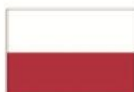




Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Badanie dostępności gabinetów stomatologicznych i usług świadczonych na rzecz osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami

RAPORT
KOŃCOWY

Styczeń 2026

Zamawiający
Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



ASMRESEARCH.PL





Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Raport końcowy „Badanie dostępności gabinetów stomatologicznych i usług świadczonych na rzecz osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami”

Zamawiający:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON)

al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa

www.pfron.org.pl

Wykonawca:

ASM Research Solutions Strategy Sp. z o.o.

ul. Grunwaldzka 5, 99-301 Kutno

asmresearch.pl / neurodata.pl

Kutno, styczeń 2026

Spis treści

I. Słownik pojęć głównych oraz wykaz skrótów	6
II. Streszczenie	9
III. Kontekst i problematyka badania	16
Dostępność usług stomatologicznych – dlaczego to ważne?	16
Założenia projektu	17
IV. Metodologia badania.....	19
Zakres i cel badania	19
Zastosowane metody i techniki badawcze	23
V. Wyniki analizy danych zastanych.....	30
Standardy i wytyczne w zakresie dostępności.....	31
Trudności i przeszkody w zapewnieniu dostępności gabinetów stomatologicznych	34
Potrzeby/dostosowania, które powinny być zaspokojone w ramach istniejących przepisów prawnych	35
Bariery i ograniczenia w dostępie do usług stomatologicznych	37
Wiedza personelu i dostosowania gabinetów	39
Kluczowe potrzeby osób z niepełnosprawnościami.....	41
Rekomendacje i zalecenia.....	42
VI. Analiza standardów i wytycznych dotyczących dostępności gabinetów stomatologicznych i usług stomatologicznych świadczonych na rzecz osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami, z dwóch państw europejskich.....	44
Niemcy	45
Wielka Brytania	49
VII. Analiza dostępności gabinetów stomatologicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym osób z niepełnosprawnościami.....	52
Charakterystyka badanych gabinetów stomatologicznych	52
Stan wiedzy i obawy personelu w odniesieniu do dostępności gabinetów stomatologicznych	56

Dostępność architektoniczna, cyfrowa i informacyjno-komunikacyjna gabinetów stomatologicznych	62
Oceny dostępności gabinetów stomatologicznych z perspektywy personelu oraz osób z niepełnosprawnościami.....	72
Ocena kluczowych dostosowań zwiększających dostępność gabinetów stomatologicznych	92
Odmowy świadczenia usług stomatologicznych pacjentom/pacjentkom z niepełnosprawnościami	98
Możliwości i bariery rozwoju dostępności gabinetów stomatologicznych w ramach istniejących przepisów prawnych.....	106
Bariery i trudności w rozwoju dostępności gabinetów stomatologicznych	109
Dobre praktyki	116
VIII. Przygotowanie, doświadczenia i potrzeby szkoleniowe personelu gabinetów stomatologicznych w zakresie obsługi pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami	124
Przygotowanie i doświadczenie personelu gabinetów stomatologicznych do obsługi pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami.....	124
Potrzeby w zakresie szkoleń	141
IX. Perspektywy wykorzystania grantów na poprawę dostępności gabinetów stomatologicznych	151
Perspektywy rozwoju dostępności gabinetów stomatologicznych	151
Zainteresowanie gabinetów stomatologicznych pozyskaniem środków zewnętrznych	156
Proponowane kryteria naboru grantobiorców	161
X. Wnioski i rekomendacje	169
Rekomendacje do opracowania standardu dostępności gabinetów stomatologicznych	169
Rekomendacje do programu szkoleń dla personelu gabinetów stomatologicznych	174
Rekomendacje do naboru grantobiorców	188
Pozostałe główne wnioski z badania	194

I. Słownik pojęć głównych oraz wykaz skrótów

CATI – z języka angielskiego Computer Assisted Telephone Interview – wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny. Technika badawcza, metoda zbierania informacji w ilościowych badaniach rynku i opinii publicznej. W badaniach realizowanych metodą CATI wywiad z respondentem jest prowadzony przez telefon, a ankieter odczytuje pytania i notuje uzyskiwane odpowiedzi, korzystając ze specjalnego skryptu komputerowego. Skrypt pozwala na pewne zautomatyzowanie kwestionariusza, np. poprzez zarządzanie filtrowaniem zadawanych pytań lub losowanie kolejności, w jakiej określone kwestie będą odczytywane respondentowi.

CAWI – z języka angielskiego Computer-Assisted Web Interview – wspomagany komputerowo wywiad, realizowany przy pomocy strony internetowej. Jest to ilościowa metoda zbierania danych i informacji, w której respondent wypełnia ankietę w formie elektronicznej, najczęściej zamieszczonej na dostępnej stronie internetowej.

DR – z języka angielskiego desk research – metoda badawcza, w której korzysta się z już istniejących informacji (analiza danych zastanych). Badacz nie prowadzi nowych ankiet ani wywiadów, ale analizuje dostępne raporty, statystyki, artykuły, dane urzędowe i dokumenty. Celem takiej analizy jest lepsze zrozumienie badanego tematu i przygotowanie kolejnych etapów badania.

ETR – z języka angielskiego Easy to Read (tekst łatwy do czytania i rozumienia) – oznacza formę komunikacji pisemnej opracowaną tak, aby była prosta i zrozumiała dla jak najszerszej grupy odbiorców, w szczególności dla osób z trudnościami w czytaniu i rozumieniu, m.in. osób z niepełnosprawnością intelektualną, z trudnościami poznawczymi, dysleksją czy osób uczących się języka.

IDI – z języka angielskiego Individual In-Depth Interview – indywidualny wywiad pogłębiony realizowany zgodnie ze wcześniej opracowanym scenariuszem.

Kadra zarządcza – właściciel/menadżer/kierownik gabinetu stomatologicznego.

Nabór grantobiorców/ przedsięwzięć grantowych – nabór organizowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach projektu „Dostępna stomatologia” na przyznanie grantów placówkom publicznym i niepublicznym, które świadczą usługi stomatologiczne na podstawie kontraktu

z NFZ w celu zwiększenia dostępności gabinetów i usług stomatologicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami.

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia – centralna instytucja w Polsce odpowiedzialna za organizację i finansowanie publicznej opieki zdrowotnej. NFZ zarządza środkami z obowiązkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne i podpisuje umowy z placówkami medycznymi, które świadczą usługi finansowane ze środków publicznych na rzecz osób ubezpieczonych. Dzięki temu ubezpieczeni mogą korzystać z opieki medycznej (lekarzy rodzinnych, specjalistów, hospitalizacji czy podstawowego leczenia stomatologicznego) bez bezpośrednich opłat w placówkach, które mają kontrakt z NFZ.

