czytanie z ruchu warg, pisanie, inny sposób komunikacji,
 - zwracaj się bezpośrednio do osoby, a nie do osoby towarzyszącej, nawet wtedy, gdy towarzyszy jej tłumacz języka migowego,
 - utrzymuj kontakt wzrokowy, nie zasłaniaj ust na przykład масечką,
 - pamiętaj, w trakcie rozmowy nie odwracaj głowy,
 - mów powoli i wyraźnie,
 - nie podnoś głosu i nie krzycz – może to być trudne w odbiorze, szczególnie dla osób noszących aparaty słuchowe,
 - rób przerwy – czytanie z ruchu warg jest męczące,
 - wypowiedzi wspomagaj gestami, mową ciała,
 - bądź cierpliwy, nie kończ zdań za rozmówcę - nawet wtedy, gdy dokończenie wypowiedzi jest trudne dla pacjenta,
 - w przypadku niewyraźnej mowy – poproś o powtórzenie, sparafrazuj wypowiedź pacjenta, żeby upewnić się, że dobrze ją zrozumiałeś,
 - w razie potrzeby zapisuj informacje na kartce, tablecie.
- **Osoby z niepełnosprawnością ruchową**
 - traktuj osobę podmiotowo, zwracaj się zawsze do niej, a nie do asystenta,
 - dostosuj swoją pozycję w taki sposób, żeby utrzymać kontakt wzrokowy z pacjentem, w przypadku rozmowy z osobą na wózku usiądź na krześle lub zrób krok do tyłu,
 - w razie potrzeby udzielenia pomocy, najpierw zapytaj o zgodę,
 - szanuj przestrzeń osobistą osoby, nie dotykaj jej sprzętu ortopedycznego (wózka, kul, chodzika) o ile nie uzyskasz zgody,
 - nie obawiaj się używać zwrotów typu - „chodźmy”, „proszę podejść”.
- **Seniorzy**
 - traktuj osobę podmiotowo,
 - okazuj szacunek i empatię, skoncentruj się na rozmówcy,
 - używaj prostego języka i krótkich zdań,
 - bądź cierpliwy - osoba starsza może potrzebować więcej czasu na sformułowanie wypowiedzi, może potrzebować powtórzenia informacji, która została jej przekazana,

- upewnij się, że osoba zrozumiała komunikat,
- w razie potrzeby zapisz ważne informacje na kartce.
- **Kobiety w ciąży i rodzice z małymi dziećmi**
 - traktuj podmiotowo,
 - pozwól skorzystać z obsługi poza kolejnością,
 - poinformuj o udogodnieniach oferowanych przez placówkę dla tej grupy pacjentów,
 - bądź uważny i otwarty na indywidualne potrzeby,
 - wskaz miejsce, gdzie można odpocząć w oczekiwaniu na wizytę,
 - zadbaj o miejsce dla najmłodszych,
 - udziel bezpośredniego wsparcia w razie potrzeby.

Wsparcie komunikacyjne – narzędzia do komunikacji

Placówka powinna zapewniać pacjentom różne formy wsparcia komunikacyjnego w trakcie wizyty w gabinecie. Ważny jest dostęp do tłumacza Polskiego Języka Migowego (na miejscu lub online), a także do pętli indukcyjnej i innych urządzeń wspomagających słyszenie.

W trakcie wizyty pacjent powinien mieć możliwość korzystania z ekranu, na którym może być dostępny tłumacz PJM online (szczególnie podczas badań i zabiegów).

Podczas korzystania z tłumacza Polskiego Języka Migowego online kluczowe jest odpowiednie ustawienie ekranu. Monitor lub tablet powinien być umieszczony tak, aby pacjent miał go w zasięgu wzroku przez cały czas rozmowy z personelem i podczas wykonywania zabiegu. Ekran należy ustawić na wysokości oczu pacjenta, w miejscu dobrze oświetlonym, ale bez odbłasków, które utrudniają odczytywanie języka migowego. Ważne jest, aby urządzenie było stabilne i umożliwiało płynne przesyłanie obrazu w dobrej jakości. Dzięki temu pacjent może swobodnie śledzić tłumacza i równocześnie utrzymywać kontakt z lekarzem.

Sprzęt diagnostyczny i urządzenia wyświetlające wyniki badań powinny umożliwiać odbiór informacji w alternatywnych formach. Oznacza to, że oprócz standardowej prezentacji graficznej czy tekstowej, pacjent powinien mieć dostęp na przykład do komunikatów audio, powiększonego obrazu lub wersji kontrastowej. Dzięki temu osoby słabowidzące, niewidome czy mające trudności w rozumieniu tekstu drukowanego mogą w pełni zapoznać się z wynikami badań i zaleceniami lekarza.

Ważne jest także zapewnienie kompatybilności systemów komputerowych z czytnikami ekranu, takimi jak na przykład NVDA czy JAWS oraz urządzeniami mobilnymi jak smartfon, które umożliwiają osobom niewidomym samodzielne odczytanie wyników badań, recept czy zaleceń lekarskich.

15.2. Kwalifikacja do leczenia stomatologicznego

Decyzje dotyczące formy w jakiej przeprowadzone zostanie leczenie stomatologiczne (na przykład standardowy gabinet czy leczenie w znieczuleniu ogólnym (w ambulatorium lub w szpitalu) można podjąć dopiero po:

- nawiązaniu kontaktu z pacjentem i osobą wspierającą,
- kompleksowej analizie zebranych informacji na temat zróżnicowanych problemów obecnych u pacjenta, w tym między innymi dotyczącymi obecności przewlekłych chorób ogólnoustrojowych czy zachowania pacjenta,
- dokonaniu oceny adaptacji pacjenta do warunków gabinetu stomatologicznego z uwzględnieniem poziomu jego funkcjonowania, sposobu komunikowania się oraz możliwości wdrażania kolejnych procedur (po uzyskaniu akceptacji z jego strony),
- przeprowadzeniu badania stanu zdrowia jamy ustnej,
- uzyskaniu opinii specjalisty/ów sprawującego/yh opiekę nad pacjentem, na temat możliwości wdrożenia terapii ze względu na ogólny stan zdrowia,
- ewentualnej możliwości wykonania i wykorzystania badań dodatkowych,
- uzyskaniu zgody pacjenta na proponowane leczenie.

Nawiązanie dobrej współpracy z pacjentem warunkuje możliwość przeprowadzenia kolejnych etapów leczenia, w tym także wdrożenie zabiegów profilaktyczno-leczniczych. U części osób ze szczególnymi potrzebami uzyskuje się poziom kooperacji zapewniający taką ewentualność. Stawarza to możliwość leczenia stomatologicznego w warunkach standardowego gabinetu. Ważne jest, aby podczas kolejnych wizyt opiekę nad pacjentem sprawował ten sam zespół profesjonalistów medycznych.

Zabiegi z znieczuleniu ogólnym wiążą się z ryzykiem. Jako pierwsze rozważ inne opcje, takie jak: znieczulenie miejscowe, wspomagające podejście psychologiczne lub sedację świadomą.

15.3. Leczenie stomatologiczne w warunkach ambulatoryjnych

U większości osób z niepełnosprawnościami i/lub przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi możliwe jest przeprowadzenie leczenia stomatologicznego w warunkach standardowego gabinetu.

Należy podkreślić szczególną rolę systematycznych wizyt w gabinecie stomatologicznym. Warto stopniowo przyzwyczajać pacjentów do takich wizyt, aby mogli korzystać z zabiegów profilaktycznych - dzięki temu unikną skomplikowanego leczenia w przyszłości. Regularność wizyt wpływa pozytywnie na adaptację pacjenta i umożliwia leczenie pacjenta ze szczególnymi potrzebami w warunkach ambulatoryjnych, bez konieczności zastosowania bardziej zaawansowanych procedur medycznych.

15.3.1. Wizyty w gabinecie dentystycznym – adaptacja, profilaktyka, opieka wielospecjalistyczna

Intensywne działania z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej powinny zostać wdrożone jeszcze przed narodzinami dziecka. Opieka nad stanem zdrowia jamy ustnej kobiety ciężarnej ma istotne znaczenie dla zachowania zdrowia zębów u jej potomstwa. Niezbędna jest w tym zakresie współpraca lekarzy dentyków z lekarzami będącymi specjalistami w dziedzinie ginekologii oraz pielęgniarkami środowiskowymi i położnymi.

Działania z zakresu profilaktyki stomatologicznej należy kontynuować po narodzinach dziecka zarówno u jego matki jak i niemowlęcia. Pacjent z niepełnosprawnościami i/lub przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi, powinien zostać poddany badaniu przez lekarza dentykę w pierwszych miesiącach życia.

Pamiętaj, opieka stomatologiczna nad pacjentami z niepełnosprawnościami i przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi obejmuje:

- profilaktykę i leczenie próchnicy i chorób przyzębia,
- prewencję i leczenie wad zgryzu oraz terapię nawyków okołoustnych (na przykład ssanie kciuka czy obgryzanie paznokci).

Podczas rutynowych wizyt stomatologicznych, osoby wspierające informowane są o konieczności wdrożenia specjalistycznych działań terapeutycznych. Zezwolą one na poprawę funkcji ustno-twarzowych pacjenta. W większości przypadków leczenie stomatologiczne osób ze szczególnymi potrzebami powinno być wielospecjalistyczne. Konieczne może okazać się wdrożenie procedur z zakresu ortodoncji, fizjoterapii czy logopedii (zgodnie z potrzebami pacjenta).

Dla pacjentów z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki istnieje program ortodontycznej opieki opisany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. Zezwala on na skorzystanie z działań terapeutycznych u specjalisty z dziedziny ortodoncji, na przykład pacjentom z rozszczepami podniebienia, ale także innymi dysfunkcjami.

Adaptacja do gabinetu stomatologicznego u osób z niepełnosprawnościami powinna mieć miejsce już w pierwszym roku życia dziecka. Często wymagane jest odbycie kilku wizyt adaptacyjnych celem zaznajomienia z gabinetem oraz jego personelem. Ich liczba uzależniona jest od indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta. Do celów zaznajomienia pacjenta ze środowiskiem gabinetu, wykorzystaj jego zdolności poznawcze, o które zapytaj osobę wspierającą.

Wizyty adaptacyjne powinny być przeprowadzone u starszych dzieci, młodzieży i osób dorosłych, jeżeli wcześniej nie uzyskano zamierzonego efektu. Działania takie lekarze dentyści czy higienistki dentyckie mogą przeprowadzać także w placówkach nauczania i wychowania, ośrodkach, bądź innych instytucjach, jeżeli istnieje taka konieczność. Zawsze należy uwzględnić szczególne potrzeby pacjenta, na przykład rodzaj dysfunkcji czy konieczność udziału osób wspierających.

Pamiętaj, że u osób z niepełnosprawnościami i przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi może zachodzić potrzeba umawiania częstszych stomatologicznych wizyt kontrolnych. Umożliwią one opanowanie i utrwalenie właściwych nawyków higienicznych i dietetycznych. Systematyczne kontrole wykonywane przez lekarza dentystę pozwalają także na wykrycie zróżnicowanych nieprawidłowości, potencjalnych zależności pomiędzy ogólnym stanem zdrowia organizmu a stanem jamy ustnej. Podczas wizyt określone są potrzeby lecznicze pacjenta oraz dostosowywane metody terapeutyczne. Pacjenci adaptują się do warunków gabinetu i w przyszłości chętniej się do niego zgłaszają.

15.3.2. Rola osób z otoczenia pacjenta

W procesie leczenia osoby ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami, które wymagają wsparcia osoby towarzyszącej, istotną rolę odgrywają osoby z najbliższego otoczenia pacjenta - osoby wspierające. Bardzo ważna jest ścisła współpraca specjalistów opiekujących się osobą z niepełnosprawnościami. Poza osobami wspierającymi w zespole specjalistów opiekujących się osobę mogą być także terapeuci, pracownicy szkół i placówek wychowawczych oraz innych placówek, w których przebywają osoby z niepełnosprawnościami. To oni często dostarczają cennych informacji, na przykład o dolegliwościach bólowych u pacjenta.

Często u osób z niepełnosprawnością intelektualną trudno jest jednoznacznie określić przyczyny zachowań niepoprawnych kontekstowo, takich jak: agresja, autoagresja, pobudzenie psychoruchowe. Dlatego tak istotna jest uważna obserwacja pacjenta przez osoby z najbliższego otoczenia i wiedza na temat jego możliwości intelektualnych, komunikacyjnych, sposobu reagowania i funkcjonowania psychofizycznego. Dzięki temu można odkryć źródło problemu – na przykład przyczynę autoagresji wynikającą z bólu zęba.

