



Dostępność Plus

Ministerstwo Zdrowia

Raport z audytu wstępnego placówki medycznej

Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

wniosek o powierzenie grantu nr W-5102

przygotowany w ramach projektu Dostępność Plus dla zdrowia

1. Wprowadzenie

Niniejszy raport odnosi się do wstępnej oceny dostępności placówki Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach, polegającej na weryfikacji na miejscu przyszłej realizacji wnioskowanego zakresu rzeczowego projektu grantowego, uwzględniając stan wyjściowy, pod kątem możliwości wdrożenia założeń wynikających ze Standardu Dostępności Szpitali.

Raport prezentuje również ogólną ocenę dostępności oraz rekomendacje co do ewentualnej modyfikacji zakresu rzeczowego, biorąc pod uwagę wyniki przeprowadzonych działań audytowych. Rekomendacje wskazane w raporcie audytowym obligują Wnioskodawcę do poprawienia wniosku pod rygorem jego odrzucenia.

Bez względu na wyniki audytu oraz ujęcia wymagań w zakresie rzeczowym, zdecydowanie rekomendujemy wdrożenie wymagań koniecznych do spełnienia w ramach niniejszego projektu. Ich elementy są wymagane przez Ustawę z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

Pragniemy zwrócić uwagę, że prawo do ochrony zdrowia dotyczy każdego, w tym pacjentów ze szczególnymi potrzebami, o czym świadczą nie tylko zapisy ww. Ustawy, ale również akty wyższego rzędu, jak Konstytucja RP z 2 kwietnia 1997 r. (art. 68) czy Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych z 13 grudnia 2006 r. (art. 25).

W raporcie przedstawiono również analizę merytoryczną zakresu rzeczowego i finansowego zaproponowanych we wniosku rozwiązań. Analiza ta weryfikuje, czy zaproponowane przez wnioskodawcę rozwiązania pozwolą spełnić wymagania Standardu Dostępności Szpitala. Oprócz oceny zakresu rzeczowego, przedstawiono także uwagi i rekomendacje, które powinny pomóc zrozumieć problemy związane z dostępnością szpitali dla osób ze szczególnymi potrzebami, a co za tym idzie, lepiej wykorzystać możliwości projektu do likwidacji barier dostępności placówki szpitalnej.

2. Dane podstawowe

2.1 Rodzaj audytu: wstępny Szpital

2.2 Nazwa i adres placówki: Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach, Artwińskiego 3, 25-734 Kielce.

2.3 Numer wniosku o powierzenie grantu: W-5102



2.4 Data przeprowadzenia audytu: 2022.07.29

2.5 Skład Zespołu audytowego:

3. Wykorzystane metody badań audytowych

Tabela nr 1. Zestawienie wykorzystanych badań dla komponentu architektonicznego

Obszar standardu	Nr i nazwa wymagania standardu	Metoda badawcza
Architektoniczny	I Dojście i parking – spoza zakresu ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	II Zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków – zakres ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	III Komunikacja pionowa – zakres z ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	IV Rejestracja i informacja – spoza zakresu ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	V Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy – zakres ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	VI Pomieszczenia higieniczno-sanitarne – spoza zakresu ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	VII Izba przyjęć/SOR – zakres ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	VIII Oddział – spoza zakresu ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad

Architektoniczny	IX Pomieszczenia towarzyszące – spoza zakresu ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	X Zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego – zakres ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	XI Zapewnienie wstępu do budynku psa do dogoterapii – spoza zakresu ustawy	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad
Architektoniczny	XII Zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób – zakres ustawy o dostępności	pomiar, analiza ekspercka, wizja lokalna, wywiad

Tabela nr 2. Zestawienie wykorzystanych badań dla komponentu cyfrowego

Obszar standardu	Nr i nazwa wymagania standardu	Metoda badawcza
Cyfrowy	I Dostępność strony internetowej szpitala – zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	II Dostępność aplikacji mobilnych – zakres ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	III Dostępne dokumenty publikowane na stronie internetowej szpitala – zakres ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	IV Dostępne treści publikowane na stronie internetowej szpitala – zakres ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	V Dostępne usługi w zakresie telemedycyny – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad

Cyfrowy	VI Świadczenie usług w modelu telemedycznym – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	VII Systemy wspomagające obsługę pacjentów ze szczególnymi potrzebami – spoza zakresu ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	VIII Zapewnienie przez placówkę dostępu alternatywnego – zakres ustawy o dostępności, wymagania dodatkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	IX Zastosowanie przez placówkę zasady tekstu łatwego do czytania – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania dodatkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	X Kompetencje cyfrowe personelu placówki – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania dodatkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	XI Dostępność infrastruktury IT do obsługi pacjentów stacjonarnie lub zdalnie – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania dodatkowe	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad
Cyfrowy	XII Dobre praktyki w zakresie dostępności cyfrowej	weryfikacja dokumentów, analiza ekspercka, wywiad

Tabela nr 3. Zestawienie wykorzystanych badań dla komponentu informacyjno-komunikacyjnego

Obszar standardu	Nr i nazwa wymagania standardu	Metoda badawcza
Informacyjno-komunikacyjny	I Utworzenie i utrzymanie wsparcia komunikacji dla osób ze szczególnymi potrzebami w zakresie narządów słuchu i mowy, zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno-komunikacyjny	II Rozwiązania techniczne wspierające osoby ze szczególnymi potrzebami w	weryfikacja dokumentów, wywiad



	zakresie narządów słuchu i mowy – zakres ustawy o dostępności	
Informacyjno- komunikacyjny	III Opublikowanie na stronie internetowej szpitala informacji o zakresie działalności – zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	IV Składanie wniosku przez osobę ze szczególnymi potrzebami w zakresie poprawy komunikacji – zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	V Organizacja i procedury zapewniające dostępność szpitala osobom ze szczególnymi potrzebami – zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	VI Monitorowanie grupy pacjentów ze szczególnymi potrzebami – spoza zakresu ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	VII Dostęp alternatywny – zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	VII Wnioski i skargi dotyczące dostępności (dotyczy placówek publicznych) – zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	o zapewnienie dostępności wraz z raportem z wypracowanych rozwiązań – wymagania dodatkowe	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	IX Personel a dostępność – spoza zakresu ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	X Audyt dostępności – spoza zakresu ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno- komunikacyjny	XXI Certyfikacja dostępności – zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad



Informacyjno-komunikacyjny	XI Raportowanie o stanie zapewniania dostępności – zakres ustawy o dostępności	weryfikacja dokumentów, wywiad
Informacyjno-komunikacyjny	XII Dobre praktyki w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej	weryfikacja dokumentów, wywiad

4. Ogólna ocena dostępności placówki

4.1 Ogólny poziom dostępności placówki

W zakresie **komponentu architektonicznego** dostępność placówki jest na poziomie **niewystarczającym**.

W zakresie **komponentu cyfrowego** dostępność jest na **niskim** poziomie. Obecnie placówka nie jest w pełni dostępna dla żadnej z grup osób ze szczególnymi potrzebami, względem wszystkich wymogów standardu cyfrowego. Placówka posiada w części dostępną stronę, ale nie spełnia ona wymagań WCAG 2.1. Posiada e-rejestrację i nie posiada też żadnej innej aplikacji ułatwiającej dostęp dla osób ze szczególnymi potrzebami.