ONZ – Organizacja Narodów Zjednoczonych (z języka angielskiego United Nations, UN) – międzynarodowa organizacja państw powołana do współpracy międzynarodowej i utrzymania pokoju, która m.in. przyjęła Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych jako globalny dokument zobowiązujący państwa do ochrony praw osób z niepełnosprawnościami.

OPZ – Opis Przedmiotu Zamówienia – dokument w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, w którym zamawiający określa szczegółowo, co ma być wykonane lub dostarczone, w tym często wymagania dotyczące dostępności lub funkcji zamawianego rozwiązania.

Osoba ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami – na potrzeby badania przyjęto następującą definicję: osoba do 16 roku życia posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności lub osoba powyżej 16 roku życia posiadająca orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, lub orzeczenie równoważne. Badaniem zostały objęte osoby z niepełnosprawnością narządu wzroku, osoby z niepełnosprawnością narządu słuchu, osoby z niepełnosprawnością fizyczną i ruchu, osoby z chorobami psychicznymi, osoby z niepełnosprawnością intelektualną, osoby w spektrum autyzmu.

Panel ekspercki (PE) – spotkanie zespołu ekspertów dobranych ze względu na swoje szczególne kompetencje, wiedzę i doświadczenie, którego celem jest dokonanie analizy, oceny i interpretacji określonych danych (np. wyników badań otrzymanych za pomocą innych technik badawczych) oraz sformułowanie wniosków i rekomendacji.

PAPI – z języka angielskiego Paper and Pencil Interview – bezpośredni indywidualny wywiad kwestionariuszowy w trakcie, którego ankieter wykorzystuje papierowy kwestionariusz wywiadu, czytając respondentowi pytania i ręcznie zakreślając jego odpowiedzi.

Personel medyczny - pomocniczy – osoby z wykształceniem medycznym (średnim, policealnym lub wyższym), pracujące w gabinecie stomatologicznym w roli pomocy lekarza/lekarki stomatologa/dentysty, bez względu na formę zatrudnienia.

Personel niemedyczny – osoby pracujące w gabinecie stomatologicznym bez względu na formę zatrudnienia, wykonujące czynności wspierające, obsługowe np. recepcjonistka, pracownik administracyjny.

PJM – Polski Język Migowy – naturalny język wizualno-przestrzenny używany do komunikowania się przez społeczność Głuchych w Polsce. Ma własną gramatykę i strukturę i jest odrębnym językiem od polskiego języka mówionego.

TDI – z języka angielskiego Telephone In-Depth Interview – telefoniczny wywiad pogłębiony polegający na przeprowadzeniu ustrukturyzowanej telefonicznej rozmowy z respondentem, zgodnie z opracowanym scenariuszem.

Transkrypcja wywiadu – przepisanie, w formie tekstowej, wywiadu nagranego w formie audio i/lub wideo, z wyraźnym oddzieleniem/oznaczeniem wypowiedzi moderatora oraz wypowiedzi poszczególnych respondentów.

WCAG – z języka angielskiego Web Content Accessibility Guidelines – standard opublikowany przez organizację W3C (w języku angielskim „World Wide Web Consortium”, 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.

II. Streszczenie

Cel i zakres badania

Celem badania była analiza stanu dostępności gabinetów stomatologicznych w obszarze dostępności architektonicznej, cyfrowej i informacyjno-komunikacyjnej oraz świadczonych przez nie usług dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami. Badanie oparto na danych ilościowych (CATI/CAWI) oraz jakościowych (IDI, panel ekspercki), co pozwoliło połączyć perspektywę kadry zarządczej i personelu gabinetów stomatologicznych, ekspertów, organizacji pozarządowych oraz pacjentów.

Dostępność gabinetów stomatologicznych – stan obecny

Dostępność gabinetów stomatologicznych pozostaje nierówna i silnie zróżnicowana terytorialnie. Najlepsza sytuacja występuje w miastach wojewódzkich i większych placówkach, natomiast w mniejszych miejscowościach i na obszarach wiejskich dostępność gabinetów stomatologicznych jest wyraźnie ograniczona. Kluczowym czynnikiem różnicującym nie jest przy tym sama lokalizacja (miasto–wieś), lecz wielkość i skala organizacyjna gabinetu (liczba stanowisk, liczebność zespołu).

Najczęściej wskazywane dostosowania dotyczą likwidacji barier fizycznych, takich jak progi, schody czy zbyt wąskie przejścia. Wiele gabinetów nadal nie spełnia nawet podstawowych wymagań w tym zakresie. Znacznie rzadziej wdrażane są rozwiązania z obszaru dostępności informacyjno-komunikacyjnej i cyfrowej, takie jak prosty język, czytelna komunikacja, ograniczanie bodźców czy dostosowanie organizacji wizyty do potrzeb pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami. Te elementy są często mylnie postrzegane jako dodatkowe, a nie jako integralna część dostępnej usługi stomatologicznej.

Badania jakościowe pokazują, że z perspektywy pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami brak rozwiązań informacyjno-komunikacyjnych i organizacyjnych bywa barierą decydującą o rezygnacji z wizyty, nawet w sytuacji, gdy gabinet jest fizycznie dostępny. Respondenci wskazywali, że nieprzewidywalność przebiegu wizyty, brak informacji o tym, czego się spodziewać, oraz konieczność każdorazowego dopytywania personelu powodują stres i zniechęcenie już na etapie podejmowania decyzji o leczeniu.

Bariery w korzystaniu z usług stomatologicznych

Najpoważniejszą barierą w dostępie do leczenia jest brak możliwości leczenia w znieczuleniu ogólnym, wskazywany przez ponad połowę kadry zarządczej. Bariera ta ma charakter systemowy i dotyczy zarówno ograniczeń organizacyjnych, jak i finansowych. Wywiady pogłębione pokazują jednak, że nawet tam, gdzie leczenie w znieczuleniu ogólnym nie jest wymagane, pacjenci/pacjentki z niepełnosprawnościami napotykają bariery o charakterze organizacyjnym i komunikacyjnym, które skutecznie ograniczają możliwość skorzystania z leczenia. Respondenci wskazywali m.in. na brak elastyczności w organizacji wizyty, brak możliwości robienia przerw oraz niewystarczające przygotowanie personelu do pracy z osobami wymagającymi spokojniejszego tempa i przewidywalności działań.