Szczególnie ważna jest rola osób wspierających pacjenta w:

- koordynacji współpracy dentysty z innymi specjalistami (na przykład pediatrą, neurologiem, psychiatrą),
- planowaniu wizyt kontrolnych i leczniczych,
- przekazywaniu lekarzowi szczegółowych informacji o stanie zdrowia pacjenta, przebytych chorobach, stosowanych lekach i problemach stomatologicznych (jeżeli pacjent nie jest w stanie sam tych informacji przekazać),
- pomocy w utrzymaniu higieny jamy ustnej - przez nadzorowanie codziennych zabiegów szczotkowania zębów lub osobistym udziale w myciu zębów pacjenta (o ile pacjent nie może tej czynności wykonywać w pełni samodzielnie, w większości przypadków bezpośredni udział osoby wspierającej w szczotkowaniu zębów jest niezbędny),
- dbaniu o właściwą dietę,
- wsparciu w trakcie wizyty u dentysty, daniu możliwości pozawerbalnego zakomunikowania uczucia bólu i wskazania miejsca dyskomfortu, wprowadzenie komunikacji AAC,

- wcześniejszej adaptacji pacjenta do wizyty, zmotywowanie, zastosowanie wzmocnień pozytywnych.

Osoby wspierające mają dużą wiedzę na temat chorób i dysfunkcji oraz o poziomie funkcjonowania pacjenta, dlatego należy uważnie wysłuchać ich uwag.

15.3.3. Procedury diagnostyczne i lecznicze

Aby skutecznie realizować leczenia stomatologiczne w warunkach standardowego gabinetu konieczne jest wdrożenie pewnych modyfikacji, które ułatwią przeprowadzenie procedur terapeutycznych. Może to być na przykład:

- zlecenie zdjęć okołowierzchołkowych i/lub zgryzowych, gdy nie istnieje możliwość wykonania zdjęcia pantomograficznego,
- wykorzystanie odpowiednio dobranego krzesła, umożliwiającego usytuowanie pacjenta w pozycji siedzącej z ustabilizowanymi placami o oparcie, podczas wykonywania zdjęcia pantomograficznego,
- ustawienie pacjenta na wózku równolegle do fotela dentystycznego oraz prowadzenie w ten sposób zabiegów stomatologicznych,
- wykorzystanie specjalnych unitów z odłączanym fotelem, w miejscu którego umieszcza się wózek lub łóżko. Po odpowiednim ułożeniu pacjenta, lekarz ma możliwość wykorzystania wszystkich pozostałych elementów unitu stomatologicznego,
- zastosowanie profesjonalnej platformy, która umożliwia ustawienie pacjenta korzystającego z wózka w odpowiedniej pozycji,
- zastosowanie poduszek do uzyskania odpowiedniej pozycji pacjenta na standardowym fotelu,
- wykorzystanie metod leczniczych uwzględniających dysfunkcje pacjenta, na przykład:
 - zastosowanie atraumatycznego leczenia zachowawczego (ang. Atraumatic Restorative Treatment – metoda ART) podczas leczenia ubytków próchnicowych u osób z nadwrażliwością na wysokie dźwięki czy znaczne obawy przed zastosowaniem instrumentów rotacyjnych,
 - wykorzystanie stałych uzupełnień protetycznych u osób chorujących na padaczkę lub wprowadzenie ruchomych protez zaopatrzonych w bardzo precyzyjnie wykonane klamry lub inne elementy retencyjne (w przypadku protez całkowitych zaleca się zastosowanie płyty metalowej; należy wyeliminować potencjalne ryzyko połamania uzupełnienia oraz jego aspiracji),
 - zastosowanie udogodnień, które ułatwią pracę z pacjentem, na przykład adapterów T-kształtnych, które zezwalają na podłączenie dwóch ślinociągów zapewniających większą efektywność w utrzymaniu suchości pola zabiegowego.

Przy właściwym rozmieszczeniu sprzętu, środków i materiałów stomatologicznych, a także odpowiednim zaangażowaniu personelu gabinetu oraz osób wspierających, zabieg będziesz mógł przeprowadzić bardzo sprawnie i w możliwie krótkim czasie.

Odnotuj w dokumentacji medycznej procedury, które zostają zaplanowane do wykonania podczas kolejnej wizyty. Pozwoli to na przygotowanie niezbędnego sprzętu i materiałów, jeszcze przed wejściem do gabinetu pacjenta ze szczególnymi potrzebami. Skraca to czas wizyty oraz obniża jego stres.

15.3.4. Przygotowanie personelu gabinetu stomatologicznego do terapii osób z niepełnosprawnościami i przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi

Leczenie pacjentów z niepełnosprawnościami oraz przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi wymaga odpowiedniego przygotowania całego personelu gabinetu oraz stałego podnoszenia kwalifikacji przez profesjonalistów medycznych. Kadra zarówno medyczna jak i pomocnicza powinna być przeszkolona z zasad komunikacji z osobami z niepełnosprawnościami. Powinna także znać narzędzia wspierające komunikację i umieć je obsłużyć.

Przed rozpoczęciem terapii konieczne jest także zapoznanie się z literaturą fachową dotyczącą danej jednostki chorobowej - jej objawów ogólnych oraz występujących w jamie ustnej, a także zastosowania możliwych metod i preparatów leczniczych.

Błędem jest zakładanie, że u wszystkich pacjentów, bez względu na niepełnosprawność czy choroby współistniejące, wystarczy standardowe postępowanie. Należy wziąć pod uwagę objawy chorób systemowych i stosowane leczenie farmakologiczne. Pamiętaj, dentysta jest lekarzem pierwszego kontaktu. Na podstawie zmian w jamie ustnej może podejrzewać obecność choroby ogólnej i skierować pacjenta do specjalisty, a w niektórych sytuacjach nawet uratować jemu życie.

16. Leczenie stomatologiczne w warunkach ambulatoryjnych w znieczuleniu ogólnym

Pacjenci ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami często doświadczają barier, które utrudniają korzystanie ze świadczeń stomatologicznych. Napotymane utrudnienia negatywnie odbijają się na zdrowiu jamy ustnej.

16.1. Kwalifikacja do zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym (ZO)

Problemy behawioralne, w tym komunikacyjne oraz niepełnosprawność pacjenta mogą ograniczyć możliwości wykonywania zabiegów stomatologicznych w znieczuleniu miejscowym lub bez, w warunkach ambulatoryjnych. U niektórych pacjentów może być konieczne zastosowanie czynności przygotowawczych do leczenia stomatologicznego. Zaliczamy do nich stosowanie leków uspokajających, interwencji behawioralnych, wsparcia psychologicznego i znieczulenia ogólnego. W Polsce leczenie w ZO jest zabiegiem refundowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Refundacja zabiegu dotyczy

pacjentów dorosłych posiadających orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności oraz dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością (do 16 roku życia), oraz młodzieży pomiędzy 16-18 rokiem życia (dotyczy osób z umiarkowanym i znacznym stopniem niepełnosprawności).

Do zabiegu w znieczuleniu ogólnym kwalifikujemy pacjentów, którzy nie mogą przyjąć rutynowej opieki stomatologicznej. Do takich przypadków zaliczamy między innymi:

Osoby prezentujące zachowanie niepoprawne kontekstowo:

Pacjenci z trudnościami w komunikacji, brakiem współpracy, silnym lękiem przed zabiegami stomatologicznymi lub odruchami wymiotnymi (zachowania kontekstowo niepoprawne szerzej opisano w pkt 15.3.2.)

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną:

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną, w stopniu uniemożliwiającym zrozumienie i współpracę z lekarzem podczas leczenia.

Osoby z niepełnosprawnością ruchową:

Osoby, które mają trudność w utrzymaniu odpowiedniej pozycji w fotelu stomatologicznym lub wykonywaniu poleceń.

Dla wielu pacjentów z niepełnosprawnościami leczenie w znieczuleniu ogólnym to jedyny sposób na zaakceptowanie nawet prostej opieki stomatologicznej. ZO pozwala na jednorazowe wykonanie wielu zabiegów, co jest korzystne dla pacjentów, którzy ze względu na niepełnosprawność nie mogą często odwiedzać gabinetu stomatologicznego. Zabieg leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym musi być starannie rozważony i zarezerwowany wyłącznie dla osób, u których inne formy leczenia zawiodły.

16.2. Przygotowanie do konsultacji lekarskiej

Dobłą praktyką jest umożliwienie umówienia terminu konsultacji lekarskiej do zabiegu w ZO z koordynatorem medycznym placówki. Należy zaproponować co najmniej dwa terminy konsultacji w miesiącu.

Koordynator informuje pacjenta lub osobę wspierającą o rodzaju dokumentacji, którą należy dostarczyć na wizytę konsultacyjną. Są to przede wszystkim:

- wcześniejsze zaświadczenia lekarzy specjalistów, lekarzy rodzinnych,
- wypisy ze szpitali,
- ostatnie wyniki badań diagnostycznych,
- historia leczenia stomatologicznego w innych gabinetach stomatologicznych,
- orzeczenie o niepełnosprawności,
- dokument umocowania przedstawicielstwa prawnego (w przypadku pacjenta ubezwłasnowolnionego),

- opis funkcjonowania psychofizycznego, rodzaj stosowanych wzmocnień, form komunikacji – werbalnych i pozawerbalnych w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną, zachowań nietypowych.

W trakcie rozmowy z pacjentem koordynator powinien uzyskać informację, czy pacjent potrzebuje transportu sanitarnego z miejsca zamieszkania do placówki medycznej. Powinien ewentualnie poinformować pacjenta o warunkach skorzystania z transportu sanitarnego. W trakcie kwalifikacji do ZO mogą się ujawnić także inne potrzeby w zakresie wsparcia osoby ze szczególnymi potrzebami. Koordynator powinien poinformować pacjenta o uprawnieniach w zakresie dostępności oferowanych przez placówkę.

16.3. Konsultacja anestezjologiczna

Lekarz anestezjolog, zgodnie ze standardem postępowania przed udzielaniem świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowanym, przeprowadza badanie. Badanie to ma na celu zakwalifikowanie pacjenta do ZO. Lekarz anestezjolog może zlecić dodatkowe badania i konsultacje niezbędne do zakwalifikowania pacjenta do ZO. Podczas konsultacji kwalifikującej lekarz wypełnia formularz wywiadu ogólnomedycznego. Dobrą praktyką jest udostępnienie pacjentowi formularza do domu w celu jego wypełnienia. Pamiętaj, formularze powinny spełniać warunki dostępności. Dokument zawierający zgodę pacjenta na znieczulenie dołącza się do historii choroby.

Do najczęściej zleczanych badań przed ZO należą badania krwi, które pacjent wykonuje 2-3 dni przed ZO. Koordynator medyczny wspomaga pacjenta w procedurze wykonywania badań diagnostycznych. Odbiera od lekarza anestezjologa skierowanie, przekazuje je pacjentowi lub osobie wspierającej. Jeśli jest taka potrzeba, wskazuje drogę do laboratorium lub pomaga pacjentowi w dotarciu na miejsce. Koordynator medyczny może także odebrać wyniki badań i przekazać je lekarzowi anestezjologowi.

Są sytuacje, kiedy pacjent nie współpracuje z personelem medycznym w trakcie pobierania krwi do badań w ambulatorium diagnostycznym. W takich przypadkach można wdrożyć zmodyfikowaną procedurę wykonania badań diagnostycznych, która umożliwi niemal bezstresowe pobranie krwi. Pod kontrolą anestezjologiczną pacjent przyjmuje lek przeciwlękowy/uspokajający z grupy benzodiazepin. Krew do badań pobiera pielęgniarka anestezjologiczna w dniu zabiegu. Na zmodyfikowaną procedurę wykonania badań diagnostycznych musi wyrazić zgodę lekarz anestezjolog. Nad sprawnym przebiegiem opisanej procedury czuwa koordynator medyczny (uzgadnia z laboratorium wykonanie badań na CITO, odbiera wyniki).

Pacjenta do leczenia stomatologicznego w ZO, kwalifikuje lub dyskwalifikuje specjalista anestezjolog!

Przeciwwskazania do wykonania ZO w warunkach ambulatoryjnych

- Przeciwwskazania bezwzględne:
 - pacjent zakwalifikowany do 3 grupy ASA (American Society of Anesthesiologists) to pacjent ze współistniejącą poważną chorobą układową, której zaawansowanie

nie stwarza zagrożenia dla życia tego pacjenta (na przykład przebyty zawał serca do 3 miesięcy przed planowaną datą znieczulenia ogólnego, nieuregulowana dusznica bolesna, cukrzyca, ciężkie schorzenie układu oddechowego),

- pacjent zakwalifikowany do 4 grupy ASA to pacjent z nasiloną chorobą układową, zagrażającą życiu (na przykład niewydolność nerek, zastoinowa niewydolność krążenia, organiczna wada serca z cechami ostrej niewydolności krążenia, świeżo przebyty zawał mięśnia sercowego, świeżo przebyty udar, niewydolność wątroby, gruczołów dokrewnych).
- Przeciwwskazania względne:
 - menstruacja,
 - ciąża,
 - przewlekłe uzależnienie od alkoholu (zaburzenia krzepnięcia, zapalenie wątroby).

Przed wykonaniem ZO przeprowadź szczegółowy wywiad ogólnomedyczny.

Formularz wywiadu ogólnomedycznego wypełnia pacjent lub osoba wspierająca w warunkach pozwalających na komfortowe jej wypełnienie, z zachowaniem przepisów RODO. Każdy pacjent, co do zasady, powinien mieć możliwość wypełnienia ankiety samodzielnie.

Pacjent i osoba wspierająca, w trakcie wypełniania ankiety powinni mieć możliwość zadawania pytań i uzyskania wyczerpujących odpowiedzi.