Placówka pod względem informacyjno-komunikacyjnym jest na niewystarczającym, niskim poziomie. Brak wiedzy z zakresu dostępności wśród kadry, brak procedur obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami, brak właściwych oznaczeń oraz brak narzędzi wspierających komunikację powodują, iż w tym zakresie placówka wymaga szerokich działań.

4.2 Ocena opisowa dostępności placówki

Dostępność architektoniczna

Dojście i parking – spoza zakresu ustawy o dostępności

Dojście do placówki jest utwardzone i równe o właściwym nachyleniu, prawidłowej szerokości oraz nie posiada żadnych przeszkód poprzecznych. Na całej długości dojścia do placówki brakuje systemu poziomych znaków informacyjno-rozpoznawczych np. oznaczeń fakturowych, ułatwiających orientację osobom niedowidzącym i niewidomym (system powinien być uzupełnieniem innych elementów, które są punktami orientacyjnymi w przestrzeni, takich jak elewacje budynków, krawężniki czy przejścia dla pieszych). W dojściu do budynku brakuje miejsc odpoczynku.

Zlokalizowane są 2 ławki z oparciami i podłokietnikami przy wejściu na SOR.

Przy szpitalu wyznaczone są dwa naziemne miejsca parkingowe, spełniające SDS. Dodatkowo miejsca parkingowe dla osób z niepełnosprawnościami są wyznaczone w parkingu wielopoziomowym znajdującym się przy szpitalu. Miejsca są prawidłowej szerokości, jednak brak prawidłowego oznakowania, występuje oznakowanie poziome, brak oznaczenia kolorem niebieskim.

Dojście do Kliniki Pediatrii szerokie, z licznymi ubytkami w nawierzchni. Parking posiada bardzo zniszczoną nawierzchnię. Brak miejsca parkingowego oznaczonego prawidłowo dla osób z niepełnosprawnością.

Zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków – zakres ustawy o dostępności

W szpitalu został przeprowadzony audyt we wszystkich pawilonach wraz z łącznikami, w SOR oraz w Klinice Pediatrii, która mieści się w innym budynku (przy Świętokrzyskim Centrum Onkologii).

Placówka szpitala jest bardzo przestronna, daje swobodę przemieszczania się. Korytarze na wszystkich kondygnacjach mają właściwe parametry. Pawilony A, B, C wraz z Klinikami mieszczącymi się w nich oraz Kliniką Pediatrii są bardzo zróżnicowane pod względem dostępności.

Do wejścia głównego w placówce przy ul. Grunwaldzkiej 45 prowadzą schody i pochylnia dla osób z niepełnosprawnością.

Pochylnia niezgodna z SDS. Posiada prawidłową szerokość (124 cm), lecz nieprawidłową długość pojedynczego biegu - długość pochylni wynosi 32 metry bez spoczników pośrednich.

Maksymalna długość pojedynczego odcinka pochylni powinna wynosić maksymalnie 9 m.

Pochwyty nieprawidłowe, nie są przedłużone na końcach. Pochylnia nie ma fakturowych ani kontrastowych oznaczeń.

Drzwi wejściowe główne do placówki posiadają właściwą szerokość, drzwi nie zostały odpowiednio skontrastowane z elewacją budynku, nie są oznaczone poprzez pasy kontrastowe. Wiatrołap ma prawidłowe parametry – zachowano odpowiednią przestrzeń manewrową. W wiatrołapie znajduje się wycieraczka metalowa, zagłębiona w podłodze lecz o nieprawidłowych rozmiarach (otwory większe niż 1 cm). Optymalnym rozwiązaniem są wycieraczki systemowe zagłębione w posadzce, tak aby tworzyły z nią równą płaszczyznę.

W celu skorzystania w windy zlokalizowanej przy wejściu głównym należy skorzystać ze schodów lub pochylni. Pochylnia nie spełnia żadnego z kryteriów SDS - niemożliwa do pokonania samodzielnie np. przez osobę na wózku. Brak dzwonka przywołującego osobę wspierającą lub chociażby pracownika ochrony.

Korytarze na wszystkich kondygnacjach mają właściwe parametry, zgodne z SDS. Drzwi do

pomieszczeń o prawidłowych wymiarach 90 cm i 100 cm.

Miejsca odpoczynku w placówce to w większości krzesła lub ławki. Niektóre z nich wyposażone są w podłokietniki. Posadzka w całym obiekcie wykonana została z wykładziny oraz gresu. Oba materiały nie odbijają światła i zapewniają odpowiednią przyczepność. Oświetlenie w całym budynku jest równomierne i na wystarczającym poziomie jasności.

Oddziały szpitala bardzo zróżnicowane pod kątem dostępności. Brak oznaczeń dla osób z niepełnosprawnością wzroku ułatwiających nawigację po budynku.

Wejście do Kliniki Pediatrii - drzwi wejściowe główne do placówki posiadają właściwą szerokość, drzwi nie zostały odpowiednio skonstrastowane z elewacją budynku, nie są oznaczone poprzez pasy kontrastowe. Wiatrołap ma prawidłowe parametry – zachowano odpowiednią przestrzeń manewrową. Wycieraczka dywanowa, nieprzymocowana do podłogi.

Korytarze na wszystkich kondygnacjach mają właściwe parametry, zgodne z SDS. Drzwi do pomieszczeń o prawidłowych wymiarach 90 cm i 100 cm.

Miejsca odpoczynku w placówce to krzesła i ławki bez podłokietników. Posadzka w całym obiekcie wykonana została z wykładziny oraz gresu. Oba materiały nie odbijają światła i zapewniają odpowiednią przyczepność. Oświetlenie w całym budynku jest równomierne i na wystarczającym poziomie jasności.

Komunikacja pionowa – zakres z ustawy o dostępności

Schody zewnętrzne: przy wejściu głównym niezgodne z SDS. Liczba stopni i ich wysokość jest zgodna ze standardem, szerokość stopni jest zgodna z warunkami technicznymi, jednak schody posiadają "noski". Brak barierki pośredniej oraz bocznych. Schody nie mają fakturowych ani kontrastowych oznaczeń (obecne oznaczenie taśmą BHP nie spełnia SDS).

Schody wewnętrzne: główne klatki schodowe nie były remontowane oprócz malowania ich. Szerokość i wysokość schodów prawidłowa. Schody posiadają "noski", brak prawidłowych pochwytów. Schody nie mają fakturowych ani kontrastowych oznaczeń (obecne oznaczenie taśmą BHP nie spełnia SDS).

Schody wewnętrzne w Klinice Pediatrii, w której zaplanowane zostały prace remontowo-budowlane w celu przystosowania placówki

Windy: przed windami zapewniona wystarczająca ilość miejsca zapewniająca przestrzeń manewrową. Drzwi do dźwigów windowych są skonstrastowane ze ścianami, zapewniają szerokie wejście (min. 110 cm). Brak informacji o numerze kondygnacji, jest jedynie wyświetlacz wskazujący aktualną pozycję windy. Panele zewnętrzne umieszczone są na właściwych wysokościach. W jednej

windzie (nowsza) posiadają wypukłe, nieskontrastowane przyciski z oznaczeniem w alfabecie Braille'a. W pozostałych windach nie posiadają prawidłowych przycisków i oznaczeń. Kabiny o prawidłowych szerokościach. Panele wewnętrzne są umieszczone prawidłowo.

Winda w Klinice Pediatrii nie spełnia wymogów do przewozu osób chorych na łózkach - jest to bardzo utrudnione ze względu na rozmiar windy. Panele prawidłowe, zamieszczone na zgodnej z SDS wysokości.

