

STRESZCZENIE

Tytuł: Ocena dostępności instytucji publicznych dla osób niepełnosprawnych na przykładzie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Otwocku.

Wstęp: Liczba osób niepełnosprawnych w Polsce wynosi niemal 12,2% ludności kraju. Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego do 2050 r. populacja naszego kraju będzie stawała się coraz mniej liczna oraz coraz starsza. Prognozy stanowią, że w 2050 r. liczebność Polski zmniejszy się o 4,3 mln osób, a udział seniorów w społeczeństwie wyniesie ponad 40%. Aktualna oraz prognozowana sytuacja demograficzna spowoduje, że w sposób znaczący zwiększy się odsetek osób ze szczególnymi potrzebami, w tym również osób niepełnosprawnych. Instytucje publiczne świadczące usługi społeczne oraz świadczenia zdrowotne, będą zobowiązane do zapewnienia społeczeństwu większej dostępności architektonicznej, informacyjno-komunikacyjnej oraz cyfrowej.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena dostępności instytucji zabezpieczenia społecznego dla osób niepełnosprawnych na przykładzie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. Adama Grucy CMKP w Otwocku.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzone zostały w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych na terenie całego kraju oraz w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Adama Grucy CMKP w Otwocku. W obu tych podmiotach osoba prowadząca badania pełni funkcję koordynatora ds. dostępności i odpowiada za zapewnienie dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami¹.

Przeprowadzone badania dostępności jednostek w zakresie dostępności: architektonicznej oraz informacyjno-komunikacyjnej. Badania miały charakter terenowy i zostały przeprowadzone na podstawie autorskich matryc diagnostycznych. Badaniu zostały poddane 424 budynki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz kompleks 15 budynków Szpitala im. Prof. Grucy w Otwocku.

Badania dostępności w przeprowadzone zostało w 439 budynkach według tych samych narzędzi badawczych i ten sam sposób – poprzez przeprowadzenie wizji lokalnej. Z uwagi na różnicę wielkości i rozmieszczenia podmiotów badanych (ZUS ma placówki zlokalizowane na terenie całego kraju) a Szpital jest podmiotem mieszczącym się w jednej lokalizacji (w Otwocku) i składa się z kompleksu 15 budynków. Podczas diagnozowania barier i utrudnień w Szpitalu, za punkt odniesienia przyjęto Standard Dostępności Szpitali autorstwa Ministerstwa Zdrowia. Mniejszy obszar badawczy Szpitala wprost przełożył się na mniejszą liczbę zdiagnozowanych barier i utrudnień. Zwrócić jednak należy uwagę, że celem badania nie była analiza porównawcza a zobrazowanie dostępności podmiotów zabezpieczenia społecznego względem osób ze szczególnymi potrzebami.

Wyniki: Przeprowadzone badanie dostępności ZUS oraz Szpitala pozwoliło zidentyfikować 12.128 barier dla osób niepełnosprawnych w obszarze architektonicznym oraz informacyjno-komunikacyjnym. Statystycznie wskazuje to na występowanie ok. 28 barier w każdym z badanych budynków. Największy odsetek barier został zdiagnozowany w obszarze informacyjno-komunikacyjnym. Analiza zliczonych barier wykazała, iż w 79% budynków ujętych w „Macierzach” brak jest pomieszczeń wyposażonych w urządzenia wspomagające słuch, np. pętle indukcyjne (DI15), a w 89% obiektów nie zastosowano oznaczenia dróg ewakuacji za pomocą pisma Braille’a lub systemu wypukłych znaków (DI16). Ponadto wskazano, iż w budynkach brak jest: świetlnego systemu powiadamiania alarmowego (DI19) w 59% obiektów, czytelnych informacji na

¹ Zgodnie z zapisami art. 14 ustawy o zapewnieniu dostępności, każdy organ władzy publicznej ma obowiązek wyznaczyć co najmniej jedną osobę pełniącą funkcję koordynatora do spraw dostępności.

poszczególnych kondygnacjach o numerze piętra widocznych zarówno dla osób poruszających się po budynku schodami jak i windą (DI02) w 52% budynków oraz niezastosowanie piktogramów z podstawowymi funkcjami obiektu i kierunkami dotarcia do najważniejszych pomieszczeń (DI06) w 43% budynków. Kolejnymi barierami okazały się braki w wyposażeniu obejmującym bezpośredni lub zdalny dostęp do tłumacza języka migowego (DI10) w 41% budynków oraz urządzeń niezbędnych do obsługi wideotłumacza (DI11) w 58% budynków.