Wypełnianie wywiadu ogólnomedycznego - sytuacje szczególne

Osoba niewidoma i niedowidząca

Pacjentowi niewidomemu lub niedowidzącemu udostępnić ankietę w alfabecie Brajla lub czytnik tekstu na mowę dla osób z niepełnosprawnością w obrębie narządu wzroku. Ankietę może także odczytać koordynator medyczny lub osoba wspierająca pacjenta, zaznaczając odpowiedzi pacjenta. Należy umożliwić osobie niewidomej lub niedowidzącej złożenie podpisu na przykład poprzez zastosowanie ramki do złożenia podpisu. Koordynator medyczny lub osoba wspierająca wskazuje miejsce złożenia podpisu poprzez nakierowanie palca pacjenta do miejsca złożenia podpisu. Pacjent może także podpisać się odciskiem palca na elektronicznym urządzeniu. W trakcie przygotowywania dokumentu do podpisu należy informować pacjenta o wykonywanych czynnościach.

Obecność osoby wspierającej, w przypadku wypełniania dokumentów medycznych przez osobę niewidomą lub niedowidzącą jest szczególnie ważna - pełni ona rolę świadka. Jej obecność chroni zarówno pacjenta, jak i personel medyczny. Zapobiega nieporozumieniom pomiędzy pacjentem a personelem, co przeciwdziała także ewentualnym roszczeniom wobec placówki. Świadek powinien być obecny przez cały czas wypełniania ankiety i potwierdzić, że pacjent zrozumiał przekazywane przez personel informacje. Świadkiem nie powinien być pracownik placówki.

Osoby ze szczególnymi potrzebami w komunikacji

Komunikacja, w tym wypełnienie ankiety (wywiadu medycznego) jest szczególnie trudna w odniesieniu do osób, które nie posługują się mową artykułowaną w ogóle lub posiadają znaczne trudności w komunikacji werbalnej. W takiej sytuacji konieczne jest ustalenie preferowanego przez pacjenta sposobu komunikacji. Zapytaj, czy pacjent chciałby komunikować się poprzez pisanie na kartce, gesty albo symbole obrazkowe.

Pacjentom z dysfunkcją w obrębie mowy mogą towarzyszyć także ograniczenia ruchowe. W takiej sytuacji zastosuj:

- proste tablice z ograniczoną liczbą symboli, które pacjent może wskazywać wzrokiem (jeśli nie ma możliwości ruchu ręki),
- urządzenia z detekcją wzroku (eye tracking), które pozwalają na wybór odpowiedzi poprzez skupienie wzroku na określonym znaku na ekranie,
- systemy z partnerem komunikacyjnym (to jest osobą wspierającą), w którym osoba wspomagająca prezentuje kolejno symbole lub pytania, a pacjent sygnalizuje odpowiedź ruchem głowy, dźwiękiem lub spojrzeniem,
- komunikację opartą na kodach, na przykład poruszanie jednym palcem, mrugnięcie okiem albo sygnał dźwiękowy, gdy pojawi się prawidłowa odpowiedź.

Osoby Głuche

Podczas obsługi osoby głuchej zastosuj zasady komunikowania się opisane w rozdziale 15.1.

Zabezpiecz dostępność usługi tłumacza migowego online (taka usługa jest bezpłatna).

W razie potrzeby wykorzystaj rozwiązania techniczne zwiększające dostępność takie jak na przykład: pętle indukcyjne, systemy FM, IR, Bluetooth. Gotowe formularze lub pomoce komunikacyjne, ułatwią komunikację z osobą z niepełnosprawnością w obrębie słuchu i/lub mowy.

Gabinet stomatologiczny, na wniosek pacjenta z niepełnosprawnością słuchu, bez pobierania opłaty, zapewnia tłumacza migowego online.

Można wykorzystać rozwiązania techniczne na przykład pętle indukcyjne, systemy FM, IR, Bluetooth. Gotowe formularze lub pomoce komunikacyjne, ułatwią komunikację z osobą niepełnosprawną w obrębie słuchu i/lub mowy.

Obcokrajowcy - pacjenci z niepełnosprawnością

W przypadku pacjentów z niepełnosprawnościami mówiących w innym języku niż język polski, przy wypełnianiu ankiety (wywiadu ogólnomedycznego) zastosuj następujące zasady:

- proces wypełniania dokumentów medycznych musi być przeprowadzony w języku ojczystym pacjenta,
- wszystkie dokumenty (ankiety) muszą być przetłumaczone na język ojczysty pacjenta lub inny język, którym pacjent się posługuje,
- tłumaczenie musi być wykonane przez tłumacza przysięgłego.

Wykaz dokumentów niezbędnych do potwierdzenia uprawnienia osób z niepełnosprawnościami do określonych świadczeń zdrowotnych znajduje się na stronach NFZ.

16.4. Konsultacja stomatologiczna

Planując leczenie pacjenta z niepełnosprawnościami w trakcie zabiegu ZO bierzemy pod uwagę:

- preferencje i życzenia pacjenta odnośnie do efektu leczenia,
- zdanie osób wspierających pacjenta, takich jak opiekunowie i członkowie rodziny (gdy pacjent nie ma zdolności do podejmowania decyzji) lub gdy pacjent, który ma taką zdolność, wyraża zgodę na ich udział (na przykład prośba o poprawę estetyki zębów pacjenta),
- ocenę sytuacji socjalnej pacjenta, w tym potrzebę wsparcia, którego może potrzebować w przygotowaniu się do leczenia w ramach ZO i rekonwalescencji po takim leczeniu,
- potrzebę transportu sanitarnego.

Badanie kliniczne jamy ustnej powinno odbywać się w dniu badania anestezjologicznego (kwalifikacji do ZO) – unikamy konieczności umawiania kilku wizyt. Wizytę przeprowadza lekarz specjalista. Wizyta odbywa się w warunkach jednoosobowego gabinetu stomatologicznego, w asyście drugiego lekarza specjalisty i higienistki/asystentki stomatologicznej. Wskazana jest obecność osoby wspierającej. Tempo badania powinno być powolne, spokojne, z przerwami na relaks, uspokojenie pacjenta, ewentualną rozmowę. Stosuj delikatne techniki badania. Minimalizuj bodźce dotykowe i dźwiękowe. Komunikację podczas badania dostosuj do możliwości poznawczych pacjenta.

Konsultacja stomatologiczna - sytuacje szczególne

Szczególne wyzwania komunikacyjne i adaptacyjne występują w przypadku konsultacji pacjentów ze spektrum autyzmu, pacjentów z niepełnosprawnością w obrębie wzroku, pacjentów na wózkach, z chorobą otyłościową oraz dzieci.

Osoba ze spektrum autyzmu

Planując konsultację z pacjentem ze spektrum autyzmu wykorzystaj poniższe rekomendacje:

- wykorzystaj zasady komunikowania się z osobą ze spektrum autyzmu opisane w rozdziale 15.1.,
- przed wizytą pacjenta ze spektrum autyzmu (ASD), w szczególności z niepełnosprawnością intelektualną lub/i ze znacznymi zaburzeniami na poziomie funkcjonowania zmysłów, możliwymi zachowaniami kontekstowo niepoprawnymi, zwłaszcza zagrażającymi, rozważ organizację spotkania (stacjonarnego lub online) z osobami wspierającymi pacjenta. Będziesz mógł omówić szczegóły wizyty, a personel gabinetu będzie miał możliwość zapoznania się ze szczególnymi potrzebami pacjenta rprzed wizytą kwalifikującą do ZO warto zorganizować wizytę adaptacyjną mającą na celu zapoznanie pacjenta z personelem i otoczeniem gabinetu,

- zaplanuj wizytę w godzinach porannych, kiedy pacjent nie czuje się zmęczony całym dniem aktywności; ponadto w godzinach porannych w gabinecie jest stosunkowo cicho, a poczekalnia jest pusta,
- dobrą praktyką jest umawianie pacjenta ze spektrum autyzmu jako pierwszego w danym dniu,
- zaplanuj dłuższy czas wizyty (z uwagi na indywidualne potrzeby i trudności w leczeniu pacjenta ze spektrum autyzmu),
- unikaj opóźnień w rozpoczęciu wizyty (pacjent nie powinien oczekiwać na wizytę dłużej niż 15 minut),
- pozwól pacjentowi na oczekiwanie na wizytę w wybranym przez niego miejscu, na przykład w samochodzie (bodźce z otoczenia: kolor, zapach, dźwięk mogą przyczynić się do wzrostu niepokoju pacjenta i uniemożliwić badanie),
- obecność osoby wspierającej podczas badania jest wysoce wskazana,
- zminimalizuj rozpraszające bodźce wzrokowe w zakresie widzenia peryferycznego,
- badanie błony śluzowej jamy ustnej pacjenta wykonaj delikatnie (nieprzestrzeganie tej zasady może wzbudzić stan emocjonalny określany jako BIMS (ang. burnout-inertia-meltdown-shutdown), czyli pobudzenie lub wycofanie i zamrożenie; w takich sytuacjach niezbędna będzie pomoc osoby wspierającej),
- jeżeli pacjent zgłasza się do gabinetu po raz kolejny, zadbaj o niezmienny skład personelu (warto też stosować techniki pozytywnego wzmacniania, na przykład poprzez odtwarzanie interesujących pacjenta filmów, rytmicznej muzyki, udostępnienie zabawek terapeutycznych),
- celowe jest stopniowe osvajanie pacjenta z procedurą badania, pokazywanie narzędzi, demonstracja na modelu lub palcu pacjenta (technika tell, show, do, desensytyzacja),
- informowanie o kolejnych krokach podczas wizyty,
- pomocne jest odwracanie uwagi od bodźców wywołujących ból (zastosuj metody terapeutycznego nacisku: kamizelki, koce obciążające, masaż uciskowy rąk i nóg),
- wprowadzenie tablicy komunikacyjnej zawierającej plan wizyty,
- zastosowanie nagrody – wzmocnienia pozytywnego zgodnie z indywidualnym systemem wzmocnień pacjenta.

Osoba z niepełnosprawnością wzroku

W celu przeprowadzenia konsultacji stomatologicznej z udziałem osoby z niewidomą lub niedowidzącą zastosuj poniższe rekomendacje:

- na początku wizyty zapoznaj pacjenta z gabinetem, opisując obrazowo co się w nim znajduje,
- nie używaj sformułowań typu “proszę usiąść tutaj”, czy “widział Pan/Pani”,

- każdą czynność zapowiedz z odpowiednim wyprzedzeniem, aby uniknąć wystraszenia pacjenta,
- dobrą praktyką jest umożliwienie osobie niewidomej lub niedowidzącej dotknięcia narzędzi, które będą używane w trakcie wizyty,
- unikaj kierowania jaskrawego oświetlenia z lampy unitu bezpośrednio w oczy pacjenta (światło lampy może wzbudzić agresję; może być przyczyną ataku padaczki; w celu ochrony wzroku, użyj jednorazowej opaski zacieniającej),
- w trakcie badania dostosuj pozycję pacjenta na fotelu (leżąca, półleżąca, siedząca); w celu poprawy komfortu i bezpieczeństwa badania można wykorzystać poduszki, wałki, stabilizatory.

Pacjent na wózku

W przypadku pacjenta na wózku, jeśli nie istnieje możliwość przesadzenia pacjenta na fotel unitu stomatologicznego, przydatny może być unit mobilny lub unit z przesuwającym fotelem stomatologicznym. Badanie może być również wykonane z wykorzystaniem przenośnika wózka. Niektóre standardowe unity stomatologiczne pozwalają na prostą zmianę pozycji fotela, pulpitu i lampy zabiegowej.

Pacjent z chorobą otyłościową

Standardowe unity stomatologiczne dostosowane są dla pacjentów o maksymalnej wadze 140 - 190 kg. Przyjmując pacjentów z niepełnosprawnościami z towarzyszącą chorobą otyłościową rozważyć należy zakup fotela ponadstandardowego. Fotel taki ma większy udźwig masy ciała.

Dzieci

W przypadku dzieci uwzględnij następujące zasady:

- zachowuj szczególną ostrożność ze względu na ryzyko wykonywania przez dzieci gwałtownych, nieprzewidywalnych ruchów,
- w razie konieczności i przy współpracy, i za zgodą opiekunów rozważ techniki unieruchomienia lub zastosować koce obciążeniowe,
- u pacjentów wysoko wrażliwych wykonaj jako pierwsze badanie palpacyjne, dopiero w dalszej kolejności, za zgodą pacjenta, używaj narzędzi diagnostycznych,
- narzędzia stomatologiczne umieść poza zasięgiem wzroku pacjenta,
- narzędzia typu: lusterko, zgłębnik, sondy ogrzej do temperatury ciała.

W przypadku pacjenta współpracującego wykonujemy badanie żywotności miazgi zębów, które w ocenie lekarza są zębami o niepewnym rokowaniu. Szczegółowa dokumentacja stanu jamy ustnej wzbogacamy o fotodokumentację (jeśli pacjent wyraża zgodę i współpracuje).

Uzupełnienie badania klinicznego – badanie radiologiczne

Badanie kliniczne powinno być uzupełnione badaniem radiologicznym. Wykonujemy zdjęcia pantomograficzne metodą radiowizjografii cyfrowej (redukcja ekspozycji na promieniowanie, szybki obraz, możliwość powiększenia i obróbki obrazu). Zlecamy zdjęcia cefalometryczne, skrzydłowo-zgryzowe oraz zębowe.