Kolejnym istotnym problemem są bariery finansowe gabinetów stomatologicznych, które ograniczają możliwość inwestowania w dostosowania architektoniczne oraz w sprzęt i wyposażenie wspierające dostępność. Bariery architektoniczne, sprzętowe, komunikacyjne i informacyjne występują rzadziej, ale ich znaczenie rośnie w mniejszych gabinetach. Jednocześnie część zarządzających nie dostrzega barier. Analizy jakościowe sugerują, że brak dostrzegania barier może być efektem samowykluczenia pacjentów i pacjentek z niepełnosprawnościami, którzy – w obawie przed trudnościami organizacyjnymi lub komunikacyjnymi – nie podejmują próby skorzystania z usług danego gabinetu. W efekcie niska liczba takich pacjentów bywa interpretowana jako brak potrzeby zmian, a nie jako sygnał istnienia barier.

Przygotowanie i doświadczenie personelu

Personel gabinetów stomatologicznych w większości ocenia swoje przygotowanie do pracy z osobami z niepełnosprawnościami jako podstawowe lub raczej dobre. Jednocześnie wyraźnie wskazuje na potrzebę dalszych szkoleń i wsparcia.

Doświadczenie w pracy z pacjentami ze szczególnymi potrzebami ma w większości przypadków charakter okazjonalny niż regularny. Szczególnie dotyczy to mniejszych gabinetów. Wywiady pogłębione wskazują przy tym, że sporadyczny charakter kontaktów z pacjentami ze szczególnymi potrzebami utrudnia budowanie pewności i rutyny w pracy zespołu. Personel często opiera się na improwizacji i indywidualnym wyczuciu sytuacji, zamiast na jasno określonych procedurach, co zwiększa poziom stresu i poczucie niepewności.

Zróźnicowanie to jest widoczne także w zależności od lokalizacji gabinetu. Wyższy poziom deklarowanej wiedzy i częstszy kontakt z pacjentami ze szczególnymi potrzebami częściej występują w gabinetach zlokalizowanych w miastach wojewódzkich i powiatowych. W mniejszych miejscowościach i na obszarach wiejskich dominuje doświadczenie sporadyczne oraz koncentracja na podstawowych formach dostosowań.

Najczęstsze trudności zgłaszane przez personel dotyczą komunikacji, stresu związanego z niepewnością, w jaki sposób zachować się wobec pacjenta ze szczególnymi potrzebami oraz ograniczonego czasu wizyty. Personel niemedyczny, zwłaszcza rejestracji, częściej wskazuje na brak jasnych procedur i informacji o potrzebach pacjenta przed wizytą. Dostępność zatem zależy nie tylko od lekarza, ale od całego zespołu i sposobu organizacji pracy gabinetu. Szczególnie obciążające są sytuacje, w których personel nie wie, jak przygotować się do wizyty pacjenta/pacjentki ze szczególnymi potrzebami oraz jak dostosować tempo i sposób komunikacji. Brak informacji przed wizytą oraz brak standardów postępowania powodują, że stres dotyczy całego zespołu, a nie tylko lekarza prowadzącego.

Potrzeby szkoleniowe

Potrzeby szkoleniowe personelu gabinetów stomatologicznych koncentrują się przede wszystkim na komunikacji z pacjentami z różnymi rodzajami niepełnosprawności, pracy z osobami w spektrum autyzmu, reagowaniu w sytuacjach stresowych oraz obsłudze pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną i psychiczną. Mniej uwagi poświęca się szkoleniom z zakresu prostego języka, dostępności informacyjnej i obsługi sprzętu wspomagającego, mimo że obszary te mają duży wpływ na realną dostępność usługi.

Badania jakościowe pokazują, że personel szczególnie wysoko ocenia szkolenia o charakterze praktycznym, oparte na scenariuszach rzeczywistych sytuacji, symulacjach wizyt oraz analizie konkretnych przypadków. Respondenci wskazywali, że szkolenia te są znacznie bardziej użyteczne niż ogólne informacje teoretyczne, ponieważ pozwalają przećwiczyć reakcje na stres, panikę, dezorientację czy nadwrażliwość pacjentów.

Jednocześnie istotna część kadry zarządczej deklaruje brak zainteresowania szkoleniami, co wskazuje na potrzebę łączenia szkoleń z innymi formami wsparcia,

w tym z grantami inwestycyjnymi, oraz na konieczność budowania świadomości znaczenia kompetencji miękkich.

Dobre praktyki i plany rozwoju

Jako dobre praktyki najczęściej wskazywane są rozwiązania w zakresie dostępności architektonicznej, takie jak windy, rampy, poszerzenie przejść czy dostępne toalety. Rzadziej dostrzegane są dobre praktyki organizacyjne, komunikacyjne i związane z przygotowaniem personelu, mimo że badania jakościowe pokazują ich duże znaczenie dla pacjentów. Tymczasem wywiady pogłębione jednoznacznie pokazują, że pacjenci/pacjentki z niepełnosprawnościami szczególnie doceniają spokojną, jasną i uprzedzającą komunikację, przewidywalną organizację wizyty oraz możliwość dostosowania jej przebiegu do indywidualnych potrzeb. Respondenci wskazywali, że takie działania często decydują o poczuciu bezpieczeństwa i gotowości do kontynuowania leczenia, nawet przy ograniczonych możliwościach infrastrukturalnych gabinetu.

Plany dalszego wprowadzania udogodnień deklaruje niewielka część gabinetów. Dominują odpowiedzi negatywne lub niezdecydowane. Główne przyczyny braku planów to przekonanie o braku potrzeby, mała liczba pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami, ograniczenia finansowe oraz czynniki organizacyjne, takie jak planowane zamknięcie gabinetu czy brak decyzyjności.

Środki zewnętrzne i wsparcie grantowe

Możliwość wykorzystania środków zewnętrznych na poprawę dostępności gabinetów stomatologicznych jest jednym z kluczowych warunków realnego ograniczania barier w dostępie do leczenia dla osób z niepełnosprawnościami. Analiza wyników badania pokazuje jednak, że zainteresowanie pozyskiwaniem takich środków pozostaje niskie. Tylko niewielka część kadry zarządczej deklaruje gotowość do sięgania po finansowanie zewnętrzne, podczas gdy niemal połowa nie jest tym zainteresowana. Wysoki jest także odsetek odpowiedzi niezdecydowanych. Oznacza to, że w przypadku uruchomienia w przyszłości dedykowanych instrumentów grantowych ich oddziaływanie może być ograniczone. Bez działań informacyjnych i doradczych potencjał takich instrumentów może pozostać w dużej mierze niewykorzystany.

Zainteresowanie grantami jest wyraźnie zróżnicowane ze względu na wielkość gabinetu. Im większa liczba stanowisk, tym większa gotowość do pozyskiwania środków zewnętrznych. Największe gabinety częściej postrzegają inwestycje w dostępność jako realne i wykonalne oraz dysponują zapleczem organizacyjnym umożliwiającym aplikowanie o środki. Mniejsze placówki, zwłaszcza 1- i 2-stanowiskowe, częściej deklarują brak potrzeby lub brak decyzji w tym zakresie. Różnice terytorialne są słabsze, jednak na obszarach wiejskich i w mniejszych miejscowościach częściej pojawia się niepewność, co może wynikać z ograniczonego dostępu do informacji i wsparcia instytucjonalnego.