Rejestracja i informacja – spoza zakresu ustawy o dostępności

Rejestracja (przyjęcia planowe) mieści się na parterze w budynku przy ul. Grunwaldzkiej 45.

W rejestracji zamontowano szybę niewyposażoną w interkom. Osoby pracujące w rejestracji są właściwie oświetlone. Obniżona lada. Brak siedzisk z podłokietnikami. Brak tłumacza PJM i pętli indukcyjnej. Włączniki świateł i gniazdka znajdują się na nieprawidłowych wysokościach. Zapewniona jest przestrzeń manewrowa oraz odpowiednia ilość miejsca na nogi przy biurkach dla pracowników.

W rejestracji Kliniki Pediatrii brak obniżonej lady. Przestrzeń manewrowa przed rejestracją prawidłowa. Brak siedzisk z podłokietnikami. Brak tłumacza PJM i pętli indukcyjnej. Włączniki świateł i gniazdka znajdują się na nieprawidłowych wysokościach. Zapewniona jest przestrzeń manewrowa oraz odpowiednia ilość miejsca na nogi przy biurkach dla pracowników.

Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy – zakres ustawy o dostępności

W placówce brak jest planu tyflograficznego, informacji dotykowej lub głosowej na temat rozkładu pomieszczeń. W części budynku zastosowano oznaczenia kierunkowe i piktogramy wskazujące drogę oraz tablice informacyjne. Przy salach na oddziałach, gabinetach i innych pomieszczeniach umieszczono numery i tabliczki z nazwami pomieszczeń.

Pomieszczenia higieniczno-sanitarne – spoza zakresu ustawy o dostępności

Przed wejściami do toalet wystarczająca przestrzeń manewrowa. Wewnątrz, w przypadku przystosowanych toalet w większości spełniają wymogi SDS. Posiadają umywalki i miski ustępowe dostosowane do wymogów SDS, wyposażone w pochwyty. W większości toalet zamieszczony system przywoławczy. Natryski w miejscach przystosowanych posiadają wejścia bez progowe, z wyprofilowaną podłogą. Ściany oraz podłoga często w nie kontrastowych kolorach, nie powodujących odbijania światła. Włączniki światła, dozowniki mydła, podajniki papieru znajdują się w większości na nieprawidłowej wysokości.

Toalety w budynku, w którym mieści się Klinika Pediatrii niezgodne z SDS. Brak odpowiedniej

przestrzeni manewrowej. Drzwi o szerokości 80 cm. Toaleta niedostosowana dla osób z niepełnosprawnością ani dla dzieci.

Izba przyjęć/SOR – zakres ustawy o dostępności

Wejście prowadzące do Izby Przyjęć posiada nawierzchnię równą, lecz o zbyt wysokim kącie nachylenia. Przed Izba Przyjęć zapewniona wystarczająca przestrzeń manewrowa. W rejestracji zamontowano szybę nie wyposażoną w interkom. Obniżona lada. Lada rejestracji wykonana z materiałów, niepowodujących tzw. olśnień. Brak siedzisk z podłokietnikami. Brak tłumacza PJM i pętli indukcyjnej.

Dojście na SOR utwardzone i równe o właściwym nachyleniu, prawidłowej szerokości oraz nie posiada żadnych przeszkód poprzecznych. Drzwi o prawidłowej szerokości, nie zostały odpowiednio skontrastowane, brak oznaczeń dla osób niewidomych. Przy wejściu wycieraczka gumowa, nieprzytwierdzona do podłoża. Przed rejestracją na SOR zapewniona wystarczająca przestrzeń manewrowa. Błaty obniżone, z możliwością podjechania wózkiem. W rejestracji zamontowano szybę niewyposażoną w interkom. Brak siedzisk z podłokietnikami. Brak tłumacza PJM i pętli indukcyjnej. Przestrzeń zajmowana przez pracowników znajduje się za drzwiami o prawidłowych wymiarach. Włączniki światel i gniazdko są na nieprawidłowych wysokościach. Zapewniona została prawidłowa przestrzeń na nogi pod biurkiem jednak nie ma prawidłowej przestrzeni manewrowej. SOR został wyposażony w system elektronicznych numerków wraz z tablicami informacyjnymi – elektronicznymi.

Oddział – spoza zakresu ustawy o dostępności

Wejścia na oddziały posiadają prawidłowe przestrzenie manewrowe oraz szeroką komunikację poziomą - spełniają wymogi Standardów Dostępności Szpitali.

Miejsca siedzące przed salami o prawidłowych wymiarach, ale bez podłokietników.

Na oddziałach zamontowano prawidłowe oświetlenie. Posadzka skontrastowana i antypoślizgowa, nie odbijająca światła.

Oddziały są bardzo zróżnicowane pod kątem dostępności. Kolorystyka i oznaczenia niejednolite.

Pod kątem dostępności architektonicznej nie są w pełni dostępne, np. poprzez zbyt wysoko zamontowane włączniki światel, klamki w drzwiach niezgodne z SDS. Lada rejestracyjne na oddziałach nie spełniają SDS. Brak obniżonych blatów.

Gabinety: wejścia przez szerokie drzwi (90 cm) nieskontrastowane ze ścianą drzwi. Brak

kontrastowych płaszczyzn ścian i podłóg. Nawierzchnie nie powodujące olśnienia. Zapewniona przestrzeń manewrowa wewnątrz i przed drzwiami. Włączniki światła i gniazdka na nieprawidłowych wysokościach. Leżanki w wielu gabinetach posiadają możliwość regulacji wysokości.

W gabinecie ginekologicznym fotel oraz dostęp do niego zgodny ze SDS. Wyposażenie dla pacjentów niewystarczające - brak krzeseł z podłokietnikami. W gabinetach znajdują się umywalki, jednak ze względu na brak możliwości podjechania pod nią wózkiem, nie spełnia ona wymagań SDS. Przy umywalce brak jest pochwytów oraz lustra na wysokości zgodnej z wymogami SDS.

Punkt pielęgniarok: lada na nieprawidłowej wysokości przeznaczonej dla osób stojących.

Wystarczająca przestrzeń manewrowa. Brak siedziska dla pacjenta oraz brak tłumacza PJM i pętli indukcyjnej. Przestrzeń zajmowana przez pracowników o prawidłowych wymiarach. Włączniki światła i gniazdka na nieprawidłowych wysokościach. Nie zapewniona została prawidłowa przestrzeń na nogi pod biurkiem oraz brak prawidłowej przestrzeni manewrowej.

Sala pacjentów: wejście przez szerokie (110 cm) i nieskontrastowane ze ścianą drzwi. Brak kontrastowych płaszczyzn ścian i podłóg. Zapewniona przestrzeń manewrowa przed drzwiami. Oświetlenie prawidłowe z doświetleniem poprzez okna. Włączniki światła i gniazdka na nieprawidłowych wysokościach. Brak siedzisk z oparciami i podłokietnikami. Łóżka z regulowaną wysokością (np. na oddziale ginekologiczno-położniczym, okulistycznym) lecz ogólnie nie w każdej sali pacjentów na oddziałach takie łóżka są.

Pomieszczenia towarzyszące – spoza zakresu ustawy o dostępności

Pokój socjalny: drzwi o właściwych parametrach, zapewniona przestrzeń manewrowa wewnątrz i przed drzwiami. Blat roboczy i umywalka bez możliwości podjechania wózkiem. Szafki umieszczone wysoko, z nieprawidłowymi uchwytami. Stół nie zapewniający prawidłowej przestrzeni na nogi.

Zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego – zakres ustawy o dostępności

Do budynku można wejść z psem asystującym, brak jednak odpowiedniego oznaczenia przy drzwiach wejściowych.

Zapewnienie wstępu do budynku psa do dogoterapii – spoza zakresu ustawy

Placówka umożliwia wejście do budynku przez psa do dogoterapii.

Zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób – zakres ustawy o dostępności

Placówka posiada na każdej kondygnacji plany ewakuacyjne. Działa również system alarmowy dźwiękowy i wizualny. Placówka posiada procedury ewakuacji osób ze szczególnymi potrzebami. Brak sprzętu ewakuacyjnego typu krzesła ewakuacyjne czy materace ewakuacyjne.



Zdjęcie nr 1: Dojście do placówki



Zdjęcie nr 2: Pochylnia przy wejściu głównym



Zdjęcie nr 3: Wejście główne



Zdjęcie nr 4: Strefa wejścia do placówki



Zdjęcie nr 5: Winda przy SOR



Zdjęcie nr 6: Toaleta dla osób z niepełnosprawnością



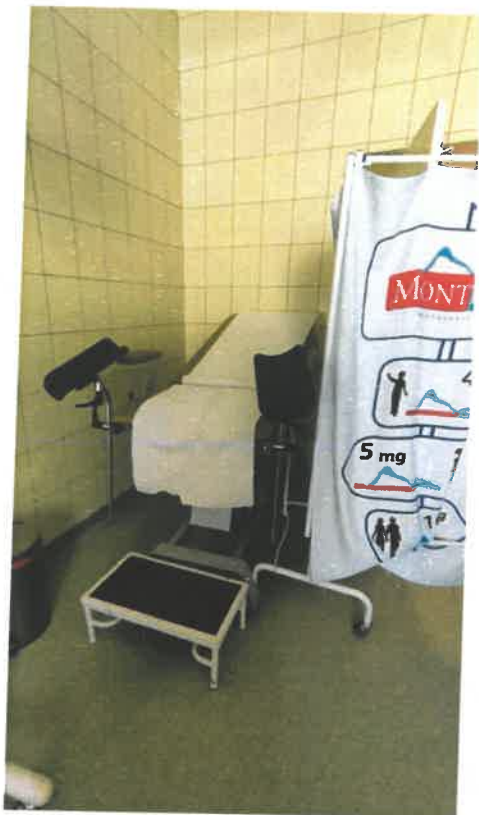
Zdjęcie nr 7: Klatka schodowa



Zdjęcie nr 8: Gabinet lekarski



Zdjęcie nr 9: Rejestracja w Klinice Pediatrii



Zdjęcie nr 14: Gabinet ginekologiczny



Zdjęcie nr 15: Izba przyjęć



Zdjęcie nr 16: Rejestracja SOR



Zdjęcie nr 17: Komunikacja pozioma - Klinika Pediatrii

Dostępność cyfrowa

Dostępność strony internetowej szpitala – zakres ustawy o dostępności

Strona internetowa pomimo usiłowania wdrożenia elementów dostępności jest częściowo zgodna z wymaganiami WCAG 2.1 jednak wymaga całkowitego utworzenia nowej dostępnej cyfrowo strony internetowej. Na stronie brak jest właściwie oznaczonej deklaracji dostępności zgodnie z wymogami WCAG 2.1 oraz ustawy o dostępności cyfrowej.

Dostępność aplikacji mobilnych – zakres ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe

Placówka nie posiada aplikacji mobilnej.

Dostępne dokumenty publikowane na stronie internetowej szpitala – zakres ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe

Dokumenty częściowo dostępne.

Dostępne treści publikowane na stronie internetowej szpitala – zakres ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe

Na stronie, barm jest możliwości zapoznania się z treścią, treści są pomijane przez czytniki. Czytniki poruszają się jedynie po linkach. Skip linki niewłaściwie zdefiniowane.

Dostępne usługi w zakresie telemedycyny – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe

Placówka oferuje usługi w formie teleporad. Na stronie znajduje się link do rejestracji on-line. Komponent dostępny cyfrowo.

Świadczenie usług w modelu telemedycznym – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania obowiązkowe

Placówka oferuje usługi w formie teleporad. Placówka nie korzysta z usług tłumacza języka migowego on-line

Systemy wspomagające obsługę pacjentów ze szczególnymi potrzebami – spoza zakresu ustawy o dostępności

Placówka posiada możliwość umówienia się na wizytę on-line. Strona logowania jest dostępna cyfrowo.

Zapewnienie przez placówkę dostępu alternatywnego – zakres ustawy o dostępności, wymagania dodatkowe

Teleporada.

Zastosowanie przez placówkę zasady tekstu łatwego do czytania – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania dodatkowe

Brak na stronie tekstu ETR (tekst łatwy do przeczytania).

Kompetencje cyfrowe personelu placówki – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania dodatkowe

Posiada w znikomym zakresie.

Dostępność infrastruktury IT do obsługi pacjentów stacjonarnie lub zdalnie – spoza zakresu ustawy o dostępności, wymagania dodatkowe

W minimalnym zakresie, wymagającym rozbudowy.

Dobre praktyki w zakresie dostępności cyfrowej

Brak.

Kryterium sukcesu	Poziom	Tak	Nie	Nie dotyczy
1.1.1 Treść nietekstowa	A		x	
1.2.1 Tylko audio lub tylko wideo	A			x
1.2.2 Napisy rozszerzone (nagranie)	A			x
1.2.3 Audiodeskrypcja lub alternatywa dla mediów (nagranie)	A			x
1.2.4 Napisy rozszerzone (na żywo)	AA			x
1.2.5 Audiodeskrypcja (nagrania)	AA			x
1.3.1 Informacje i relacje	A		x	
1.3.2 Zrozumiała kolejność	A		x	
1.3.3 Właściwości zmysłowe	A		x	
1.3.4 Orientacja - wyświetlanie treści w układzie poziomym, jak i pionowym	AA	x		
1.3.5 Określenie prawidłowej wartości	AA		x	
1.4.1 Użycie koloru	A	x		
1.4.2 Kontrola odtwarzania dźwięku	A			x
1.4.3 Kontrast (minimalny)	AA	x		
1.4.4 Zmiana rozmiaru tekstu	AA	x		
1.4.5 Tekst w postaci grafiki	AA	x		
1.4.10 Dopasowanie do ekranu	AA	x		
1.4.11 Kontrast elementów nietekstowych	AA	x		
1.4.12 Odstępy w tekście	AA	x		
1.4.13 Treści spod kursora lub fokusa	AA		x	
2.1.1 Klawiatura	A		x	
2.1.2 Brak pułapki na klawiaturę	A		x	
2.1.4 Jednoliterowe skróty klawiszowe	A		x	
2.2.1 Możliwość dostosowania czasu	A		x	
2.2.2 Wstrzymywanie (pauza), zatrzymywanie, ukrywanie	A		x	
2.3.1 Trzy błyski lub wartości poniżej progu	A		x	
2.4.1 Możliwość pominięcia bloków	A		x	