Technik radiolog powinien dostosować pozycję pacjenta podczas wykonywania zdjęć RTG (siedząca, na wózku - jeśli możliwe). Wykorzystujemy stabilizatory utrzymujące pacjenta w odpowiedniej pozycji.

W przypadku pacjenta z ograniczoną możliwością do podejmowania współdziałania lub pacjenta ze względu na stan zdrowia bez możliwości fizycznego współdziałania, należy odnotować przyczynę braku wstępnej dokumentacji radiologicznej. W takiej jednak sytuacji wykonujemy podczas zabiegu zdjęcia zębowe metodą radiowizjografii cyfrowej.

Po analizie diagramu i wykonanych zdjęć lekarze podejmują decyzję o zakwalifikowaniu pacjenta do zabiegu. Lekarze planują przebieg/etapy zabiegu i odnotowują te dane w dokumentacji pacjenta. Ważnym aspektem jest rozmowa z pacjentem i jego osobami wspierającymi, przedstawienie planu leczenia i wytłumaczenie potrzeby wykonania określonych procedur medycznych. Jeśli jest taka potrzeba, zapewnij pacjentowi wsparcie komunikacyjne zgodne z jego potrzebami. Pomocne są ryciny, filmy, książki. W trakcie wizyty kwalifikującej należy przeprowadzić rozmowę dotyczącą nawyków dietetycznych pacjenta, jak również przedstawić zalecenia uwzględniając dietę przeciwpróchnicową i przeciwzapalną.

Zalecenia przedzabiegowe

Pamiętaj o dostępnej formie przekazania zaleceń przedzabiegowych.

W szczególności poinformuj pacjenta o:

- istotności i konieczności prawidłowej techniki higieny jamy ustnej na przykład:
 - w przypadku stanów zapalnych dziąseł, kilkudniowe płukanie lub przecieranie dziąseł roztworami chlorheksydyny może w dużym stopniu ułatwić operatorom leczenie zachowawcze zębów,
 - poprzez eliminację flory patogennej przyspieszać gojenie ran poekstrakcyjnych, co poprawia komfort i jakość życia pacjenta,
- konieczności zgłoszenia się na ustaloną datę wizyty i godzinę w obecności opiekuna prawnego/faktycznego,
- zasadach dotyczących jedzenia i picia - konieczności bycia na czczo - możliwe jest picie do 200 ml wody do 2 godzin przed zabiegiem,
- konieczności zaprzestania palenia i picia alkoholu przynajmniej 24 godziny przed zabiegiem i w zależności od zakresu zabiegu, również po nim,
- jeśli lekarz anestezjolog nie zdecyduje inaczej, pacjent przed zabiegiem przyjmuje wszystkie leki zgodnie z zaleceniami lekarzy prowadzących,

- u pacjentów immunoniekompetyentnych, w przypadkach ekstrakcji zębów zatrzymanych, zębów, których korzenie tkwią w zatoce szczękowej lub mnogie ekstrakcje, zaleca się stosowanie profilaktyki antybiotykowej (antybiotyki można zastosować dopiero po uzyskaniu opinii lekarza prowadzącego chorobę podstawową),
- możliwości odwołania zabiegu w znieczuleniu ogólnym po analizie wyników badań diagnostycznych (decyzja lekarza anestezjologa) lub zaleceniach lekarzy, do których pacjent został skierowany na konsultację,
- możliwości odwołania zabiegu, jeśli pacjent zgłosi się na zabieg z infekcją lub po spożyciu jakiegokolwiek formy pożywienia.

Z innych zaleceń przekazywanych pacjentowi należy wymienić wygodny, niekrępujący pacjenta ubiór, ciepłe skarpety, brak makijażu i lakieru na paznokciach. Pacjent musi być pouczony o konieczności usunięcia soczewek kontaktowych i ruchomych protez zębowych.

Nie okazuj zdziwienia, że dorosły niepełnosprawny intelektualnie pacjent przyszedł na wizytę z ulubioną maskotką. Ulubiony przedmiot pacjenta może pozostać przy pacjencie do momentu podania znieczulenia i tuż przed odzyskaniem przez pacjenta świadomości.

16.5. Zgoda na leczenie

Wyrażenie zgody na procedurę medyczną jest jednym z najważniejszych praw pacjenta.

Prawo to wynika z zapisów:

- Konstytucji RP (artykuły: 30,38, 39, 41 i 47, 68 ust. 1),
- ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (rozdział 5),
- ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (artykuł 32 i następne),
- ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (artykuł 192),
- Kodeksu Etyki Lekarskiej (artykuł. 14 ust. 1, artykuł 16).

Wyrażenie zgody przez pacjenta na wykonanie czynności medycznej jest warunkiem legalności procedury leczniczej. Wyrażona zgoda musi być prawnie skuteczna. Aby ten stan osiągnąć, pacjent przed udzieleniem zgody na czynność medyczną musi zostać poinformowany odnośnie do wszystkich aspektów procedury leczniczej. Informację tę musi uzyskać w sposób zrozumiały i czytelny. Pacjent musi przed wyrażeniem lub odmową zgody na leczenie uzyskać informacje, których zakres został wskazany w artykule 9 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz artykule 31 ust. 1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Informacje te dotyczą stanu zdrowia, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia i rokowaniu. Dobrym zwyczajem jest udostępnienie pacjentowi formularza zgody do domu.

Wymagany zakres danych niezbędnych do wyrażenia zgody na leczenie określa załącznik nr 3 do Standardu.

Przygotowanie pacjenta do wyrażenia zgody na leczenie

W celu informowania pacjentów na temat rodzaju procedur medycznych planowanych podczas zabiegu należy wykorzystać rysunki/foldery/ulotki/opisy procedur napisane w prostym języku. Można odesłać pacjenta także na stronę internetową placówki (gdzie powinny zostać udostępnione filmy instruktażowe i materiały edukacyjne). Udostępniaj pacjentom informatory z rysunkami przedstawiającymi różne stopnie zaawansowania choroby próchnicowej/choroby przyzębia ze wskazaniem możliwości terapeutyczno-leczniczej na danym etapie rozwoju choroby. Informacje udostępniane na stronie placówki lub przekazywane pacjentom muszą spełniać warunki dostępności.

Zgody nie można uznać za wyrażoną w sposób poprawny, jeśli jej udzielenie nie było poprzedzone udzieleniem informacji, które są wymagane w obowiązujących przepisach prawa. Pacjent, podpisując zgodę na leczenie, musi być świadomy swojej sytuacji zdrowotnej i zdawać sobie sprawę z następstw proponowanych mu zabiegów medycznych. Informacje muszą być przekazywane w sposób dostosowany do potrzeb komunikacyjnych każdego pacjenta. Dobór słownictwa i języka komunikacji jest szczególnie ważny w sytuacji odbierania zgody od pacjentów z otępieniem umiarkowanym lub ciężkim, z zaburzeniami świadomości, ubezwłasnowolnionych częściowo lub całkowicie. Dotyczy to również dzieci poniżej 16 roku życia. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej informacji udzielić także przedstawicielowi ustawowemu, opiekunowi faktycznemu, osobie bliskiej (do drugiego stopnia pokrewieństwa) lub wskazanej przez pacjenta.

Obecność osoby wspierającej

Uzgodnij z pacjentem, czy wyraża zgodę na obecność osoby wspierającej w procesie udzielania zgody na leczenie. W przypadku pacjenta z niepełnosprawnością fizyczną lub sensoryczną możemy zadać proste pytanie (czy życzy Pani/Pan sobie obecności osoby bliskiej?). W sytuacji pacjenta ze znacznym stopniem niepełnosprawności intelektualnej obserwuj relacje pacjenta i jego opiekuna. Oceń, co będzie bardziej korzystne dla dobra pacjenta.

Warunki zewnętrzne w procesie udzielania zgody na leczenie

Pomieszczenie, w którym odbywa się rozmowa poprzedzająca podpisanie zgody powinno gwarantować zachowanie prywatności, godności i poufności (RODO). Rozmowa nie powinna odbywać się na korytarzu, w obecności osób postronnych, na udział których pacjent nie wyraził zgody. Pomieszczenie powinno być wyposażone w elementy poprawiające dostępność na przykład w pętlę indukcyjną, odpowiednie przestrzenie manewrowe, dostęp do usługi tłumacza języka migowego.

Sposób i zakres przekazywanej informacji na temat procesu leczenia

Prawo do uzyskania pełnych informacji, przed wyrażeniem zgody na leczenie, przysługuje osobie pełnoletniej i małoletniej, która ukończyła 16 rok życia. Pacjent małoletni, poniżej 16 roku życia, ma prawo do uzyskania informacji w zakresie i formie przystępnej i wymaganej do prawidłowego przeprowadzenia procesu medycznego.

Informacja powinna być dostosowana do poziomu zdolności poznawczych pacjenta. Poinformuj pacjenta o stanie zdrowia jego jamy ustnej. Omów proponowane zabiegi lecznicze. Wskaż zabiegi alternatywne zgodnie z wiedzą i sztuką lekarską. Poinformuj o konsekwencjach niewykonania procedur medycznych, na które pacjent nie wyrazi zgody. Zachęć pacjenta do zadawania pytań i wyjaśnij zgłaszane wątpliwości. Pamiętaj, to na osobach odbierających zgodę od pacjenta spoczywa obowiązek oceny zdolności pacjenta do wyrażenia zgody. Jeśli w Twoim odczuciu istnieją przesłanki (na przykład wynikające ze znacznego stopnia niepełnosprawności intelektualnej, z reakcji sytuacyjnych typu: pobudzenie, lęk, panika, wycofanie), które nie pozwalają na wyrażenie zgody przez pacjenta, to taką sytuację należy odnotować w dokumentacji medycznej. Należy wtedy zastosować przepisy prawa odnoszące się do udzielenia zgody zastępczej.

Pacjent może cofnąć zgodę na każdym etapie leczenia.

Należy poinformować pacjenta o możliwej śródzabiegowej zmianie procedur leczniczych. Jest to tak zwane rozszerzenie pola operacyjnego. Zmiana taka wynikać może z nieprzewidzianych okoliczności, które wystąpią w trakcie zabiegu.

Forma wyrażenia zgody na leczenie

Zgoda wyrażona przez pacjenta na leczenie stomatologiczne może być wyrażona w każdej formie:

- ustnej (artykuł 17 ust 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku),
- zgody konkludentnej (dorozumianej) - każde zachowanie pacjenta, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wyrażenie zgody na procedury medyczne (artykuł 17 ust 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku),
- w formie pisemnej - wymagana przy zabiegu w znieczuleniu ogólnym, przed zabiegami chirurgii stomatologicznej czy szczękowo-twarzowej, implantologii, protetyki (artykuł 18 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku). Zgodnie z interpretacją Rzecznika Praw Pacjenta podpis nie stanowi najważniejszego aspektu wyrażenia zgody na leczenie. Niedochowanie formy pisemnej nie powoduje nieważności wydanej zgody.

Sytuacje, kiedy pacjent nie może wyrazić zgody samodzielnie

Szczególnie skomplikowana jest problematyka złożenia zgody przez osobę małoletnią, która ukończyła 16 rok życia, osobę chorą psychicznie i osobę w pełni ubezwłasnowolnioną.

W przepisach nie uregulowano kwestii związanych z powołaniem przez pacjenta pełnomocnika, w przypadku osoby, która utraciła zdolności poznawcze i respektowanie testamentów życia. Testament życia to tak zwane oświadczenie medyczne *pro futuro*, w którym pacjent wyznacza, na jakie czynności lecznicze nie wyraża zgody, w sytuacji utraty zdolności do samodecydowania. Zasadność uwzględniania testamentu życia potwierdził wyrok Sądu Najwyższego.

Status prawny osoby z niepełnosprawnością intelektualną

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają trudności w realizowaniu swoich konstytucyjnych praw i wolności. W Polsce od 2012 roku obowiązuje Konwencja Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych. Zapisy tej konwencji nie pozwalają na ograniczanie i pozbawianie osób z niepełnosprawnościami zdolności prawnej i zdolności do czynności prawnych - to prawo do samodzielnego decydowania o swojej sytuacji prawnej poprzez dokonywanie czynności. Zdolność do czynności prawnych może być: pełna (osoby pełnoletnie), ograniczona (osoby ubezwłasnowolnione częściowe, osoby małoletnie do lat 13). Brak zdolności do czynności prawnych dotyczy osób małoletnich poniżej lat 13 oraz osób ubezwłasnowolnionych całkowicie).

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną z pełną zdolnością do czynności prawnych

Pacjent z niepełnosprawnością intelektualną po ukończeniu 18 roku życia nabywa pełną zdolność do czynności prawnych. Z chwilą osiągnięcia pełnoletności takiej osoby, rodzic bądź opiekun prawny staje się jej opiekunem faktycznym.

Uprawnienia opiekuna faktycznego

Uprawnienia opiekuna faktycznego są ważne w sytuacji braku opiekuna prawnego.