Motywacje do ubiegania się o granty mają przede wszystkim charakter jakościowy. Najczęściej wskazywanym powodem jest chęć podniesienia standardu usług dla osób z niepełnosprawnościami oraz brak własnych środków na samodzielne dostosowania. Rzadziej pojawiają się motywy stricte inwestycyjne lub strategiczne. Z kolei brak zainteresowania finansowaniem zewnętrznym wynika głównie z przekonania, że „nie ma takiej potrzeby”, a nie z barier proceduralnych. Czynniki takie jak złożoność wniosków czy brak czasu są wskazywane marginalnie. Oznacza to, że główną barierą jest niska świadomość potrzeb pacjentów oraz ograniczone postrzeganie dostępności jako elementu jakości i rozwoju usług.

Proponowane kryteria naboru grantobiorców

W odpowiedzi na te uwarunkowania zaproponowano zestaw kryteriów naboru grantobiorców w ramach projektu „Dostępna stomatologia”. Jego zadaniem jest premiowanie tych gabinetów stomatologicznych, które w największym stopniu przyczynią się do realnej poprawy dostępności usług dla osób ze szczególnymi potrzebami. Kluczowe znaczenie ma premiowanie przedsięwzięć usuwających bariery krytyczne, które uniemożliwiają skorzystanie z usługi oraz działań poprawiających dostępność informacyjno-komunikacyjną i cyfrową. Badania i panel ekspercki jednoznacznie wskazują, że dostępność nie ogranicza się do architektury, ale obejmuje także sposób komunikacji i organizację wizyty.

Najwyżej oceniane powinny być przedsięwzięcia kompleksowe, które łączą umiarkowane inwestycje w poprawę dostępności architektonicznej lub sprzęt i wyposażenie z działaniami organizacyjnymi i szkoleniowymi (w tym w zakresie dostępności cyfrowej i informacyjno-komunikacyjnej). Projekty te powinny być jednocześnie dostosowane do realnych możliwości funkcjonowania danego gabinetu

oraz uwzględniać jego aktualny poziom dostępności. Trwała poprawa dostępności wymaga równoległego wzmocnienia warunków technicznych, organizacyjnych oraz kompetencji całego personelu, a nie koncentracji na jednym typie działań. Z tego względu w systemie grantowym kluczowe znaczenie ma zachowanie równowagi między komponentem inwestycyjnym a działaniami „miękkimi”, takimi jak szkolenia i zmiana procedur obsługi pacjenta. Tak ukierunkowany system grantowy, uzupełniony o kryteria lokalizacyjne i dostępność komunikacyjną, pozwala skoncentrować wsparcie na przedsięwzięciach prowadzących do funkcjonalnej i długofalowej poprawy dostępności.

Wnioski i rekomendacje

Wyniki przeprowadzonego badania jednoznacznie wskazują, że dostępność gabinetów stomatologicznych nie może być rozumiana wyłącznie jako kwestia architektoniczna. Kluczowe znaczenie ma także sposób komunikacji i organizacji wizyty, w tym rozwiązania ograniczające nadmiar bodźców oraz wspierające zrozumienie i poczucie bezpieczeństwa pacjenta/pacjentki. Czynniki takie jak hałas, światło, tempo wizyty, brak lub niejasne procedury czy presja czasu stanowią realne bariery w dostępie do leczenia. Dotyczy to zwłaszcza osób z niepełnosprawnością intelektualną, w spektrum autyzmu oraz z zaburzeniami psychicznymi. Z tego względu rekomenduje się uwzględnienie w standardzie udogodnień dla osób z zaburzeniami sensorycznymi czy poznawczymi (cicha wizyta, umawianie wizyt w godzinach porannych, pokój lub miejsce wyciszeń).

Istotnym elementem standardu powinno być także uwzględnienie konieczności informowania pacjentów/pacjentek o udogodnieniach w zakresie dostępności gabinetu. Brak takiej informacji w placówce prowadzi do samowykluczenia pacjentów jeszcze przed wizytą, ponieważ konieczność dopytywania o warunki dostępności jest dla wielu osób źródłem stresu i niepewności. Standard powinien zawierać kompleksowe informacje na temat różnorodnych sposobów/kanałów informowania o dostępności – adekwatnie do potrzeb wszystkich grup osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami (strona internetowa, rejestracja, materiały informacyjne itp.). Równolegle, organizacja wizyty, w tym możliwość wydłużenia czasu leczenia, robienia przerw, obecności opiekuna/osoby wspierającej czy elastycznego przebiegu procedury, powinna zostać uznana za integralny element dostępności, a nie jedynie dobrą wolę personelu.

W obszarze kompetencji personelu kluczowe znaczenie mają szkolenia z komunikacji z pacjentami ze szczególnymi potrzebami. Powinny między innymi obejmować zastosowanie prostego języka i zasad jasnego przekazu, a także zagadnienia dotyczące organizacji wizyty i reagowania na sytuacje trudne. Wyniki badania pokazują, że największe luki kompetencyjne dotyczą nie procedur medycznych, lecz komunikacji, pracy z pacjentem w stresie, radzenia sobie z nadwrażliwością sensoryczną oraz własną niepewnością personelu. Jednocześnie szkolenia z zakresu prostego języka i dostępnej komunikacji nie są przez gabinety postrzegane jako priorytetowe, mimo że obiektywnie stanowią istotny element realnej dostępności usług stomatologicznych. Szkolenia powinny mieć charakter praktyczny i obejmować wszystkie grupy pracowników gabinetu, w tym lekarzy/lekarki, personel medyczny - pomocniczy, personel niemedyczny i kadrę zarządczą. W ten sposób będzie można zapewnić spójny standard obsługi pacjenta na każdym etapie kontaktu z placówką.

W zakresie wsparcia finansowego rekomenduje się priorytetowe kierowanie grantów do gabinetów stomatologicznych przy uwzględnieniu ich aktualnego poziomu dostępności. Kluczowe znaczenie ma nie sama lokalizacja gabinetu, lecz możliwość realnego zwiększenia dostępności usług w danym otoczeniu, w tym dla mieszkańców kilku miejscowości. Wsparcie inwestycyjne powinno być kierowane na celowane, funkcjonalnie uzasadnione działania. Powinny one wzmacniać już istniejący minimalny poziom dostępności i usuwać realne bariery do skorzystania z gabinetu (np. brak podjazdu, poręczy, dostępnej toalety, niewystarczająca przestrzeń manewrowa, ergonomia stanowiska). Zakup sprzętu należy traktować jako inwestycję tylko wtedy, gdy odpowiada na konkretną barierę i jest powiązany z organizacją wizyty oraz przygotowaniem personelu. Nie powinny być premiowane projekty oparte na jednym kosztownym rozwiązaniu infrastrukturalnym kosztem innych obszarów dostępności.