2.4.2 Tytuły stron	A		x	
2.4.3 Kolejność fokusu	A		x	
2.4.4 Cel linku (w kontekście)	A	x		
2.4.5 Wiele dróg	AA		x	
2.4.6 Nagłówki i etykiety	AA		x	
2.4.7 Widoczny fokus	AA		x	
2.5.1 Gesty punktowe	A		x	
2.5.2 Rezygnacja ze wskazania	A		x	
2.5.3 Etykieta w nazwie	A		x	
2.5.4 Aktywowanie ruchem	A		x	
3.1.1 Język strony	A	x		
3.1.2 Język części	AA		x	
3.2.1 Po oznaczeniu fokusem	A		x	
3.2.2 Podczas wprowadzania danych	A		x	
3.2.3 Spójna nawigacja	AA		x	
3.2.4 Spójna identyfikacja	AA		x	
3.3.1 Identyfikacja błędu	A		x	
3.3.2 Etykiety lub instrukcje	A		x	
3.3.3 Sugestie korekty błędów	AA		x	
3.3.4 Zapobieganie błędom (kontekst prawny, finansowy, związany z podawaniem danych)	AA			x
4.1.1 Poprawność kodu	A		x	
4.1.2 Nazwa, rola, wartość	A		x	
4.1.3 Komunikaty o stanie	AA		x	



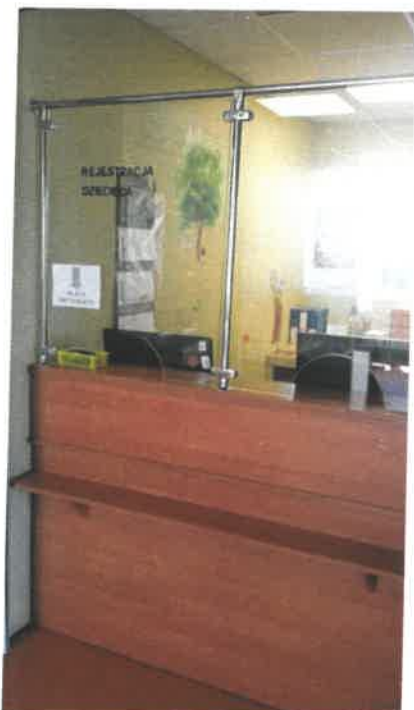
Zdjęcie nr 18: Zdjęcie ogólne serwerowni.



Zdjęcie nr 19: Gabinet lekarski.



Zdjęcie nr 20: Zdjęcie ogólne rejestracji.



Zdjęcie nr 21: Rejestracja dziecięca.

Dostępność informacyjno-komunikacyjna

Utworzenie i utrzymanie wsparcia komunikacji dla osób ze szczególnymi potrzebami w zakresie narządów słuchu i mowy, zakres ustawy o dostępności

Placówka nie posiada żadnych narzędzi wspierających/ poprawiających komunikację dla osób o szczególnych potrzebach w zakresie narządów słuchu i mowy. Nikt w placówce nie porozumiewa się w PJM, placówka nie ma dostępu do tłumacza on-line. Brak urządzeń wspierających osoby z niedosłuchem/niesłyszące. Jak dotąd personel placówki nie został przeszkolony w zakresie komunikacji z pacjentami ze szczególnymi potrzebami. Koordynator dostępności funkcjonuje w placówce od niedawna.

Na stronie www placówki brakuje informacji, z jakich form komunikacji mogą skorzystać pacjenci ze szczególnymi potrzebami - w szczególności utrudniony dostęp mają pacjenci z niepełnosprawnością słuchu, mowy i wzroku.

Pacjenci mogą komunikować się z placówką telefonicznie, bezpośrednio lub poprzez email. Nie ma zaś możliwości skomunikowania się za pomocą sms czy innych narzędzi typu mmms czy komunikator internetowy. Na stronie internetowej placówki nie ma umieszczonych treści dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Brakuje także tablic informacyjnych wewnątrz budynku, które spełniałyby standardy dostępności.

Brakuje także informacji o możliwych formach komunikacji dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

Rozwiązania techniczne wspierające osoby ze szczególnymi potrzebami w zakresie narządów słuchu i mowy – zakres ustawy o dostępności

Brak rozwiązań technicznych w zakresie wspierania komunikacji i obsługi osób ze szczególnymi potrzebami w zakresie narządów słuchu i mowy. Brak spełnienia minimalnych wymagań ustawy o dostępności.

Opublikowanie na stronie internetowej szpitala informacji o zakresie działalności – zakres ustawy o dostępności

Na stronie internetowej placówki brak informacji w zakresie działalności w odniesieniu do wymagań wskazanych w ustawie o dostępności. Brak spełnienia minimalnych wymagań ustawy o dostępności. Na stronie placówki brakuje informacji o zakresie działalności przygotowanej w formie dokumentu łatwego do czytania. Nie ma także dokumentu przygotowanego w formie nagrania w polskim języku migowym.

Składanie wniosku przez osobę ze szczególnymi potrzebami w zakresie poprawy komunikacji – zakres ustawy o dostępności

Brak wzoru wniosku na stronie Wnioskodawcy, brak odnośnika do wzoru opracowanego przez PFRON. Brak spełnienia minimalnych wymagań ustawy o dostępności w tym zakresie. W placówce nie ma opracowanego formularza wniosku, ani w formie papierowej ani elektronicznej, w którym pacjenci mogliby zgłosić potrzebę wybranej formy komunikacji z placówką.

Organizacja i procedury zapewniające dostępność szpitala osobom ze szczególnymi potrzebami – zakres ustawy o dostępności

Organizacja bazuje na dotychczasowych doświadczeniach w zakresie obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami, brak edukacji zespołu w tym zakresie, brak procedur oraz zasad realizacji szczególnych potrzeb. Placówka nie była audytowana w tym zakresie. Nie spełnia minimalnych wymagań ustawy o zapewnianiu dostępności.

W placówce został niedawno powołany koordynator ds. dostępności brak zespołu wspierającego osobę pełniącą tę funkcję. W placówce nie ma opracowanej procedury przyjaznej obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

Placówka świadczy wizyty domowe dla swoich pacjentów. Nie ma jednak prowadzonej listy pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

Na stronie www placówki nie ma zamieszczonych procedur obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami.

Monitorowanie grupy pacjentów ze szczególnymi potrzebami – spoza zakresu ustawy o dostępności

Placówka nie prowadzi rejestru, ani innej formy identyfikacji i monitorowania pacjentów o szczególnych potrzebach. Źródłem danych są dane statystyczne przedstawiane do rozliczeń z NFZ, gdzie można wysortować dane w zakresie kodu choroby, wieku osoby/ osób, wielkości populacji, rodzaju świadczeń z których korzysta dana grupa. Placówka nie monitoruje grupy pacjentów ze szczególnymi potrzebami w celu zapewnienia dostępności i aktualizacji standardów- bowiem takich standardów w formie procedur nie posiada.

Placówka nie prowadzi rejestru pacjentów ze szczególnymi potrzebami, a jedynie ogólny rejestr wszystkich pacjentów. Nie ma realizowanych systematycznych badań satysfakcji pacjentów i opinii kadry w tym zakresie.

Dostęp alternatywny – zakres ustawy o dostępności

W placówce brak znajomości zapisów odnoszących się do dostępu alternatywnego. Placówka nie prowadzi rejestru w zakresie alternatywnych form wsparcia.

Wnioski i skargi dotyczące dostępności (dotyczy placówek publicznych) – zakres ustawy o dostępności

W placówce nie prowadzi się rejestru wniosków i skarg dotyczących dostępności. Brak spełnienia minimalnych wymagań ustawy o dostępności.