Opiekun faktyczny ma prawo do informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych. Może również uzyskać informację od lekarza o zamiarze odstąpienia od dalszego leczenia pacjenta. Może wyrazić zgodę na badanie pacjenta, jeśli pacjentowi nie towarzyszy opiekun prawny (dotyczy pacjentów małoletnich oraz niezdolnych do samodzielnego wyrażenia zgody). Jeżeli pacjent taki nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z nim jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

Jeśli lekarz nie wyrazi sprzeciwu, opiekun faktyczny może być obecny przy udzielaniu świadczeń medycznych. Zgoda opiekuna faktycznego (jeśli pacjent nie może wyrazić jej sam), jest niezbędna, jeśli przy udzielaniu świadczeń mają być obecne osoby trzecie. W takiej sytuacji niezbędna jest zgoda także personelu medycznego.

Opiekun faktyczny nie może wyrazić zgody na leczenie i na zabiegi o podwyższonym ryzyku.

Nie ma prawa do wglądu w dokumentację medyczną, chyba że zostanie upoważniony przez pacjenta.

Osoba niepełnosprawna intelektualnie, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych sama wydaje zgodę na leczenie. Może jednak potrzebować wsparcia w zrozumieniu sytuacji w jakiej się znalazła. Osoby takie mogą liczyć na dwie formy wsparcia: kuratora dla osoby niepełnosprawnej i pełnomocnika.

Kurator

Rola kuratora ustanowionego dla osoby niepełnosprawnej na podstawie artykułu 183 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego polega przede wszystkim na niesieniu pomocy osobie niepełnosprawnej, która zachowuje pełną zdolność do czynności prawnych. Zakres

uprawnień takiego kuratora ogranicza się do czynności faktycznych, a nie prawnych. Kurator może natomiast dokonywać czynności prawnych w imieniu osoby niepełnosprawnej, jeżeli osoba ta udzieli mu stosownego pełnomocnictwa. Kurator taki, co do zasady, nie podejmuje decyzji, a jedynie ułatwia załatwienie spraw przez osobę niepełnosprawną ze względu na powstające z powodu niepełnosprawności trudności natury faktycznej. Nie ma on upoważnienia do reprezentowania osoby, ani też do wyrażania zgody na podejmowanie przez nią czynności prawnych. Szczegółowy zakres obowiązków i uprawnień kuratora określa sąd opiekuńczy w wydanym postanowieniu. Może zdarzyć się, że postanowienie to będzie upoważniać kuratora do podejmowania czynności z zakresu sfery prawnej osoby niepełnosprawnej. Jeśli kurator nie został wyraźnie umocowany przez sąd do wyrażania zgody na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych na rzecz podopiecznego, to może wyrazić zgodę jedynie na badania lekarskie i to tylko wówczas, gdy jest jednocześnie jego opiekunem faktycznym. Sąd uchyla kuratelę na żądanie osoby, dla której została ustanowiona.

Pełnomocnik

W odróżnieniu od kuratora dla osoby niepełnosprawnej, pełnomocnik posiadając upoważnienie, może dokonywać czynności prawnych w imieniu swojego mocodawcy. Osoba z niepełnosprawnością, która wyznacza swojego pełnomocnika nie traci zdolności do czynności prawnych. Może również sama podejmować czynności, także te, do których upoważniła pełnomocnika.

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną z ograniczoną zdolnością do czynności prawnych

Obok małoletnich, którzy ukończyli lat 13, osobami z ograniczoną zdolnością do czynności prawnych są osoby ubezwłasnowolnione częściowo. Zgodnie z artykułem 16 Kodeksu cywilnego przesłanką do ubezwłasnowolnienia częściowego jest – „choroba psychiczna, niepełnosprawność intelektualna albo innego rodzaju zaburzenia psychiczne, w szczególności pijaństwo lub narkomania, jeżeli stan tej osoby nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, lecz potrzebna jest pomoc do prowadzenia jej spraw”.

Sąd rodzinny w przypadku takiej osoby ustanawia kuratora. Jest to najczęściej członek rodziny. Osoba ubezwłasnowolniona częściowo ma prawo do dokonywania czynności prawnych, po uzyskaniu zgody kuratora.

Udzielenie świadczenia medycznego w przypadku osób ubezwłasnowolnionych częściowo uzależnione jest od wyrażenia zgody przez pacjenta i kuratora – zgoda kumulatywna. Zgodę na badanie może wyrazić także opiekun faktyczny.

Zezwolenie sądu opiekuńczego jest wymagane, przy:

- braku wyznaczonego kuratora,
- braku kontaktu z kuratorem,
- braku zgody pacjenta lub kuratora na proponowane leczenie.

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną bez zdolności do czynności prawnych.

Ubezważnowolnienie całkowite to całkowite pozbawienie osoby do czynności prawnych. Sąd rodzinny w przypadku takiej osoby ustanawia kuratora (opiekuna prawnego). Kuratorem jest najczęściej członek najbliższej rodziny. Osoba ubezwłasnowolniona całkowicie nie może dokonywać żadnych czynności prawnych. W imieniu pacjenta działa zawsze opiekun prawny. Opiekun nie musi konsultować swoich decyzji z osobą ubezwłasnowolnioną. Opiekun prawny może podejmować decyzje, z którymi podopieczny się nie zgadza - zgoda zastępcza. Osoby ubezwłasnowolnione całkowicie mogą wyrażać zgodę na wykonanie badania. Pacjenci ci nie mają zdolności do wyrażania zgody na inne czynności medyczne.

Uzyskiwanie zgody na leczenie stomatologiczne osoby małoletniej, która ukończyła 16 lat

Dzieci, które ukończyły 16 rok życia, a nie ukończyły 18 roku życia muszą wyrazić zgodę na udział w leczeniu. W takich przypadkach potrzebna jest zgoda zarówno przedstawiciela prawnego, jak i pacjenta. Zgoda tych osób może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez zachowanie, które bez wątpliwości pokazuje zgodę na wykonanie proponowanych przez lekarza czynności medycznych. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego i opiekuna faktycznego, albo gdy kontakt z tymi osobami jest niemożliwy, lekarz – po przeprowadzeniu badania dziecka – może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych wyłącznie po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że przepisy ustawy stanowią inaczej (art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty). Badanie lub leczenie stomatologiczne bez zgody pacjenta jest dopuszczalne w sytuacji, gdy wymaga on pilnej interwencji medycznej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o podjęciu czynności medycznych bez zgody pacjenta lekarz powinien skonsultować z innym specjalistą, a fakt ten odnotować w dokumentacji medycznej.

Gdy pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, dysponujący dostatecznym rozeznanie, nie wyraża zgody na czynności medyczne, to oprócz zgody jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego potrzebna jest zgoda sądu opiekuńczego. Zgoda sądu wymagana jest w sytuacji, gdy pacjent małoletni i jego opiekunowie nie wyrażają zgody na proponowane czynności medyczne, a dobro pacjenta ich wymaga. Brak zgody tych osób może być wyrażony ustnie albo poprzez zachowanie, które wskazuje brak zgody na wykonanie proponowanych przez lekarza czynności medycznych.

Jeżeli rodzice małoletniego pacjenta są rozwiedzeni, ale zachowują pełnię praw rodzicielskich to decydują wspólnie. W sytuacji braku porozumienia pomiędzy nimi zgodę na leczenie lub jej odmowę wyraża sąd opiekuńczy.

Jeżeli z jednym z rodziców nie ma kontaktu, ale zachowuje on pełnię praw rodzicielskich, to nadal potrzebna jest zgoda obu rodziców.

Jeżeli rodzice zostali pozbawieni praw rodzicielskich, to zgodę na badanie i leczenie wydaje opiekun prawny, ustanowiony przez sąd.

Jeżeli jeden z rodziców został pozbawiony praw rodzicielskich lub prawa do współdecydowania o sprawach istotnych dla małoletniego dziecka, zgodę wyraża rodzic, który zachował pełnię praw rodzicielskich.

Jeżeli jeden z rodziców ma ograniczoną władzę rodzicielską, ale zachowuje prawo do współdecydowania o sprawach istotnych dla małoletniego dziecka, to wymagana jest zgoda obojga rodziców. W sytuacji braku porozumienia pomiędzy rodzicami możliwe jest zaangażowanie sądu opiekuńczego.

Gdy oboje rodzice mają ograniczoną władzę rodzicielską, z zachowaniem prawa do współdecydowania o istotnych kwestiach dla dziecka, to potrzeba zgody sądu opiekuńczego zależy od treści wyroku ograniczającego prawa rodzicielskie.

Jeżeli dziecko przebywa w domu dziecka, to należy wziąć pod uwagę, że pracownik domu dziecka nie zawsze jest opiekunem prawnym dziecka. Może być uznany za opiekuna faktycznego. Ustanowienie opiekuna prawnego wydawane jest przez sąd opiekuńczy w odrębnym postanowieniu.

Rodzice mogą wyrazić swoją zgodę na zabieg niejednocześnie- jeden w domu, a drugi bezpośrednio w gabinecie.

Do sądu opiekuńczego zwracają się albo lekarze, albo matka, albo ojciec dziecka.

Kary za udzielanie świadczeń bez zgody pacjenta.

Lekarz, który podejmie się leczenia stomatologicznego pacjenta bez uzyskania stosownej zgody i w określonych sytuacjach, podlega odpowiedzialności karnej. Są to następujące zdarzenia: leczenie wbrew wyraźnemu sprzeciwowi pacjenta (chyba że zachodzi jedna z sytuacji dozwolonego leczenia przymusowego); procedury medyczne, na które pacjent nie wyraził zgody (chyba, że zachodzi sytuacja z artykułów 33 i 34, ust 6 i 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty); zabieg wykonany z przekroczeniem zakresu, na który wydana została zgoda (chyba, że zachodzi sytuacja z artykułu 35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty); leczenie podjęte na podstawie nieprawidłowo wydanej zgody. W świetle artykułu 192 kodeksu karnego wykonanie zabiegu leczniczego bez wymaganej zgody pacjenta jest przestępstwem zagrożonym karą grzywny, ograniczenia wolności lub karą pozbawienia wolności do 2 lat.

Praktyki niewłaściwe

Niewłaściwe jest stosowanie oświadczeń bez dokładnego sprecyzowania, co tak naprawdę jest przedmiotem zgody. Nie należy stosować zapisów, które mogłyby sugerować zgodę pacjenta na każdy zaproponowany zabieg medyczny.

Wydanie dokumentacji medycznej

Wydanie dokumentacji medycznej reguluje ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Pacjent ma prawo uzyskać dokumenty uwzględniające wymogi dostępności, niezależnie od formy: drukowanej czy elektronicznej.

16.6. Przebieg zabiegu

Na etapie wprowadzenia i wybudzenia zabezpiecz możliwość skorzystania z urządzeń z których na co dzień korzysta pacjent, które wspierają jego samodzielność (na przykład okulary, aparat słuchowy, protezy kończyn). Zezwól także na obecność osoby wspierającej.

W zabiegu biorą udział dwa zespoły: stomatologiczny i anestezjologiczny.

ZO przebiega w kilku etapach:

- Premedykacja farmakologiczna (podanie leków).
- Premedykacja może być pomocna w ułatwieniu współpracy z pacjentem, szczególnie u osób z lękiem, trudnościami poznawczymi lub z autyzmem.
- W przypadkach, gdy doustna premedykacja nie jest skuteczna, można rozważyć sedację dożylną jako etap przejściowy przed ZO (na przykład w sytuacji braku współpracy z pacjentem).
- Wprowadzenie - okres od momentu rozpoczęcia podawania anestetyku do uśnięcia pacjenta. W trakcie dwóch pierwszych etapów ZO pacjentowi może, za zgodą lekarza anestezjologa, towarzyszyć osoba wspierająca. Pacjent będzie czuł się spokojniejszy będąc w pobliżu osoby, którą zna.
- Podtrzymanie - to podawanie kolejnych dawek leków znieczulających, przeciwbólowych i rozluźniających.
- Wybudzenie pacjenta po zabiegu - następuje po zakończonych procedurach leczniczych na drodze zmniejszania/zaprzestania podawania leków stosowanych we wcześniejszych etapach ZO. Pacjent wybudzany po zabiegu powinien być monitorowany przez zespół anestezjologiczny.

Pamiętaj, że Ustawa o prawie pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w artykule 21 zawiera następujący zapis „Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej”.

Zespół stomatologiczny

W skład zespołu oprócz lekarzy specjalistów wchodzi: higienistka stomatologiczna, asysta stomatologiczna i koordynator medyczny. Wskazane jest, aby na czas trwania zabiegu stomatologicznego w ZO zespół wspomagał dodatkowo technik radiolog.

Zalecenie ogólne leczenia stomatologicznego w ZO

Celem śródoperacyjnej opieki stomatologicznej powinno być zapewnienie uzębienia bez objawów bólowych, które poprawi funkcję żucia, jak również jakość życia pacjenta. Należy brać pod uwagę, że niekiedy nie unikniemy niekorzystnych zmian funkcjonalnych (spowodowanych usunięciem zęba) lub estetycznych.

ZO należy stosować wyłącznie w celu zapewnienia opieki stomatologicznej, w przypadku której można spodziewać się korzyści dla pacjentów, przewyższających ryzyko związane z samym ZO. Planując przeprowadzenie zabiegu w znieczuleniu ogólnym, należy starać się objąć leczeniem wszystkie zęby lub możliwie dużą ich liczbę podczas pojedynczej sesji. Dążeniem lekarza prowadzącego jest całkowita sanacja jamy ustnej pacjenta.