Jednocześnie rekomenduje się łączenie grantów inwestycyjnych z obowiązkiem udziału personelu gabinetu w szkoleniach. Trwała poprawa dostępności wymaga bowiem zarówno zmian materialnych, jak i kompetencyjnych. Uzupełnieniem systemu wsparcia w przyszłości powinny być niewielkie granty „szybkiego wdrożenia”. Byłyby przeznaczone na niskokosztowe działania organizacyjne i komunikacyjne, które mogą istotnie poprawić dostępność usług stomatologicznych.

III. Kontekst i problematyka badania

Dostępność usług stomatologicznych – dlaczego to ważne?

Dostęp do usług medycznych, w tym stomatologicznych, jest jednym z podstawowych elementów systemu ochrony zdrowia. W przypadku osób z niepełnosprawnościami i ze szczególnymi potrzebami, dostęp do tych usług wciąż bywa ograniczony. Wynika to z barier architektonicznych, komunikacyjnych i organizacyjnych, które utrudniają wielu pacjentom/pacjentkom bezpieczne i równe korzystanie z leczenia. To problem systemowy, który wymaga nie tylko inwestycji, ale także zmian w standardach funkcjonowania placówek medycznych.

Co oznacza dostępność usług stomatologicznych?

Dostępność usług stomatologicznych oznacza możliwość skorzystania z leczenia niezależnie od rodzaju niepełnosprawności, wieku, stanu zdrowia czy miejsca zamieszkania. Obejmuje ona nie tylko fizyczne dostosowanie budynków, ale także sposób obsługi pacjenta, komunikację, rejestrację wizyty, transport oraz przekazywanie informacji w prosty i zrozumiały sposób. W praktyce dostępność to połączenie kilku elementów:

- odpowiedniej infrastruktury (dostępności architektonicznej, wyposażenia w odpowiednie narzędzia i sprzęt),
- zapewnienia odpowiednich rozwiązań informacyjno-komunikacyjnych i cyfrowych,
- odpowiednich kompetencji personelu w zakresie komunikacji z pacjentami/pacjentkami ze szczególnymi potrzebami, organizacji wizyty, reagowania na sytuacje stresowe oraz współpracy w zespole,
- pozytywnej postawy zespołu medycznego wobec pacjentów/pacjentek o zróżnicowanych potrzebach.

Dlaczego warto rozwijać standardy dostępności?

Tworzenie standardów dostępności gabinetów stomatologicznych to ważny krok w kierunku pełnego włączenia osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami w system ochrony zdrowia. Poprawa warunków architektonicznych, cyfrowych oraz informacyjno-komunikacyjnych zwiększa

dostępność i jakość leczenia, bezpieczeństwo pacjentów/pacjentek oraz efektywność pracy zespołów medycznych. W dłuższej perspektywie prowadzi też do większego zaufania do instytucji zdrowia publicznego i do realizacji zasady równego traktowania wszystkich obywateli.

Założenia projektu

Badanie zostało przeprowadzone w ramach projektu „Dostępna stomatologia”, realizowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) w partnerstwie z Polskim Towarzystwem Stomatologicznym oraz Fundacją Avalon – Bezpośrednia Pomoc Niepełnosprawnym. Projekt jest współfinansowany w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027, Priorytetu FERS.03 Dostępność i usługi dla osób z niepełnosprawnościami, Działania 03.03 Systemowa poprawa dostępności.

Celem projektu jest zwiększenie dostępności usług stomatologicznych dla pacjentów i pacjentek z niepełnosprawnościami oraz ze szczególnymi potrzebami. Dostępność rozumiana jest jako cecha, dzięki której z produktów, usług i przestrzeni (w tym przypadku z usług gabinetów stomatologicznych) może korzystać na równi każda osoba bez względu na swoje szczególne cechy.

W ramach projektu jest opracowywany standard dostępności gabinetów i usług świadczonych na rzecz osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami. Standard określa wytyczne i zalecenia dotyczące poprawy dostępności w obszarach:

- architektonicznym,
- cyfrowym,
- informacyjno-komunikacyjnym,
- medycznym.

Testowanie standardu

Standard zostanie przetestowany w minimum 32 gabinetach stomatologicznych świadczących usługi w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), wyłonionych

w ramach naboru. W ramach przedsięwzięć możliwe będzie sfinansowanie dostosowań zgodnych z opracowanym standardem, w tym:

1. wyposażenie gabinetu w sprzęt i urządzenia niezbędne do opieki stomatologicznej nad osobami ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami,
2. zapewnienie obsługi pacjentów/pacjentek z wykorzystaniem środków wspierających komunikację,
3. zakup i instalację urządzeń dla osób słabosłyszących,
4. zapewnienie dostępności strony internetowej i publikowanych informacji,
5. szkolenia z zakresu obsługi pacjentów/pacjentek ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami,
6. adaptacje i remonty pomieszczeń lub budynków dla zapewnienia dostępności architektonicznej.

Środki grantu w ramach pilotażu pokryją do 100% wartości przedsięwzięcia.

Monitorowane wdrażanie standardu w wybranych podmiotach pozwoli sprawdzić jego założenia i zidentyfikować dobre praktyki. Doświadczenia te będą podstawą do przygotowania ostatecznej wersji standardu.

Upowszechnianie i szkolenia

Ostatni etap projektu obejmuje działania informacyjne i szkoleniowe dotyczące standardu dostępności. Zostaną one skierowane do:

- personelu medycznego i niemedycznego gabinetów stomatologicznych,
- studentów kierunków lekarsko-dentystycznych.

Celem jest upowszechnienie wiedzy o dostępności i promowanie stosowania standardu w codziennej praktyce.

IV. Metodologia badania

Zakres i cel badania

Głównym celem badania jest analiza stanu dostępności gabinetów stomatologicznych w obszarze dostępności architektonicznej, cyfrowej i informacyjno-komunikacyjnej oraz świadczonych przez nie usług dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami.