Personel a dostępność – spoza zakresu ustawy o dostępności

Personel placówki zgodnie z informacjami przekazanymi podczas audytu to ponad 2000 osób. Z informacji uzyskanych w trakcie audytu wynika iż Koordynator Dostępności w placówce zorganizował wstępne szkolenie z zagadnień Ustawy (1h) w którym udział wzięło 30 osób. Uznać należy zatem iż personel nie był szkolony w zakresie wymagań ustawy o zapewnianiu dostępności. Wiedza w tym zakresie jest znikoma lub żadna. Pracownicy placówki, w tym personel zarządzający nie ukończyli szkolenia z zakresu wdrożenia i zapewnienia Standardu Dostępności szpitala.

Personel nie uczestniczył też w szkoleniu z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami, nie poznał więc zasad savoir vivre'u w kontakcie z takimi pacjentami.

Przedstawiciele kadry zarządzającej nie uczestniczyli w szkoleniu dedykowanym zatrudnianiu osób ze szczególnymi potrzebami.

Personel placówki nie posiada uniformów ani identyfikatorów identyfikujących wykonywany zawód.

Audyt dostępności – spoza zakresu ustawy o dostępności

Placówka nie przechodziła audytu dostępności. Brak analizy potrzeb w odniesieniu do minimalnych wymagań ustawy o zapewnianiu dostępności. Brak planu działania w tym obszarze.

Raportowanie o stanie zapewniania dostępności – zakres ustawy o dostępności

Placówka nie posiada dostępnego na stronie www, raportu o stanie zapewniania dostępności. Nie ma też możliwości weryfikacji, czy taki raport został przez nią opracowany i złożony.

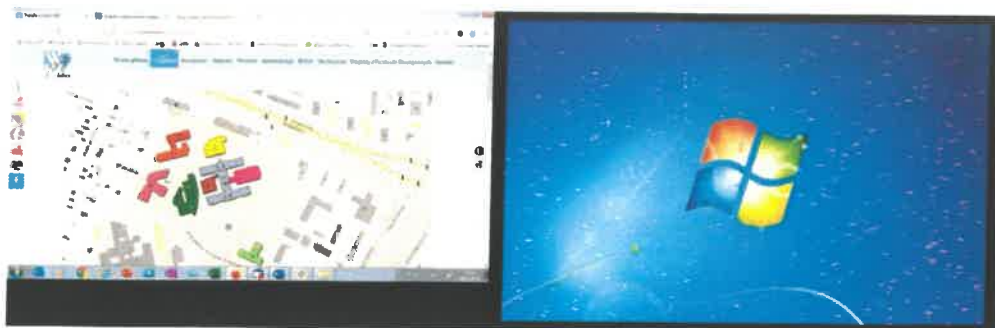
Dobre praktyki w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej

Brak dobrych praktyk w obszarze dostępności informacyjno-komunikacyjnej. W placówce nie ma aktualnie systemu audiowizualnego, który uwzględniałby ograniczenia i potrzeby osób z niepełnosprawnością słuchu, mowy, wzroku czy poruszania się.

Brak jest w placówce rozwiązań wspierających osoby z niepełnosprawnością wzroku: punktowego pisma dotykowego, planów tyflograficznych, systemów TGSi.

Punkt rejestracji w placówce nie dysponuje infografikami, które zwiększałyby możliwość komunikowania się z pacjentami z zaburzeniami mowy lub pamięci, czy z niepełnosprawnością intelektualną.

Pacjenci z niepełnosprawnością słuchu lub wzroku nie mają możliwości wyboru narzędzia komunikacji, które będzie dla nich komfortowe. W trakcie wizyty lekarskiej może być obecny opiekun takiego pacjenta, który będzie wspierał komunikację z nim.



Zdjęcie nr 22: rozkład budynków na terenie całego kompleksu - zdjęcie ze strony placówki

Główne zagrożenia i bariery dostępności dla pacjentów, jakie istnieją w placówce:

- utrudnione poruszanie się w części placówki - brak oznaczeń;
- utrudnione skorzystanie z toalety dla osób z niepełnosprawnością;
- utrudnione korzystanie z porad bezpośrednio w gabinetach lekarskich oraz skorzystania z usług w gabinecie zabiegowym;
- brak zapewnienia osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób;
- utrudnione korzystanie ze strefy oczekiwania na wizytę - niewystarczająca ilość miejsc z podłokietnikami;
- utrudnienia na salach pacjentów - niewystarczająca ilość łóżek z regulowaną wysokością;
- utrudniony przepływ informacji przez niedostępną częściowo cyfrowo stronę internetową;
- brak procedur w zakresie obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami;
- brak narzędzi alternatywnej komunikacji;
- brak właściwych komunikatów na stronie www;
- brak dostępnych informacji na terenie placówki;
- niewłaściwe oznakowanie pomieszczeń;
- brak wyszkolonej kadry w zakresie komunikacji z pacjentami ze szczególnymi potrzebami;
- brak narzędzi w zakresie ewakuacji osób o szczególnych potrzebach;
- brak cyklicznych audytów dostępności;
- brak rozwiązań wspomagających komunikację z pacjentami ze szczególnymi potrzebami.

Grupy pacjentów, dla których placówka jest dostępna:

- osób starszych i osłabionych chorobami;
- kobiet w ciąży;
- osób z małymi dziećmi, w tym z wózkami dziecięcymi;
- osób o nietypowym wzroście (w tym również dzieci);
- osób z ciężkim lub nieporęcznym bagażem, towarem.

Grupy pacjentów, dla których placówka jest niedostępna:

- osób poruszających się na wózkach, poruszających się o kulach, o ograniczonej możliwości poruszania się;
- osób niewidomych i słabowidzących;
- osób z niepełnosprawnością słuchu;
- osób głuchoniewidomych;
- osób mających trudności w komunikowaniu się z otoczeniem (także z rozumieniem języka pisanego albo mówionego).

5. Zakres rzeczowy wniosku o powierzenie grantu i jego ocena pod kątem realizacji założeń standardu wraz z oceną aspektów finansowych, w tym przyporządkowania wydatków do właściwych kategorii wynikających z Procedury oceny i wyboru wniosków dla naboru

Komponent architektoniczny

- Numer i nazwa standardu: 28. Dźwig osobowy (winda)
- **Treść zadania z HRP:** Zakup i wymiana dźwigu osobowego (windy) w Klinice Pediatrii.
- **Opis zadania z HRP:** Zakup dźwigu osobowego (windy). Roboty budowlano-montażowe związane z wymianą windy. Poprawienie możliwości przemieszczania się w II Kl. Pediatrii pomiędzy oddziałami: III Oddział Chorób Dziecięcych oraz Oddział Onkologii i Hematologii Dziecięcej
- Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu: Tak
- **Uzasadnienie:** Zadanie podniesie dostępność placówki dla osób ze szczególnymi potrzebami - przyjęte do realizacji.
- Analiza finansowa:

- **Uzasadnienie:** Po przeprowadzonej rozmowie audytowej wnioskodawca wnosi o usunięcie zadania. Rekomenduje się usunięcie zadania w całości. Kurs Audytowanie stron internetowych zgodnie ze standardem WCAG 2.1 – koszt 21 894,00 brutto
- Analiza finansowa:
 1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Nie dotyczy.
 2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznania potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Nie dotyczy.
 3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte: Rekomenduje się usunięcie zadania w całości.