W trakcie trwania ZO, przed rozpoczęciem procedur stomatologicznych, wykonaj badanie stomatologiczne. Szczególnie dotyczy to pacjentów, u których nie było możliwe wykonanie badania wewnątrzustnego i diagnostyki radiologicznej. W przypadkach, w których przed zastosowaniem znieczulenia ogólnego, niemożliwe było przeprowadzenie kompleksowej oceny radiologicznej uzębienia, wykonaj śródoperacyjne wewnątrzustne zdjęcia rentgenowskie.

W sytuacjach niepewnych diagnostycznie, decyzje powinny być podejmowane przez dwóch lekarzy specjalistów. Decyzję odnotuj w karcie pacjenta.

Jeżeli zabieg przeprowadza kilku specjalistów różnych dziedzin stomatologicznych ustal kolejność ich włączania w proces leczniczy.

W trakcie wykonywania procedur stomatologicznych rekomenduje się użycie narzędzi ułatwiających ich przeprowadzanie, w tym ssaków, koferdamu. Przykładem może być system isolite (system izolacji i odsysania, który jest podłączany do stolika asysty w miejscu ssaka). Isolite łączy w sobie elementy odpowiadające za izolację, osuszanie oraz oświetlenie. Dodatkowym atrybutem jest ochrona dróg oddechowych pacjenta, izolacja języka i policzków. Urządzenie pełni funkcję rozwieraka umożliwiając łatwy odstęp do leczonego obszaru, może być stosowany w przypadku intubacji dotchawiczej.

Zabiegi profilaktyczne

Profilaktyka i leczenie chorób u osób z niepełnosprawnością mają szczególne znaczenie. Ze względu na zwiększone ryzyko powikłań zdrowotnych, ograniczony dostęp do świadczeń oraz częstsze współwystępowanie chorób przewlekłych, działania profilaktyczne powinny być systematycznie wykonywane. Pozwalają utrzymać zdrowe uzębienie, przez co poprawiają komfort życia pacjenta.

Problematyczna jest profilaktyka próchnicy u osób powyżej 18 roku życia w sytuacji, gdy zabieg leczniczy w ZO wykonywany jest w ramach finansowania przez NFZ. Procedury profilaktyczne u osób dorosłych nie są refundowane ze środków publicznych. Nie istnieje możliwość wykonywania procedur pełnopłatnych podczas leczenia w ramach refundacji.

Pamiętaj o instruktażu higieny jamy ustnej i zachęcaj pacjentów do regularnej działań profilaktycznych możliwych do wykonania w domu (szczotkowanie zębów pastami z fluorem dwa razy dziennie, płukanki z fluorem lub chlorheksydyną, szczoteczki do przestrzeni międzyzębowych, zastąpienie cukru ksylitolem lub erytrolelem).

Poinformuj osobę wspierającą o potrzebie regularnej obserwacji jamy ustnej pacjenta (krwawienie dziąseł, zgłaszanie bólu).

Leczenie zachowawcze

Stosuj materiały do stałej odbudowy zębów- kompozyty, kompomery, cementy, szkło jonomerowe wzmocnione. W zębach mlecznych rozważ korony metalowe. Te ostatnie nie są refundowane.

W trakcie leczenia używaj koferdamu (cienka guma używana do izolowania leczonego zęba lub grupy zębów od środowiska jamy ustnej).

W ubytkach bardzo głębokich nie stosuj linerów (cienkie podkłady) opartych na wodorotlenku wapnia ze względu na nieskuteczność tego typu rozwiązań.

W sytuacji ekspozycji miazgi rozważ:

- usunięcie zęba (jeżeli w wywiadzie odnotowaliśmy dolegliwości bólowe),
- rozważ amputację częściową lub całkowitą z zastosowaniem materiałów opartych na krzemianach wapnia (brak dolegliwości bólowych w wywiadzie, pozytywna kliniczna ocena stanu miazgi).
- nie stosuj metody selektywnego i etapowego usuwania próchnicy.

Wypełniając zęby po leczeniu próchnicy miej na uwadze okluzję (zwarcie). W przypadku pacjentów współpracujących korektę zwarcia przeprowadź po wybudzeniu. W przypadku pacjentów niewspółpracujących zaleca się używanie cementów szkłojonomerowych typu bulk fill . Odbudowując ubytki próchnicowe zlokalizowane na powierzchniach proksymalnych i dystalnych zadбай o zachowanie punktów styčných.

Leczenie endodontyczne rozważ w przypadku zębów, których stan zmineralizowanych tkanek zębów pozwala na odbudowę do leczenia endodontycznego i założenie koferdamu.

Nie przeprowadzaj leczenia chorób miazgi zębów mlecznych metodami amputacyjnymi. Nie stosuj metody przykrycia pośredniego i bezpośredniego w przypadku leczenia próchnicy głębokiej zębów mlecznych. Nie lecz endodontycznie zębów mlecznych.

Leczenie endodontyczne można przeprowadzić w przypadku zębów, które nie będą wymagały późniejszego zaopatrzenia protetycznego. Leczenie protetyczne wymagałoby kolejnych zabiegów w znieczuleniu ogólnym w krótkim odstępie czasu.

Leczenie endodontyczne można przeprowadzić jedynie w przypadku leczenia endodontycznego jednowizytowego. Jeżeli sytuacja kliniczna nie pozwala na zakończenie leczenia podczas zabiegu zęb należy usunąć.

Nie lecz endodontycznie zębów: z zapaleniem ostrym i przewlekłym tkanek okołowierzchołkowych, z resorpcją zewnętrzną i wewnętrzną, zębów, w których po opracowaniu kanału nie możemy uzyskać suchości.

Nie wykonuj powtórnego leczenia endodontycznego zębów bocznych (wydłużenie czasu zabiegu, niepewne rokowanie, brak refundacji). Leczenie reendo (to znaczy powtórne leczenie endodontyczne zęba, który w przeszłości był już leczony tą metodą) zębów jednokanałowych do rozważenia (brak refundacji!).

Rozważyć zasadność odbudowy zębów startych. Nie jesteśmy w stanie monitorować postępu choroby okluzyjnej, a także jej przeciwdziałać. Pacjenci z niepełnosprawnością intelektualną nie tolerują szyn okluzyjnych. Szyna taka może być przez pacjenta uszkodzona lub połknięta.

Leczenie periodontologiczne

Przeprowadź higienizację uzębienia (usunięcie płytki nazębnej, kamienia nad i poddziąsłowego).

U pacjentów współpracujących, z dobrą higieną jamy ustnej (API<15) rozważ bardziej zaawansowane zabiegi periodontologiczne. (API - z języka angielskiego: Approximal Plaque

Index - Indeks Płytki Nazębnej Aproksymalnej. To wskaźnik oceniający obecność płytki bakteryjnej na powierzchniach styknych zębów. Służy do oceny jakości higieny jamy ustnej — szczególnie w miejscach trudno dostępnych dla szczoteczki.

Skoryguj lub wymień nawisające wypełnienia, które są przyczyną odkładania się płytki lub kamienia. Rozważ usunięcie zębów z zaawansowaną chorobą przyzębia (3 i 4 stopień rozchwiania w kierunku wargowo-językowym według Halla).

W przypadku pacjentów współpracujących, z dobrą higieną (API<15) rozważ szynowanie rozchwianych zębów (do 2 stopnia rozchwiania w kierunku wargowo-językowym według Halla) w odcinku estetycznym.

W przypadku pacjentów współpracujących, z dobrą higieną (API<15) rozważ pozostawienie zębów trzonowych z zanikiem poziomym kości z odsłoniętą furkacją korzeni. Zapewni to utrzymanie funkcji żucia.

Zabiegi implantacyjne, odbudowujące funkcje estetyczne i funkcje żucia rozważ jedynie w bardzo ograniczonym zakresie. Należy brać pod uwagę współpracę z pacjentem, higienę jamy ustnej, stan kliniczny podłoża kostnego, brak refundacji ze strony NFZ.

Postępowanie ze zmianami na błonie śluzowej jamy ustnej

Patologiczne zmiany w jamie ustnej zidentyfikowane podczas badania tkanek miękkich każdorazowo poddaj diagnostyce różnicowej.

Wszelkie zmiany na błonie śluzowej usuń i poddaj biopsji nacięciowej. Wycinek przekaz do badania histopatologicznego. Do zabezpieczenia rany użyj nici rozpuszczalnych (wchłaniających).

W przypadku bardziej rozległych zmian na błonie śluzowej, których wygląd wzbudza podejrzenie zmian rozrostowych, diagnostykę zmiany wykonują lekarze onkolodzy lub chirurdzy szczękowo-twarzowi. Należy wykonać zdjęcia wewnątrzustne, które przekazuje się tym specjalistom razem ze skierowaniem i wstępnym rozpoznaniem.

Leczenie chirurgiczne

Leczenie chirurgiczne wykonuj po zakończonym leczeniu zachowawczym i periodontologicznym.

Rozważ zwiększenie dawki leków przeciwbólowych. Można rozważyć wykonanie znieczulenia miejscowego, chyba że jest to przeciwwskazane ze względów medycznych lub z powodu potencjalnego obgryzania/samouszkodzania warg po operacji.

Zęby do usunięcia kwalifikuje lekarz specjalista w dziedzinie stomatologii zachowawczej zachowawczy, stomatologii dziecięcej, periodontologii.

Lekarz chirurg stomatologiczny podejmuje decyzję o szyciu ran poekstrakcyjnych i stosowaniu antybiotykoterapii.

Rekonwalescencja pooperacyjna

W pierwszym etapie rekonwalescencji (trwającym do momentu wybudzenia pacjenta i powrotu odruchów obronnych dróg oddechowych) pacjent pozostaje pod opieką lekarza anestezjologa lub/i pielęgniarki anestezjologicznej.

Lekarz dentysta powinien opisać w historii choroby wszystkich procedury medyczne wykonane u pacjenta. Informacje te powinny być przekazane w zrozumiałej formie — ustnej, pisemnej lub graficznej — zależnie od potrzeb komunikacyjnych pacjenta.

Chirurg stomatologiczny powinien przekazać opiekunom pacjenta informację o dalszym pooperacyjnym leczeniu przeciwbólowym i ewentualnej antybiotykoterapii.

Zaproszenie osoby wspierającej pacjenta do pokoju wybudzeń może wesprzeć pacjenta i personel. Opiekunowie muszą mieć możliwość zadania pytań i uzyskania kontaktu do osoby odpowiedzialnej za opiekę pooperacyjną.

Drugi etap rekonwalescencji (kiedy pacjent nie znajduje się już na fotelu stomatologicznym, trwa do momentu wypisania do domu) powinien odbywać się na terenie podmiotu leczniczego. Pacjent pozostaje pod opieką lekarzy dentystów i lekarza anestezjologa. Mogą wystąpić typowe problemy pooperacyjne (nudności, wymioty lub ból) oraz nagłe przypadki wymagające interwencji chirurgicznej lub medycznej (krwawienie, zaburzenia rytmu serca).

Przed wypisem upewnij się, że:

- pacjent wrócił do pełnej świadomości,
- toleruje przyjmowanie płynów,
- nie występują powikłania krwotoczne ani wymioty,
- zapewniono mu bezpieczny transport i opiekę domową.

16.7. Rekonwalescencja i wizyty kontrolne

Podstawowe zasady

- zapewnij pacjentowi dostęp do kontroli pooperacyjnej — telefonicznej lub stacjonarnej — w ciągu pierwszych dni po zabiegu, jeśli wskazują na to jego potrzeby,
- zapewnij dostęp do osoby do kontaktu, na przykład pielęgniarki, lekarza dentysty lub koordynatora medycznego; osoba do kontaktu powinna być dostępna w razie wystąpienia niepokojących objawów po zabiegu,
- w przypadku pacjentów wymagających specjalnego wsparcia (na przykład w zakresie żywienia, przyjmowania leków lub zachowania higieny jamy ustnej), zaplanuj ewentualny kontakt z osobą wspierającą,
- przekazaj pacjentowi plan profilaktyki i edukacji zdrowotnej, aby zmniejszyć ryzyko nawrotów i przyszłych zabiegów w ZO (pamiętaj o dostępnej formie informacji).

Pamiętaj, o poinformowaniu pacjenta/osobę wspierającą o konieczności wizyt kontrolnych. Potraktuj osobę z niepełnosprawnością jak pacjenta o wysokim ryzyku próchnicy. Wyznacz

kontrole co 3 do 6 miesięcy. Wizyty kontrolne mogą być ustalane za pośrednictwem koordynatora medycznego.

16.8. Monitoring satysfakcji z opieki medycznej

Leczenie stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym wiąże się z większym ryzykiem, kosztami oraz złożonością organizacyjną. Dlatego wymaga ono odpowiedniego nadzoru klinicznego, przejrzystości w działaniu i stałego monitorowania jakości usług.

Każda jednostka oferująca leczenie w ZO w ramach stomatologii specjalnej powinna prowadzić regularne audyty jakości, monitorując między innymi:

- liczbę pacjentów,
- czas oczekiwania,
- rodzaj wykonanych procedur,
- powikłania,
- satysfakcję pacjentów.