Osiągnięcie wskazanego celu było możliwe dzięki przeprowadzeniu badania w zakresie:

- 1) dostępności gabinetów stomatologicznych oraz świadczonych przez nie usług na rzecz osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami (badanie objęło gabinety stomatologiczne publiczne i niepubliczne, które świadczą usługi na podstawie kontraktu z NFZ);
- 2) potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami, w zakresie korzystania z usług stomatologicznych;
- 3) potrzeb lekarzy/lekarek stomatologów/dentystów, personelu medycznego – pomocniczego i niemedycznego oraz kadry zarządczej w zakresie obsługi osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami;
- 4) analizy dostępnych standardów/wytycznych w zakresie świadczenia usług stomatologicznych (ze szczególnym uwzględnieniem obsługi osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami);
- 5) identyfikacji dobrych praktyk w zakresie obsługi w gabinetach stomatologicznych osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami;
- 6) opracowania rekomendacji do tworzonego standardu, programu szkoleń oraz naboru grantobiorców/ przedsięwzięć grantowych w oparciu o wyniki przeprowadzonego badania.

Zakres podmiotowy badania objął następujące osoby:

- 1) lekarzy i lekarki stomatologów/dentystów publicznych i niepublicznych gabinetów stomatologicznych, które świadczą usługi na podstawie kontraktu z NFZ;

- 2) pozostały personel medyczny – pomocniczy i niemedyczny pracujący w ww. gabinetach stomatologicznych oraz kadrę zarządczą;
- 3) osoby ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami;
- 4) przedstawicieli i przedstawicielki organizacji pozarządowych działających na rzecz osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami;
- 5) inne osoby związane z realizacją wsparcia na rzecz osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami (eksperti zajmujący się problematyką zdrowia/dostępności uczestniczący w panelu eksperckim).

W odniesieniu do osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami badanie skoncentrowało się na zdiagnozowaniu i zweryfikowaniu potrzeb w zakresie korzystania z usług stomatologicznych, w obszarze dostępności architektonicznej, cyfrowej i informacyjno-komunikacyjnej.

Zakres przestrzenny: badanie miało charakter ogólnopolski i objęło wszystkie województwa.

Jeśli chodzi o **zakres przedmiotowy**, to badanie umożliwiło pozyskanie odpowiedzi m.in. na następujące pytania:

- 1) Na jakie bariery/ograniczenia napotykają osoby ze szczególnymi potrzebami, w tym z poszczególnymi rodzajami niepełnosprawności w zakresie korzystania z usług stomatologicznych?
- 2) Jak kształtują się bariery/ograniczenia oraz potrzeby osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami, w zakresie korzystania z usług stomatologicznych w zależności od:
 - a) rodzaju niepełnosprawności,
 - b) wieku,
 - c) miejsca zamieszkania (miasto wojewódzkie, miasto powiatowe, mniejsza miejscowość nie posiadająca statusu miasta powiatowego, wieś)?
- 3) Czy osoby ze szczególnymi potrzebami, w tym z poszczególnymi rodzajami niepełnosprawności, spotykają się z odmową świadczenia usług stomatologicznych lub wykonaniem świadczenia w ograniczonym zakresie? Jeśli tak, z jakiego powodu? W zależności od:

- a) rodzaju niepełnosprawności,
 - b) wieku,
 - c) miejsca zamieszkania (miasto wojewódzkie, miasto powiatowe, mniejsza miejscowość nie posiadająca statusu miasta powiatowego, wieś).
- 4) Jaki odsetek gabinetów stomatologicznych odmawia świadczenia usług stomatologicznych osobom ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami? Jaki odsetek gabinetów stomatologicznych proponuje pacjentom/pacjentkom ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami wykonanie świadczenia w ograniczonym zakresie? Jakim osobom (ze względu na rodzaj niepełnosprawności, wiek, miejsce zamieszkania – miasto wojewódzkie, miasto powiatowe, mniejsza miejscowość nie posiadająca statusu miasta powiatowego, wieś) najczęściej odmawiano udzielenia usług stomatologicznych/proponowano ograniczony zakres usługi stomatologicznej i dlaczego?
- 5) Jakie są obawy oraz trudności lekarek/lekarzy stomatologów/dentystów i pozostałego personelu medycznego – pomocniczego i niemedycznego oraz kadry zarządczej gabinetów stomatologicznych w zakresie obsługi osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami?
- 6) Jaka jest wiedza lekarzy i lekarek stomatologów/dentystów, personelu medycznego – pomocniczego i niemedycznego oraz kadry zarządczej gabinetów stomatologicznych w zakresie niezbędnych dostosowań związanych ze świadczeniem usług stomatologicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z różnymi rodzajami niepełnosprawności?
- 7) Jakie są potrzeby w zakresie wsparcia lekarzy/lekarek stomatologów/dentystów i innych osób pracujących w gabinetach stomatologicznych w zakresie obsługi osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami?
- 8) Jak dostosowane są gabinety stomatologiczne do świadczenia usług dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami (w szczególności w zakresie dostępności architektonicznej, cyfrowej i informacyjno-komunikacyjnej) w zależności od miejsca zamieszkania (miasto wojewódzkie, miasto powiatowe, mniejsza miejscowość nie posiadająca statusu miasta powiatowego, wieś)?

- 9) Jakie rodzaje dostosowań w gabinetach stomatologicznych oraz rodzaje sprzętów są najistotniejsze z punktu widzenia potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z poszczególnymi rodzajami niepełnosprawnościami i dlaczego?
- 10) Jakie są przeszkody/trudności we wprowadzaniu rozwiązań poprawiających dostępność gabinetu stomatologicznego dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami?
- 11) Jakie potrzeby/dostosowania w zakresie usług stomatologicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami powinny być zaspokojone w ramach istniejących przepisów prawnych? Dlaczego nie są zaspakajane?
- 12) Jak można zidentyfikować dobre praktyki w obsłudze osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami w gabinetach stomatologicznych?
- 13) Jakie standardy/wytyczne w zakresie świadczenia usług stomatologicznych (ze szczególnym uwzględnieniem obsługi osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami) występują w Polsce?
- 14) Czy zakres przygotowanego schematu standardu wymaga uzupełnień lub modyfikacji? Jeśli tak, to w jakim zakresie?
- 15) Jakie istotne zagadnienia powinny uwzględniać programy szkoleniowe w zakresie dostępności usług stomatologicznych przeznaczone odpowiednio dla lekarzy/lekarek stomatologów/dentystów, personelu medycznego – pomocniczego, personelu niemedycznego oraz kadry zarządczej gabinetów stomatologicznych i studentów uczelni na kierunkach lekarsko-dentystycznych?
- 16) Jakie kryteria należy wziąć pod uwagę przy wyborze gabinetów stomatologicznych, które otrzymają wsparcie w naborze grantobiorców oraz przy podziale środków?
- 17) Jak jest potencjalne zainteresowanie gabinetów stomatologicznych zwiększeniem dostępności i/ oraz pozyskiwaniem na ten cel środków zewnętrznych i od czego ono zależy?