Komponent informacyjno-komunikacyjny

- **Numer i nazwa standardu:** 36. Szkolenie kadry szpitala z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami
- **Treść zadania z HRP:** Szkolenie Polski Język Migowy
- **Opis zadania z HRP:** Przeszkolenie pracowników szpitala w zakresie polskiego języka migowego na I, II, III, IV poziomie. Zwiększenie skutecznej komunikacji personelu szpitala z osobami ze szczególnymi potrzebami. Liczba przeszkolonych osób: 51.
- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak

Uzasadnienie: W placówce, w które pracuje ponad 2000 osób przeszkolenie 51 pracowników z PJM, na IV poziomach nie gwarantuje stałej dostępności do tej formy komunikacji. Biorąc pod uwagę rozbudowaną strukturę techniczną, oraz fakt iż świadczenia realizowane są w wielu miejscach istnieje realne zagrożenie, iż założona forma zapewnienia dostępności komunikacji w PJM nie będzie efektywna i adekwatna do potrzeb. Komunikacja w PJM jest jednym z narzędzi komunikacji z osobami niesłyszącymi, jednakże aby właściwie posługiwać się tym narzędziem konieczna jest obok edukacji, praktyka i stałe podnoszenie kwalifikacji.

- Analiza finansowa:
 1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak z zastrzeżeniami (Wydatki są nieracjonalne bowiem nie gwarantują utrzymania efektów projektu przy zachowaniu wymaganej w projekcie 5 letniej trwałości. Rekomenduje się pozostawienie szkolenia dla 10 osób, szkolenie z poziomu I w kwocie 9000 zł brutto. Celem tego szkolenia będzie poznanie podstaw komunikacji w PJM, co ułatwi personelowi rozpoznanie osób korzystających z tej formy. Nie mając bieżącego kontaktu z językiem, ten element będzie wystarczającym do użytkowania komunikacji z wykorzystaniem narzędzi cyfrowych, które również Wnioskodawca w projekcie założył.
 2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak z zastrzeżeniami (Wnioskodawca przedstawił rozeznanie oraz listę osób zainteresowanych udziałem w szkoleniach. Każdy poziom to 80



h szkolenia. Brak informacji o zmianowości szkoleń oraz osób, które tę dostępność docelowo miałyby zapewnić.).

3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte:
Zadanie 36. Szkolenie kadry szpitala z zakresu komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami należy zmniejszyć z kwoty z 204 000,00 brutto do kwoty 9 000 brutto. Rekomenduje się pozostawienie szkolenia dla 10 osób, szkolenie z poziomu I w kwocie 9000 zł brutto.

- **Numer i nazwa standardu:** 16. Komunikacja na wniosek pacjenta ze szczególnymi potrzebami ze szpitalem
- **Treść zadania z HRP:** Usługa- tłumacz języka migowego online
- **Opis zadania z HRP:** Udostępnienie możliwości połączenia z tłumaczem PJM z pozycji szpitala do obsługi osób głuchych. Dostępność tłumacza od poniedziałku do piątku w godzinach 8,00 - 16,00
- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
- **Uzasadnienie:** Wydatek zasadny zgodny z założeniami Standardów Dostępności. Rekomenduje się aby dostęp do tłumacza PJM był 24/h tak, aby możliwa była obsługa pacjentów znajdujących się na oddziałach oraz tych korzystających z pomocy również w godzinach popołudniowych/ nocnych czy weekendy i święta.
- **Analiza finansowa:**
 1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak z zastrzeżeniami. Rekomenduje się zwiększenie wartości zadania do kwoty maksymalnie 20 000 zł rocznie, co uwzględniąc będzie szkolenie wprowadzające do korzystania z narzędzia dla personelu projektu, wykup licencji na dostęp do tłumacza PJM 24/h- 7 dni w tygodniu.
 2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak .
 3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte: Nie dotyczy.

?
rocznie
czy 10 m. wy

- **Numer i nazwa standardu:** 35. Szkolenie kadry szpitala z zakresu wdrożenia, stosowania i utrzymania Standardu Dostępności Szpitala z osobami ze szczególnymi problemami
- **Treść zadania z HRP:** Kurs Koordynatora ds. Dostępności
- **Opis zadania z HRP:** Przeszkolenie pracownika szpitala w zakresie Koordynatora ds. Dostępności. Poprawa dostępności szpitala poprzez wdrażania Standardu Dostępności . Liczba przeszkolonych osób: 1.
- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak z zastrzeżeniami

- **Numer i nazwa standardu:** 22. Urządzenia i sprzęt medyczny zwiększające dostępność szpitala dla osób ze szczególnymi potrzebami
- **Treść zadania z HRP:** łóżka
- **Opis zadania z HRP:** Zakup łóżek dla osób ze szczególnymi potrzebami. Zwiększenie dostępności oddziału dla osób niepełnosprawnych 14 szt .
- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
- **Uzasadnienie:** Wydatek zgodny z standardami dostępności. Należy pamiętać jednak, iż muszą to być łóżka regulowane z możliwością swobodnej obsługi.
- **Analiza finansowa:**
 1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Tak.
 2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Tak.
 3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte: nie dotyczy.

- **Numer i nazwa standardu:** 24. Współpraca z podmiotem reprezentującym osoby ze szczególnymi potrzebami
- **Treść zadania z HRP:** Współpraca z organizacją pozarządową reprezentującą środowiska osób ze szczególnymi potrzebami
- **Opis zadania z HRP:** Podpisanie umowy z organizacją pozarządową w celu prowadzenia konsultacji i otrzymania wsparcia merytorycznego w zakresie zwiększania dostępności świadczonych usług dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami.
- **Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu:** Tak
- **Uzasadnienie:** Zadanie bezkosztowe, zgodne z założeniami Standardów dostępności.
- **Analiza finansowa:**
 1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Nie dotyczy. Zadanie bezkosztowe
 2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Nie dotyczy. Zadanie bezkosztowe
 3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte: nie dotyczy.

- **Numer i nazwa standardu:** 18. Powołanie koordynatora do spraw dostępności
- **Treść zadania z HRP:** Wyznaczenie osoby, która pełni funkcję koordynatora ds. dostępności

- **Opis zadania z HRP:** W WSZZ w Kielcach w Dziale Spraw Społecznych i Promocji Zdrowia jest zatrudniona Pani Olga Witecka na stanowisku starszy pracownik społeczny. Zgodnie z zaleceniami zawartymi w "Standardzie Dostępności Szpitala" będzie pełnić funkcję koordynatora ds. dostępności. Czynności Koordynatora będą zawarte w zakresie obowiązków.
- Poprawność zakresu rzeczowego pod kątem założeń standardu: Tak
- **Uzasadnienie:** Zadanie bezkosztowe, zgodne z założeniami Standardów dostępności. Koordynator został już powołany w jednostce.
- Analiza finansowa:
 1. Czy wydatki są racjonalne i efektywne? – Nie dotyczy. Zadanie bezkosztowe.
 2. Czy wnioskodawca przedstawił rozeznanie potwierdzające prawidłowość i racjonalność zaproponowanych wydatków? – Nie dotyczy. Zadanie bezkosztowe.
 3. Wskazanie wydatków niekwalifikowalnych, które muszą zostać bezwzględnie usunięte: Nie dotyczy.

6. Podsumowanie - wnioski i rekomendacje

Komponent architektoniczny

Zaplanowane działania podniosą dostępność placówki dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami i przyczynią się do większego komfortu w korzystaniu z jej usług. Zaplanowane przez Wnioskodawcę zadania są racjonalne i efektywne.