Dobłą praktyką jest poproszenie pacjenta o wypełnienie ankiety satysfakcji z opieki medycznej świadczonej w placówce medycznej. Ankiety takie pozwalają mierzyć zadowolenie pacjentów z opieki medycznej, co jest kluczowe dla placówek w podnoszeniu jakości świadczonych usług. Działanie to jest szczególnie ważne ze względu na usługi świadczone pacjentom ze szczególnymi potrzebami.

Dane powinny być zbierane w sposób uporządkowany, umożliwiając ich porównanie w czasie. Wszelkie zdarzenia niepożądane (na przykład powikłania, błędy, nagłe hospitalizacje) powinny być odnotowane i analizowane zgodnie z wewnętrznymi procedurami. Przykładowy formularz ankiety satysfakcji z opieki medycznej świadczonej w placówce medycznej stanowi załącznik nr 4 do Standardu.

17. Leczenie stomatologiczne w warunkach szpitalnych (wytyczne/rekomendacje/zalecenia)

Sposób postępowania i komunikacji z pacjentem ze szczególnymi potrzebami oraz przygotowanie i realizacja procesu leczenia w ZO w warunkach szpitalnych odbywa się na tych samych zasadach, co leczenie w warunkach ambulatoryjnych w ZO. Szpital powinien wykonywać usługi stomatologiczne dla osób ze szczególnymi potrzebami zgodnie z wymogami dotyczącymi dostępności architektonicznej, informacyjno-komunikacyjnej i cyfrowej. Powinien zabezpieczyć sprzęt do komunikacji oraz wyposażenie gabinetu i sali operacyjnej zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta.

17.1. Kwalifikacja pacjentów do leczenia stacjonarnego w znieczuleniu ogólnym

Pacjenci kwalifikujący się do leczenia stomatologicznego w warunkach szpitalnych to osoby, u których leczenie w warunkach ambulatoryjnych jest niewykonalne lub zbyt ryzykowne.

Klasyfikacja może być dokonana według następujących kryteriów:

Niezdolność lub znacznie ograniczona zdolność do podejmowania współdziałania pacjenta ze względu na stan zdrowia:

- Pacjenci z głębszą (umiarkowaną, znaczną) i głęboką niepełnosprawnością intelektualną oraz sprzężeniami, na przykład: autyzm, mózgowe porażenie dziecięce.
- Pacjenci z niepełnosprawnościami, które uniemożliwiają bezpieczne pozycjonowanie i leczenie w tradycyjnej pozycji na fotelu.
- Pacjenci przejawiający zachowania kontekstowo niepoprawne zagrażające (agresywne i autoagresywne), ze względu na wysokie ryzyko wystąpienia tego typu zachowań.

Wysokie ryzyko medyczne – niekwalifikujące się do leczenia ambulatoryjnego:

- Pacjenci z niestabilnym stanem ogólnym (ASA 3 lub 4), na przykład niewyrównane choroby serca, zaawansowana niewydolność oddechowa, padaczka lekooporna.
- Chorzy z wysokim ryzykiem powikłań przy sedacji lub znieczuleniu miejscowym.

17.2. Wymagane dokumenty do leczenia szpitalnego

Skierowania do leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym w warunkach szpitalnych mogą pochodzić z różnych źródeł:

- **System ambulatoryjny:** lekarze dentyści, którzy stwierdzają brak możliwości przeprowadzenia leczenia stomatologicznego w trybie ambulatoryjnym.
- **Specjalistyczne poradnie stomatologiczne:** na przykład dla osób z niepełnosprawnościami, poradnie leczenia bólu.
- **Inni specjaliści medyczni na przykład:**
 - Neurolog – na przykład w przypadkach padaczki lekoopornej.
 - Psychiatry – na przykład w przypadku pacjentów z ciężką schizofrenią, psychozami.
 - Kardiolog – w sytuacji chorób serca zwiększających ryzyko zabiegowe.
 - Onkolog – pacjenci w trakcie lub po leczeniu nowotworowym.
 - Laryngolog – na przykład z powodu anatomicznych przeszkód w jamie ustnej.
 - Choroby rzadkie – na przykład z powodu różnych zmian strukturalno-anatomicznych czy też ogólnych zależnie od choroby.
 - Endokrynolog/diabetolog- otyłość olbrzymia.

Szczegółowy wzór i opis informacji, które powinno zawierać skierowanie pacjenta z niepełnosprawnościami do leczenia stomatologicznego w warunkach szpitalnych stanowi załącznik nr 5 do Standardu.

Przykład zapisu:

Pacjent z rozpoznaną głęboką niepełnosprawnością intelektualną oraz padaczką lekooporną. Niemożliwa jest jakakolwiek współpraca z personelem medycznym. Dotychczasowe próby leczenia stomatologicznego w warunkach ambulatoryjnych zakończone niepowodzeniem. Z uwagi na konieczność wykonania ekstrakcji oraz leczenia próchnicy, wskazane leczenie w znieczuleniu ogólnym w warunkach szpitalnych.

Dodatkowe załączniki (jeśli dostępne):

- opinie specjalistów potwierdzających brak możliwości współpracy z pacjentem,
- opinia psychologa lub psychiatry (jeśli dotyczy),
- historia leczenia w innych gabinetach stomatologicznych,
- wcześniejsze zaświadczenia lekarzy specjalistów, lekarzy rodzinnych,
- wypisy ze szpitali,
- ostatnie wyniki badań diagnostycznych,
- orzeczenie o niepełnosprawności,
- dokument umocowania przedstawicielstwa prawnego (w przypadku pacjenta ubezwłasnowolnionego).

17.3. Organizacja warunków leczenia szpitalnego

Leczenie w warunkach szpitalnych może odbywać się w następujących placówkach:

- w obrębie szpitala z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii,
- w dedykowanym centrum leczenia stomatologicznego z zapleczem operacyjnym,
- w osobnym ośrodku zdrowia, jeśli spełnia warunki szpitalne (zespół operacyjny, możliwość prowadzenia znieczulenia ogólnego).

Wyposażenie gabinetu do leczenia osób ze szczególnymi potrzebami:

- stół operacyjny z ruchomą dostawką stomatologiczną/fotel stomatologiczny z możliwością dostosowania do potrzeb osób z ograniczoną mobilnością,
- urządzenia do transportu pacjenta: podnośniki elektryczne, platformy transferowe,
- sprzęt anestezjologiczny do monitorowania funkcji życiowych
- możliwość pracy w aseptycznych warunkach (część zabiegów wymaga warunków sali operacyjnej).

17.4. Zakres leczenia stomatologicznego/zgoda na leczenie

Uzyskanie zgody pacjenta powinno zawsze odbywać się z poszanowaniem jego prawa do samostanowienia, niezależnie od jego zdolności do czynności prawnych.

Warunki udzielenia zgody na leczenie:

- Zgoda pacjenta powinna być uzyskana zgodnie z jego zdolnością do rozumienia i podejmowania decyzji.
- W przypadku częściowego lub całkowitego ubezwłasnowolnienia – wymagana pisemna zgoda przedstawiciela ustawowego.
- Dodatkowa zgoda na znieczulenie ogólne – powinna zostać wyrażona/złożona w obecności anestezjologa.

W warunkach leczenia szpitalnego prowadzone są następujące zakresy leczenia:

Zęby mleczne:

- Dopuszczalne: Usuwanie zębów mlecznych.
- Zalecane: W znieczuleniu ogólnym zaleca się ograniczenie interwencji do radykalnych, jednoetapowych procedur (na przykład ekstrakcje lub pełna odbudowa ubytku), z wyłączeniem powierzchownych, etapowych lub profilaktyczno-nieinwazyjnych zabiegów.

Zęby stałe:

- Leczenie próchnicy: płytkiej, średniej, średnio głębokiej (jeśli możliwe technicznie).
- Brak leczenia kanałowego – wyjątek stanowią zęby po urazach, których utrata znacząco wpłynęłaby na funkcję żucia lub estetykę.
- Usuwanie zębów z głęboką próchnicą lub zmianami nieodwracalnymi.

17.5. Kwalifikacja i ocena ryzyka

Ocena przedzabiegowa musi odbywać się według jasnego protokołu uzgodnionego między zespołami: stomatologicznym, anestezjologicznym i pielęgniarstwie/asystującym.

Kwalifikacja stomatologiczna:

- Ocena zakresu koniecznego leczenia.
- Ustalenie czy zabieg może zostać wykonany jednoetapowo.

Ocena ogólnego stanu zdrowia:

- Ocena anestezjologiczna (ASA).
- Ocena psychiatryczna – w przypadku niepełnosprawności intelektualnej lub chorób psychicznych (pod kątem możliwości wystąpienia zachowań kontekstowo niepoprawnych, utrudniających lub zagrażających).
- Współpraca z innymi specjalistami w zależności od występujących sprzężeń (kardiolog, hematolog, pulmonolog, onkolog). Odbywa się to najczęściej poprzez realizację konsultacji specjalistycznej w ramach placówki.

17.6. Szkolenia i kwalifikacje personelu

Szkolenia dla stomatologów wykonujących zabiegi w znieczuleniu ogólnym z zakresu:

- anestezjologii i współpracy z zespołem anestezjologicznym.
- znajomości zasad kwalifikowania do leczenia w znieczuleniu ogólnym.
- umiejętności prowadzenia dokumentacji oraz uzyskiwania zgody na zabieg od przedstawicieli ustawowych pacjentów nieposiadających pełnej zdolności do wyrażenia zgody (na przykład osoby ubezwłasnowolnione, małoletni).

Szkolenia dla personelu asystującego z zakresu:

- obsługi sprzętu do transportu i podnoszenia pacjentów,
- komunikacji alternatywnej z pacjentem z niepełnosprawnością,
- reanimacji (kurs BLS/AED),
- współpracy interdyscyplinarnej – znajomość podstaw leczenia chorób przewlekłych, w tym chorób onkologicznych, chorób układu sercowo-naczyniowego oraz chorób układu nerwowego.

18. Rekomendacje zmian w kształceniu przeddyplomowym lekarzy dentystów - edukacja z zakresu leczenia pacjentów ze szczególnymi potrzebami

Pacjenci z niepełnosprawnościami i chorobami przewlekłymi wymagają profesjonalnej, dostosowanej do indywidualnych potrzeb opieki stomatologicznej. Wielu z nich ma trudności z dostępem do zabiegów profilaktycznych i leczniczych. Dlatego zalecane jest wprowadzenie przedmiotu z zajęciami dotyczącymi opieki stomatologicznej nad pacjentami ze szczególnymi potrzebami zdrowotnymi na kierunkach lekarsko-dentystycznych uczelni medycznych w Polsce. Podczas kursu studenci powinni pozyskać wiedzę, umiejętności oraz kompetencje niezbędne do zapewnienia odpowiedniej profilaktyki stomatologicznej w wymienionej populacji osób. Powinni także nauczyć się właściwej kwalifikacji pacjentów do zabiegów dentystycznych w znieczuleniu ogólnym wraz z wystawieniem skierowania na zabieg. Rekomendowane jest zaangażowanie kursantów w proces terapii dentystycznej prowadzonej u pacjentów z niepełnosprawnościami i przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi w trakcie zajęć praktycznych.

Podczas kursu należy kłaść nacisk na współpracę interdyscyplinarną zespołu terapeutycznego zajmującego się pacjentem, etyczne podejście do praktyki, komunikację z pacjentem oraz dostosowanie warunków leczenia do jego potrzeb i możliwości.

Możliwe jest wdrożenie zajęć w ramach istniejących już kursów, w jednostkach prowadzących edukację studentów z przedmiotów odnoszących się do stomatologii wieku rozwojowego (stomatologii dziecięcej) i stomatologii zachowawczej (wieku dorosłego). Zasadne jest też utworzenie osobnego przedmiotu dotyczącego leczenia osób

z niepełnosprawnościami, w tym z niepełnosprawnością intelektualną, niezależnie od wieku pacjenta.

Zakres tematyczny kursu powinien obejmować:

- **Podstawy wiedzy:**
 - Pojęcia i klasyfikacje w stomatologii specjalnej dla osób ze szczególnymi potrzebami leczniczymi.
 - Prawa pacjenta z niepełnosprawnością – przepisy polskie i międzynarodowe.
 - Prawne aspekty obsługi osób z niepełnosprawnościami (w tym między innymi prawo do samostanowienia a ubezwłasnowolnienie).
 - Bariery i ich przyczyny w dostępie do opieki dentystycznej dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym niepełnosprawnościami.
 - Elementarna wiedza z zakresu oligofrenopedagogiki.
- **Kliniczne aspekty leczenia:**
 - Kwalifikacja pacjentów do zabiegów dentystycznych.
 - Objawy w jamie ustnej i ogólne u pacjentów z niepełnosprawnościami i przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi.
 - Epidemiologia chorób jamy ustnej.
 - Leczenie stomatologiczne w warunkach standardowego gabinetu.
 - Leczenie stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym.
 - Dobór technik, metod, leków i materiałów terapeutycznych.
 - Interakcja pomiędzy lekami stosowanymi u pacjentów z chorobami przewlekłymi a terapią stomatologiczną.
- **Komunikowanie się i współpraca:**
 - Podstawowe zasady komunikowania się z pacjentem z niepełnosprawnością i osobą jego wspierającą.
 - Rola opieki interdyscyplinarnej w leczeniu pacjentów ze szczególnymi potrzebami zdrowotnymi.
 - Adaptacja pacjentów do warunków gabinetu dentystycznego i planowanie wizyty.
 - Edukacja z zakresu profilaktyki stomatologicznej u pacjentów i osób ich wspierających.
- **Wybrane aspekty dostępności**
 - Wyposażenie gabinetu zwiększające dostępność usługi stomatologicznej.
 - Technologie wspierające komunikację.