Zastosowane metody i techniki badawcze

W trakcie realizacji badania Wykonawca zastosował triangulację metodologiczną¹. Zapewniło to uchwycenie różnych aspektów badanego przedmiotu oraz pozytywnie wpłynęło na jakość gromadzonych danych poprzez rekompensację słabości poszczególnych metod i technik badawczych. Uzyskany w ten sposób materiał z jednej strony pozwolił na statystyczną analizę danych, z drugiej zaś umożliwił zebranie pogłębionych informacji o charakterze jakościowym. Zastosowanie triangulacji pozwoliło na uchwycenie różnych aspektów badanego zagadnienia z perspektywy poszczególnych grup interesariuszy oraz umiejscowienie wyników badania w szerszym kontekście otoczenia społeczno-gospodarczego.

Analiza danych zastanych

Analiza danych zastanych (desk research) wykorzystywana jest na potrzeby analizy danych wtórnych, czyli takich, które istnieją już w momencie rozpoczęcia badania. Jest to podejście stosowane praktycznie w przypadku każdego badania. Dane wtórne pochodzą z dokumentów, raportów, publikacji, źródeł internetowych, utrwalań wystąpień/wypowiedzi itd. Technika nie zakłada nawiązywania kontaktu badawczego z respondentem czy rozmówcą. Analiza danych zastanych może mieć charakter ilościowy, jak i jakościowy.

W ramach badania analiza uwzględniała następujące źródła danych z zakresu przedmiotu badania:

- 1) krajowe akty prawne (ustawy, rozporządzenia, przepisy Unii Europejskiej);
- 2) standardy/wytyczne krajowe;
- 3) analizy/wyniki badań/publikacje;
- 4) opracowania/podręczniki.

¹ M. Jasiński, M. Kowalski, Fałszywa sprzeczność: metodologia jakościowa czy ilościowa? [w.:] [Ewaluacja ex-post. Teoria i praktyka badawcza](#), pod. red. Agnieszki Haber, Warszawa 2007, s. 101.

Badanie ilościowe (CATI/CAWI)

Badanie dotyczące dostępności gabinetów stomatologicznych w Polsce miało charakter empiryczny i ilościowy. Jego celem było zebranie rzetelnych i porównywalnych danych o tym, jak gabinety są przygotowane do obsługi pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami i ze szczególnymi potrzebami. Zastosowane rozwiązania metodologiczne zapewniły reprezentatywność wyników.

Populację stanowiły wszystkie gabinety stomatologiczne w Polsce mające podpisany kontrakt z NFZ oraz podany adres e-mail (4931 podmiotów). Dobór próby miał charakter celowo-warstwowy. Łączna liczba zwróconych ankiet wyniosła 356, przy zachowaniu minimalnej liczby ankiet w każdym województwie – zgodnie z założeniami przedstawionymi w tabeli rozkładu próby (tabela 1).

Tabela 1. Struktura próby do badania ilościowego

Województwo	Liczba gabinetów	Liczba wypełnionych ankiet
dolnośląskie	387	28
kujawsko-pomorskie	287	21
lubelskie	398	29
lubuskie	116	8
łódzkie	301	22
małopolskie	362	26
mazowieckie	535	38
opolskie	141	10
podkarpackie	397	29
podlaskie	172	12
pomorskie	213	15
śląskie	496	36
świętokrzyskie	203	15
warmińsko-mazurskie	241	17
wielkopolskie	452	33

Województwo	Liczba gabinetów	Liczba wypełnionych ankiet
zachodniopomorskie	230	17
Ogółem	4931	356

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PFRON

Zastosowane techniki badawcze

W badaniu zostały zastosowane ankiety internetowe (CAWI) i wywiady telefoniczne (CATI). Dzięki nim można było dotrzeć do szerokiego grona respondentów w krótkim czasie oraz zbierać dane w sposób uporządkowany i bezpieczny. Techniki te pozwoliły również na bieżąco kontrolować przebieg badania i jakość odpowiedzi. W sytuacjach, gdyby kontakt telefoniczny lub internetowy okazywał się niemożliwy, dopuszczono przeprowadzenie bezpośrednich wywiadów kwestionariuszowych (PAPI). Takie elastyczne podejście miało zwiększyć szansę osiągnięcia planowanej liczby odpowiedzi ze wszystkich województw.

Badanie było realizowane przy wykorzystaniu kwestionariusza, którego celem było zebranie porównywalnych danych ilościowych o stanie przygotowania gabinetów stomatologicznych do obsługi pacjentów/pacjentek ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami. Konstrukcja narzędzia umożliwiała ocenę zarówno dostępności architektonicznej i wyposażenia, jak i kompetencji personelu oraz praktyk organizacyjnych związanych z dostępnością.

Struktura kwestionariusza obejmowała moduły odpowiadające funkcjom zawodowym respondentów: kadrę zarządzającą, lekarzy dentystów, personel medyczny pomocniczy oraz personel niemedyczny. Takie rozwiązanie pozwalało uchwycić pełny obraz funkcjonowania gabinetów – od decyzji strategicznych po codzienną obsługę pacjenta. Zastosowane pytania dotyczyły m.in. barier architektonicznych, dostępności cyfrowej (w tym dostępnych stron internetowych zgodnych z zasadami WCAG), komunikacji z pacjentami/pacjentkami, stosowania materiałów w prostym języku (ETR) oraz potrzeb szkoleniowych personelu.

Uzyskane dane zostały poddane analizie statystycznej i porównawczej. Analiza obejmowała m.in.:

- wielkość miejscowości,
- liczbę stanowisk,

- ocenę przygotowania personelu w zakresie obsługi pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami,
- zakres świadczonych usług według wieku pacjentów oraz świadczenie usług w znieczuleniu ogólnym.

Indywidualne wywiady pogłębione (IDI)

Technika IDI (Individual In-Depth Interview) należy do grupy badań jakościowych. Charakteryzuje się niskim stopniem standaryzacji. Oznacza to, że rozmowa jest prowadzona w sposób elastyczny, zgodnie ze scenariuszem wywiadu. Wywiady prowadzi moderator, który zadawał pytania według przygotowanych wcześniej dyspozycji. Zgodnie z przyjętą praktyką, wywiady są nagrywane (audio lub audio-video) w celu ich późniejszego przepisania (transkrypcji). Transkrypcje posłużyły następnie do analizy jakościowej zebranych danych.