Analiza dostępności w obszarze architektonicznym wykazała, że budynki ZUS objęte badaniem obarczone były znacząco wyższym odsetkiem zidentyfikowanych barier niż budynki Szpitala. W tym obszarze najliczniej (niemal w 80% budynków) wskazano na dostępność/umiejscowienie urządzeń sterujących/wyłączników (CP21). Z uwagi na brak zdefiniowanych kryteriów wyszczególnienia tej informacji (np. wyłącznie w odniesieniu do ciągów komunikacyjnych wyznaczonych do przemieszczania się klientów lub pracowników niepełnosprawnych) ocena skali występowania tej bariery pod kątem konieczności jej usunięcia jest niemożliwa. Podobnie jak w odniesieniu do pozostałych barier w tym obszarze informacje mogą się powielać, jako że zgodnie z listą barier działania miały obejmować „analogiczną ocenę każdej kondygnacji” (część „Macierzy” sporządzono dla każdej kondygnacji budynku).

W 63% budynków wykazano brak na każdym piętrze toalet przystosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (CP23). Znaczące braki dotyczą także niedostosowania i wyposażenia istniejących toalet (CP24, CP25, CP26, CP27, CP28) w 25-48% budynków. W Szpitalu na każdym piętrze zlokalizowana była toaleta dla osób niepełnosprawnych. Aranżacja pomieszczeń i ciągów komunikacyjnych określona jako „...zaaranżowane w sposób przewidywalny/uporządkowany...” (CP12). Bariere tę wskazano w 47% budynków.

W 29% budynków wykazano barierę braku dostępności wszystkich stanowisk obsługi klientów dla osób poruszających się na wózkach (CP22). Ponadto, znaczący odsetek barier w omawianym obszarze stanowią braki oznaczeń schodów (CP06, CP07) w 60-64% budynków. Wykazano również braki wind/platform/podnośników umożliwiających ominięcie schodów (CP09) w 33% obiektów. W odniesieniu do zastosowanych materiałów wykończeniowych nawierzchni podłóg, schodów niemających właściwości antypoślizgowych (CP10) bariery wskazano w 24% budynków. Nieodpowiednią szerokość i wysokość drzwi wewnętrznych (CP13) wykazano w 29% budynków. W Szpitalu wszystkie budynki oraz piętra wyposażone są w windy, jedyna bariera, która została zdiagnozowana dotyczy braku modułów głosowych informujących pacjenta o piętrze.

Badanie dostępności wykazało, że Szpital ma ograniczone możliwości w zapewnieniu dostępności pacjentom z niepełnosprawnością narządu wzroku, słuchu oraz pacjentom z trudnościami w komunikowaniu się z otoczeniem (także z rozumieniem języka pisanego albo mówionego). Najwięcej (65%) zdiagnozowanych barier i utrudnień należało do obszaru komunikacyjno-informacyjnego. Brak jednolitego i spójnego graficznie systemu audiowizualnego, wspierającego komunikację personelu z pacjentami oraz brak rozwiązań technicznych wspierających komunikację z szpitalem dla osób słabowidzących, niesłyszących i mających problemy z komunikacją stanowi najpoważniejszą barierę wykazaną w badaniu własnym. W Szpitalu brak jest również czytelnej informacji na temat rozmieszczenia poszczególnych budynków oraz rozkładu pomieszczeń w każdym z budynków w sposób wizualny, dotykowy czy głosowy.