Zaleca się dostosowanie formy zajęć do możliwości, zarówno kadrowych jak i sprzętowych, dostępnych w jednostkach poszczególnych uczelni medycznych, w których miałyby zostać

wprowadzone szkolenie studentów z zakresu obsługi osób z niepełnosprawnościami.
Do przeprowadzenia pełnego cyklu edukacyjnego wymagany jest gabinet stomatologiczny.

- **Formy prowadzenia zajęć:** wykłady, seminaria, zajęcia kliniczne.

19. Katalog sprzętu zwiększającego dostępność

19.1. Wykaz niestandardowego wyposażenia gabinetu stomatologicznego

- Łóżko bariatryczne
- Unit stomatologiczny (mobilny/ umożliwiający podstawienie wózka inwalidzkiego)
- Unit o zwiększonym udźwigu
- Lampa do polimeryzacji przenośna
- Skaler przenośny
- Tomografia komputerowa dla pacjentów leżących
- Poduszka bazalna
- Koc obciążeniowy

19.2. Wykaz sprzętu – dostępność informacyjno-komunikacyjna

- Pętla indukcyjna stanowiskowa
- System FM (nadajnik + odbiornik)
- Systemy Bluetooth / IR wspomagające słyszenie
- Tłumacz Polskiego Języka Migowego online (tablet / komputer / ekran)
- Tekstofon (telefon tekstowy)
- Komunikatory (telefon, tablet)
- Aplikacje AAC (komunikacja alternatywna)
- Karty z symbolami AAC
- System kolejkowy / biletomat z panelem dotykowym
- Infokiosk informacyjny
- System wywoływania pacjentów (tablica/ekran + komunikaty głosowe)
- System odnajdywania drogi (piktogramy, tabliczki wypukłe, QR/NFC)
- Beacons / znaczniki informacyjno-przestrzenne
- System przywoławczy („przycisk SOS”)

- System sygnalizacji zajętości (lampka nad drzwiami, sygnał dźwiękowy)
- System alarmowy akustyczno-wizualny (sygnał dźwiękowy + światło migowe)
- Wideodomofon
- Materiały informacyjne w ETR / alfabecie Braille’a / druku powiększonym
- Oprogramowanie oraz urządzenia powiększające / czytniki ekranu
- Tablety do komunikacji tekstowej
- System powiadomień mobilnych

19.3. Wykaz sprzętu – dostępność cyfrowa

- Klawiatura brajlowska
- Linijka brajlowska
- Podkładki pod nadgarstek do myszki
- Skaner z OCR
- Trackball
- Czytnik ekranu

19.4. Wykaz sprzętu – dostępność architektoniczna

- Waga najazdowa dla osób poruszających się na wózkach, z odpowiednim udźwigiem do 300 kg
- Podnośnik podłogowy
- Podnośnik sufitowy
- Materiał tzw. ślizg
- Krzesło ewakuacyjne
- Materac ewakuacyjny
- Mata ewakuacyjna
- Pionizator
- Leżanka z elektryczną możliwością regulowania wysokości
- Krzesła z niestandardową szerokością
- Kozetka dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami
- Przewijak lub łóżko pielęgnacyjne
- Wózek do transportu osób z niepełnosprawnością ruchową
- Podnośnik sufitowy

20. Literatura

1. Tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 146.
2. Bhargavan, R., et al., Comparison of Modified Frailty Index, Clinical Frailty Scale, ECOG Score, and ASA PS Score in Predicting Postoperative Outcomes in Cancer Surgery: A Prospective Study. *Indian J Surg Oncol*, 2024. 15(4): p. 938-945.
3. Rogalewska, A., et al., Znieczulenie ogólne w praktyce lekarza pedodonty. *Mag Stom*, 2019. 6.
4. Beukelman, D.R. and J.C. Light, Augmentative & Alternative Communication Supporting Adults and Children with Complex Communication Needs. 5 th ed, ed. P.H. Brooks. Baltimore, London Sydney.
5. NFZ. <https://www.nfz-bialystok.pl/dla-swiaadczeniodawcy/uprawnienia-szczegolne-osob-o-znaczonym-stopniu-niepelnosprawnosci/>. 2025.
6. Rasławska-Socha, J., Pacjent z autyzmem w gabinecie stomatologicznym. *Mag Stomatol*, 2025. 381: p. 70-73.
7. Kaczmarzyk, T., et al., Rekomendacje Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków w zakresie stosowania antybiotyków w stomatologii. 2020.
8. Ustawa z 2 kwietnia Konstytucja RP. 1997, Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm. i sprost.
9. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 581; dalej: u.p.p.RPP.
10. Rzecznik Praw Pacjenta, Świadoma zgoda pacjenta na świadczenia zdrowotne. Wytyczne dla pracowników podmiotów leczniczych. 2023: Warszawa.
11. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Tekst jedn. Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.; dalej: u.z.l.4.
12. Kodeks Etyki Lekarskiej, <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> [dostęp 10 marca 2023 r.].
13. Pacian, J., Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na czynność medyczną - warunki prawnej skuteczności w kontekście współczesnych wyzwań. *Z Prawn*, 2023(3): p. 69-94.
14. Jędrzejowski, A., Proces uzyskiwania świadomej zgody w badaniach pediatrycznych, in *Badania kliniczne, Praktyka, Prawo, Etyka*. 2024, CeDeWu Sp. z o.o.: Warszawa.
15. Kubicki, L., Sumienie lekarza jako kategoria prawna. *Prawo i Medycyna*, 1999(4): p. 5-n5.
16. Pp, i.R.P.P., Prawo do dostępu do dokumentacji medycznej, in Dz.U.2024.581 Czytaj więcej w Systemie Informacji Prawnej LEX: <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/prawa-pacjenta-i-rzecznik-praw-pacjenta-17532755/art-23>. 2024.
17. Niedzielski, A., Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2020 roku. Poz 1772, D.U.R. Polskiej, Editor. 2020.

18. Talaván-Serna, J., et al., Implication of general anaesthetic and sedation techniques in temporomandibular joint disorders - a systematic review. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*, 2017. 118(1): p. 40-44.
19. Twardowska, M., Premedykacja. *Medycyna Praktyczna*, 2017.
20. Linas, N., et al., Conservative and endodontic treatment performed under general anesthesia: A discussion of protocols and outcomes. *Spec Care Dentist*, 2019. 39(5): p. 453-463.
21. Geddis-Regan, A.R., et al., The use of general anaesthesia in special care dentistry: A clinical guideline from the British Society for Disability and Oral Health. *Spec Care Dentist*, 2022. 42(S1): p. 3-32.
22. Duncan, H.F., Present status and future directions-Vital pulp treatment and pulp preservation strategies. *Int Endod J*, 2022. 55 Suppl 3(Suppl 3): p. 497-511.
23. Dz. U. 2012 poz. 1422 – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.
24. <https://kregiwsparcia.pl/pordnik-abc-osoba-z-niepelnosprawnoscia-w-przepisach-prawa>
25. Gerreth K. Zastosowanie metody ART u chorych na trąd w Puri. *Stomatologia Współczesna* 2003, 4:25-29.
26. Gerreth K. Teaching dental students delivering care in patients with special health care needs in Poznan, Poland. iADH 2024 Seoul "Bridging the Gap in Dental Care: Now and Beyond". Seoul, Korea, Sep. 26-29, 2024., s. 286.
27. Gerreth K., Borysewicz-Lewicka M., Wojsznis L. Qualification of patients with disability for dental treatment - proposal of introductory visit to the surgery. Online IADH Presentations Awards 2020.
28. Gerreth K., Zowczak L. Obchody Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej w Poznaniu. Stom. Współcz. 2020: Vol. 27, nr 2-3, s. 56-58.
29. Gerreth K. Konferencja „Stomatologia bez barier. Adaptacja i kwalifikacja pacjentów z niepełnosprawnością” Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej 2022, nr 7-8 (330-331), s. 17.
30. Gerreth K. "Polska mówi aaa" w Poznaniu. *Fakty UMP* 2018, nr 4, s. 19.
31. Gerreth K. Obchody Światowego Dnia Zdrowia Jamy Ustnej w ramach kampanii Polska mówi aaa w Poznaniu. Stom. Współcz. 2018: Vol. 25, nr 3-4, s. 71-73.
32. Gerreth K. Opieka stomatologiczna oraz problemy zdrowia jamy ustnej u pacjentów w Ośrodku Rehabilitacji i Leczenia Trądu w Puri (Indie) - doświadczenia własne. Ann. Missiol. Posn. 2010: T. 17, s. 151-156.
33. Gerreth K. Leczenie stomatologiczne pacjentów w Ośrodku Rehabilitacji i Leczenia Trądu w Puri (Indie) - doświadczenia własne. *Współczesne Problemy Medycyny Tropikalnej. Studencka Konferencja Naukowa. Poznań, 10 II 2007.* Poznań, 2007, s. 12.

34. Gerreth K., Paszyńska E., Raducha B. Lekarze dentyści z Gruzji z wizytą w Poznaniu. Biuletyn Informacyjny Wielkopolskiej Izby Lekarskiej 2024 nr 7-8 (354-355), s. 20-21. <https://wil.org.pl/wp-content/uploads/2024/12/wil-07-08-2024-Internet.pdf>
35. Gerreth K., Paszyńska E., Raducha B. Wizyta przedstawicieli 4 gruzińskich uniwersytetów w ramach Erasmus”. <https://www.ump.edu.pl/aktualnosci/wizyta-przedstawicieli-4-gruzińskich-uniwersytetow-w-ramach-erasmusa>.
36. Gerreth K. (2013) Sposoby utrzymywania higieny jamy ustnej u pacjentów niepełnosprawnych i przewlekle chorych – na podstawie piśmiennictwa. Przegląd Lekarski 1:31-34.
37. Teaching dental students delivering care in patients with intellectual and other disabilities and/or chronic illnesses at the Department of Risk Group Dentistry of PUMS. W: Dental services for people with special needs: current situation, challenges, support mechanisms (Georgia, Poland, Turkey, Bulgaria. Tbilisi: Publ. Dani 2024, s. 236-238.
38. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu wspiera doskonalenie kadr medycznych w Gruzji. <https://polishscience.pl/pl/uniwersytet-medyczny-w-poznaniu-wspiera-doskonalenie-kadr-medycznych-w-gruzji/>.
39. <https://www.ump.edu.pl/aktualnosci/kolejny-projekt-edukacyjny-erasmus-w-ump>.
40. Spotkanie eksperckie dotyczące zagadnień stomatologicznych u pacjentów z niepełnosprawnościami. <https://www.ump.edu.pl/aktualnosci/spotkanie-eksperckie-dotyczace-zagadnien-stomatologicznych-u-pacjentow-z-niepelnosprawnosciami> Gerreth K. „Polska mówi aaa” w Poznaniu. <https://www.ump.edu.pl/aktualnosci/polska-mowi-aaa-w-poznaniu>.
41. Dodatkowe materiały W3C o standardach WCAG:
- <https://www.w3.org/WAI/WCAG21/Understanding/> - materiał w języku angielskim
 - Materiały o WCAG po polsku:
<https://wcag.lepszyweb.pl/>
<https://kinaole.co/category/akademia-wcag/>
 - Cenne wskazówki w zakresie rozumienia i sprawdzania poszczególnych wytycznych i kryteriów sukcesu zawiera [lista kontrolna](#) zaproponowana przez Ministerstwo Cyfryzacji.
 - W przygotowaniu deklaracji dostępności skorzystaj z [Warunków technicznych publikacji oraz strukturze dokumentu elektronicznego „Deklaracji Dostępności”](#) opublikowanych.
 - Do samooceny dostępności cyfrowej możesz wykorzystać [listę kontrolną](#) ze strony Ministerstwa Cyfryzacji.

21. Załączniki do standardu

1. Załącznik nr 1 Regulamin wejścia z psem asystującym
2. Załącznik nr 2 Formularz komunikacyjny
3. Załącznik nr 3 Zgoda na leczenie
4. Załącznik nr 4 Ankieta satysfakcji pacjenta
5. Załącznik nr 5 Skierowanie do leczenia szpitalnego ZO

Treść nagłówka

Zestaw logotypów: symbol graficzny Funduszy Europejskich z napisem Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego; flaga Polski z napisem Rzeczpospolita Polska; flaga Unii Europejskiej z napisem Dofinansowane przez Unię Europejską, nazwa projektu Dostępna stomatologia.

Treść stopki

Zestaw logotypów: Lider Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz partnerzy: Avalon – bezpośrednia pomoc niepełnosprawnym i Polskie Towarzystwo Stomatologiczne.