Komponent cyfrowy

W zakresie dostępności cyfrowej wniosek jest zasadny i jego realizacja przyczyni się do podniesienia dostępności placówki dla osób ze szczególnymi potrzebami.

Komponent informacyjno-komunikacyjny

Zadania, o które wnioskuje placówka są w części zasadne, wymagają korekty zarówno na poziomie opisu, jak i wielkości mierników. Placówka wymaga wsparcia w zakresie dostępności i rekomenduje się projekt do realizacji. We wskazanych (szczegóły są podane w ocenie zakresu-rzeczowego) zadaniach rekomenduje się obniżenie kosztów lub też zwiększenie.

I. Elementy wymagające wprowadzenia do wniosku o powierzenie grantu:

- zakup przenośnych pętli indukcyjnych na każdy oddział szpitalny oraz do każdej jednostki organizacyjnej, gdzie następuje kontakt z pacjentem lub jego opiekunem – 5 szt. Kwota rekomendowana to 1200 zł brutto/ szt.

- zakup stanowiskowych pętli indukcyjnych na każdą rejestrację oraz do SOR – 3 szt. Kwota rekomendowana 2000 zł brutto/ szt.
- zakup tabletów wraz z programem Mówik (lub równoważnym) - min. 1 na budynek – 4 szt. Kwota rekomendowana to 2500 zł brutto/ szt.
- zakup tabletów do korzystania z tłumacza PJM na każdym oddziale oraz w miejscach obsługi pacjenta tj. poradniach, SOR – 20 szt. Kwota rekomendowana to 2000 zł brutto/ szt.
- zakup waga dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich - min. 1 na budynek – 6 szt. Kwota rekomendowana to 11000 zł brutto/ szt.
- zakup wózków inwalidzkich dla pacjentów bariatrycznych min. 1 na budynek – 6 szt. Kwota rekomendowana to 9000 zł brutto/ szt.
- zakup etykiet i tabliczek z napisami brajlowskimi - 65 szt. Kwota rekomendowana to 100 zł brutto/ szt.

II. Elementy wymagające usunięcia z wniosku o powierzenie grantu:

- Kurs Tworzenie stron internetowych zgodnie z WCAG - 6 888,00 brutto
- Kurs Audytowanie stron internetowych zgodnie ze standardem WCAG 2.1 - 21 894,00 brutto
- Szkolenie Polski Język Migowy - kwota 195 000 zł brutto. (Należy zmodyfikować zadania pozostawiając jedynie szkolenie z podstaw PJM dla 10 osób, min. 1 z budynku, która docelowo będzie wspierać wdrażanie komunikacji za pomocą aplikacji z dostępem do tłumacza on-line. Wartość rekomendowanej kwoty do 900 zł/ szkolenie/ 80h/ osoba. łącznie 9000 zł brutto/ projekt).
- Przeszkolenie pracownika szpitala na temat regulowania pracy systemu nerwowego, szczególnie kiedy łatwo ulega przeciążeniom - Szkolenie HANDLE® I , II
- Przeszkolenie pracowników szpitala w zakresie Asystenta osoby niepełnosprawnej - 400 zł brutto

7. Rekomendacje zadań poprawiających dostępność (poza wnioskiem o powierzenie grantu)

Poniższa tabela to zestawienie rekomendowanych zadań do wdrożenia przez placówkę, poza obszarem objętym finansowaniem.

Tabela nr 4.



Obszar standardu	Nr i nazwa standardu	Rekomendowane zadanie	Uzasadnienie rekomendacji
Architektoniczny	6 Miejsce postojowe – wymagania obowiązkowe	Dostosowanie oznaczeń miejsc parkingowych dla osób ze szczególnymi potrzebami na parkingu wielopoziomowym	Obecne miejsca postojowe dla osób z niepełnosprawnościami nie spełniają wymogów SDS
Architektoniczny	22 Pochylnia wewnętrzna – wymagania obowiązkowe	Dostosowanie pochylni wewnętrznej przy wejściu głównym do pawilonu A dla osób ze szczególnymi potrzebami	Obecna pochylnia dla osób z niepełnosprawnościami nie spełnia wymogów SDS
Architektoniczny	34 Rejestracja i informacja – wymagania obowiązkowe	Obniżenie ludy w Izbie Przyjęć i dostosowanie rejestracji do osób ze szczególnymi potrzebami	Obecnie nie spełnia wymogów SDS
Architektoniczny	47 Przewijak dla dorosłych – wymagania obowiązkowe	Wyznaczyć miejsce i wyposażyć je w przewijak dla dorosłych	Obecnie brak przewijaków dla osób dorosłych
Architektoniczny	XII Zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób – zakres ustawy o dostępności	Należy wyposażyć placówkę w sprzęty użyteczne podczas ewakuacji typu krzesła ewakuacyjne, materace ewakuacyjne	Obecnie brak sprzętu do ewakuacji
Architektoniczny	37 Zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy – wymagania obowiązkowe	Powiadomianie głosowe o rozkładzie pomieszczeń w budynku - zastosowanie systemu nawigacyjno-informacyjnego	Obecnie brak systemu nawigacyjno-informacyjnego
Informacyjno-komunikacyjny	1 Informacja o dostępnych formach komunikacji –	Opracowanie informacji i zamieszczenie na stronie www placówki oraz w	Obecnie brak w placówce takiego opracowania, informacji.



	wymagania obowiązkowe	miejscach przyjęć pacjentów, zawierającej dane o możliwych formach i narzędziach komunikacji stosowanych w placówce.	
Informacyjno-komunikacyjny	12 Dokument opisujący zakres działalności szpitala w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo – wymagania obowiązkowe	Opracowanie dokumentu opisującego zakres działalności szpitala zgodnie z wymaganiami Ustawy. Należy również zapewnić na stronie informację o działalności szpitala w PJM.	Obecnie, brak w placówce dostępu do informacji w takiej formie.
Informacyjno-komunikacyjny	IV Składanie wniosku przez osobę ze szczególnymi potrzebami w zakresie poprawy komunikacji – zakres ustawy o dostępności	Opracowanie lub skorzystanie z wzoru opracowanego i udostępnionego przez PEFRON, wzory wniosku o zapewnienie dostępności dla osób o szczególnych potrzebach.	Obecnie, brak w placówce dostępu do takiego wniosku. Brak procedur w tym zakresie.
Informacyjno-komunikacyjny	V Organizacja i procedury zapewniające dostępność szpitala osobom ze szczególnymi potrzebami – zakres ustawy o dostępności	Rekomenduje się, aby w ramach współpracy z NGO- zaplanowanej jako bezkosztowa w projekcie- opracować procedury obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami.	Obecnie, brak w placówce procedur w tym zakresie.
Informacyjno-komunikacyjny	29 Utworzenie i prowadzenie rejestru osób ze szczególnymi potrzebami – wymagania obowiązkowe	Opracowanie zasad prowadzenia rejestru i wdrożenie jego zakresu zgodnie z wymaganiami Ustawy.	Obecnie, brak w placówce takiego rejestru.
Informacyjno-komunikacyjny	XI Raportowanie o stanie zapewniania dostępności –	Należy opracować za pośrednictwem platformy GUS raport, a następnie	Obecnie na stronie Wnioskodawcy brak wymaganego raportu.



	zakres ustawy o dostępności	opublikowanie go na stronie internetowej Wnioskodawcy.	
--	--------------------------------	--	--

Załączniki

1. Lista sprawdzająca.