Barierę komunikacyjno-informacyjną zdiagnozowaną w Szpitalu powodują, że nie jest on przygotowany do kontaktów z głuchym pacjentem nieznającym języka polskiego. Personel nie zna problemów i potrzeb osób głuchych, błędnie tkwiąc w przekonaniu, że wszyscy głusi czytają z ruchu warg i że mogą czytać lub pisać po polsku. Brak przygotowania

personelu Szpitala (w szczególności SOR) do kontaktów z głuchymi może prowadzić do postępowania, które szkodzi głuchemu i naraża go na dodatkową traumę. W Szpitalu nie zostały opracowane i wdrożone standardy postępowania z głuchymi, niewidomymi oraz niepełnosprawnymi intelektualnie pacjentami.

Wnioski: Dostępność architektoniczna oraz informacyjno-komunikacyjna w obu badanych podmiotach publicznych wymaga poprawy. W odniesieniu do ZUS, należy w pierwszej kolejności znieść bariery architektoniczne w postaci 1 452 bariery zidentyfikowane przy wejściu do budynku, ponieważ to właśnie one powodują, że osoby niepełnosprawne nie mogą fizycznie dostać się do instytucji. Najliczniej występujące w tym obszarze braki, tj. zmienna faktura podłoża (WE05) w 72% budynków oraz kontrastowe oznaczenie schodów (WE10) w 51% budynków, będą prawdopodobnie relatywnie łatwiejsze do usunięcia niż zapewnienie automatycznie otwieranych drzwi (WE12) w 47% budynków, odpowiednich poręczy przy schodach (WE08) w 37% budynków czy parametrów pochylni (WE04) w 17% budynków.

Badanie dostępności wykazało również, że 27% budynków ZUS nie jest wyposażonych w windy (CW01), natomiast najczęściej występującą barierą w obiektach, w których zainstalowane zostały windy jest brak dodatkowego wyróżnienia, kolorystycznie i dotykowo, przycisku kondygnacji „zero” (CW11) w 29% budynków. Ponadto, brak sygnalizacji dźwiękowej informującej o zamykaniu i otwieraniu drzwi (CW06) w 24% budynków, a także brak poręczy po obu stronach wewnątrz wind (CW16) w 23% budynków. Znaczące odstępstwa stwierdzono w zakresie braku wyposażenia paneli sterujących w dodatkowe oznakowania dla osób niewidomych oraz braku informacji głosowej mówiącej, na którym piętrze winda się zatrzymała (CW09) w 19% budynków oraz sygnalizacji dźwiękowej przyjazdu windy (CW07) wskazującej, która winda przyjechała, w którą zmierza stronę, a także informacji o numerze piętra, na którym się aktualnie zatrzymała w 18% budynków.

Uzyskanie w badaniu wyniki mogą wspomóc opracowanie skutecznych strategii wdrożenia oraz monitorowania dostępności dla osób niepełnosprawnych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych oraz w Szpitalu im. Prof. Grucy w Otwocku.

Na podstawie wykonanych analiz wysunięto następujące wnioski:

1. W ponad 80% budynków w których przeprowadzono badanie dostępności, stwierdzono bariery i utrudnienia dla osób niepełnosprawnych.
2. Bariery dla osób niepełnosprawnych w zakresie dostępności komunikacyjno-informacyjnej stanowiły przeważającą (65%) większość nad barierami z obszaru architektonicznego i cyfrowego.
3. Najbardziej wykluczone z usług publicznych w badanych podmiotach (z uwagi na zidentyfikowane bariery) są osoby z niepełnosprawnością narządu wzroku i słuchu oraz osoby z niepełnosprawnością intelektualną.
4. Podmioty użyteczności publicznej, takie jak np. ZUS powinny mieć szczegółowo określone standardy dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami. Obecnie obowiązujące ustawodawstwo nie dookreśla rekomendowanych rozwiązań w obszarze dostępności architektonicznej i informacyjno-komunikacyjnej.
5. Spełnienie Standardów dostępności Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz Standardów Dostępności Szpitali opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia (marzec 2022) powinny być obligatoryjnym warunkiem dla podmiotów realizujących usługi zdrowotne finansowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Słowa kluczowe: dostępność architektoniczna, informacyjno-komunikacyjna, osoba niepełnosprawna, bariery.