Zakres badania i grupy respondentów

W ramach badania zaplanowano 18 indywidualnych wywiadów pogłębionych (IDI), po 6 w każdej z trzech grup respondentów:

a) IDI z przedstawicielami/pracownikami organizacji pozarządowych reprezentujących osoby z niepełnosprawnościami

Dobór próby: organizacje ogólnopolskie reprezentujące różne grupy osób z niepełnosprawnościami – po 1 wywiadzie dla każdego rodzaju niepełnosprawności wskazanego w OPZ. W badaniu wzięli udział przedstawiciele następujących organizacji:

- Polski Związek Niewidomych – osoby z niepełnosprawnością narządu wzroku; prowadzi działania edukacyjne, rehabilitacyjne i rzecznicze.
- Polski Związek Głuchych – osoby z niepełnosprawnością narządu słuchu; prowadzi działania edukacyjne, rehabilitacyjne i rzecznicze.
- Fundacja Aktywnej Rehabilitacji – osoby z niepełnosprawnością fizyczną i ruchu; wspiera osoby poruszające się na wózkach.
- INTEGRACJA Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – osoby z chorobami psychicznymi; prowadzi działania

obejmujące: mieszkania chronione, konsultacje psychologiczne, warsztaty dla różnych grup wiekowych, działania profilaktyczne i edukacyjne.

- Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną (PSONI) – prowadzi ponad 150 kół terenowych w Polsce, działa edukacyjnie i rehabilitacyjnie.
- Porozumienie AUTYZM-POLSKA – osoby w spektrum autyzmu; prowadzi działania na rzecz integracji społecznej, edukacji, dostępu do terapii oraz rozwoju systemu wsparcia².

**b) IDI z osobami ze szczególnymi potrzebami, w tym
z niepełnosprawnościami w wieku powyżej 16 roku życia**

Wielkość próby: 6 IDI

Dobór próby: po 1 wywiadzie z przedstawicielem każdej z sześciu grup:

- osoba z niepełnosprawnością narządu wzroku z województwa podkarpackiego,
- osoba z niepełnosprawnością narządu słuchu z województwa łódzkiego,
- osoba z niepełnosprawnością fizyczną i ruchu z województwa podlaskiego,
- osoba z chorobami psychicznymi z województwa śląskiego,
- osoba z niepełnosprawnością intelektualną z województwa dolnośląskiego,
- osoba w spektrum autyzmu z województwa wielkopolskiego.

W badaniu wzięły udział osoby:

- w wieku powyżej 16 lat,
- ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
- korzystające z usług stomatologicznych w ostatnich 3 latach,
- mieszkające w różnych województwach.

² W imieniu Porozumienia AUTYZM-POLSKA w wywiadzie uczestniczyła reprezentantka Stowarzyszenia „Wspólny Świat” z Białej Podlaskiej.

c) IDI z osobami ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami w wieku do 16 roku życia oraz z ich opiekunami

Wielkość próby: 6 IDI

Dobór próby: po 1 wywiadzie z przedstawicielem każdej z sześciu grup:

- osoba z niepełnosprawnością narządu wzroku z województwa śląskiego,
- osoba z niepełnosprawnością narządu słuchu z województwa łódzkiego,
- osoba z niepełnosprawnością fizyczną i ruchu z województwa mazowieckiego,
- osoba z chorobami psychicznymi z województwa opolskiego,
- osoba z niepełnosprawnością intelektualną z województwa małopolskiego,
- osoba w spektrum autyzmu z województwa wielkopolskiego.

W badaniu wzięły udział dzieci i młodzież do 16 roku życia oraz ich opiekunowie.

Uczestnicy spełniali następujące warunki:

- korzystali z usług stomatologicznych w ostatnich 3 latach,
- mieszkali w różnych województwach.

Takie podejście do realizacji wywiadów pogłębionych zapewniło szeroką reprezentację perspektyw i pozwoliło zebrać dane, które pomogły lepiej zrozumieć potrzeby osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności w kontekście dostępności usług stomatologicznych.

Panel ekspercki

W końcowej fazie badania, przed przekazaniem raportu końcowego, został zorganizowany panel ekspercki. Celem panelu było:

- 1) omówienie wyników badania,
- 2) dopracowanie wytycznych dotyczących programu szkoleń,
- 3) opracowanie użytecznych rekomendacji do:
 - naboru grantobiorców i wyboru przedsięwzięć grantowych,
 - treści i założeń standardu dostępności.

W panelu wzięli udział:

- eksperci i ekspertki zespołu projektu,
- eksperci i ekspertki Wykonawcy,
- eksperci i ekspertki zewnętrzni zaproszeni przez Wykonawcę.

V. Wyniki analizy danych zastanych

Jak wskazano w opisie kontekstu i problematyki niniejszego badania, dostęp do opieki medycznej, zwłaszcza dla osób z niepełnosprawnościami, nadal bywa ograniczony przez bariery architektoniczne, informacyjno-komunikacyjne i cyfrowe. To systemowe wyzwanie, które wymaga inwestycji oraz zmian w funkcjonowaniu placówek zdrowotnych.

Z badań międzynarodowych wynika, że osoby z niepełnosprawnościami mają większe potrzeby w zakresie ochrony zdrowia jamy ustnej niż standardowi pacjenci, a jednocześnie napotykają więcej ograniczeń w dostępie do usług stomatologicznych. Bariery obejmują zarówno czynniki architektoniczne, komunikacyjne, jak i organizacyjne (to znaczy odnoszące się do sposobu organizacji usług, procedur i pracy zespołu).³ W Polsce badanie dotyczące dzieci ze specjalnych szkół w Poznaniu wykazało, że jedynie 31,8% rodziców nie miało żadnych problemów z dostępem do leczenia stomatologicznego dla dziecka z niepełnosprawnością intelektualną. Najczęstszą barierą była wydłużona kolejka na wizytę (36,7%).⁴ Badanie wśród polskich stomatologów wskazało, że świadomość i przygotowanie personelu na potrzeby pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami są niewystarczające.⁵

Dodatkowo wskazuje się na trudności w komunikacji pomiędzy personelem a pacjentem, brak wiedzy o sposobach pracy z osobami z ograniczoną mobilnością lub zaburzeniami sensorycznymi, a także niedostosowanie sprzętu i przestrzeni gabinetów. W wielu placówkach wciąż brakuje udogodnień takich jak podjazdy, szerokie drzwi, windy czy specjalistyczne fotele umożliwiające leczenie pacjentów poruszających się na wózkach. Problemy te potęgują czynniki ekonomiczne, jak

³ Asiri FYI, Tennant M, Kruger E. Barriers to oral health care for persons with disabilities: An overview of systematic reviews. *Community Dental Health*. 2024;41(4):256-264.

⁴ Gerreth K, Borysewicz-Lewicka M. Access Barriers to Dental Health Care in Children with Disability. A Questionnaire Study of Parents. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2016 Mar;29(2):139-45. doi: 10.1111/jar.12164. Epub 2015 Mar 5.

⁵ Pantelewicz A, Olczak-Kowalczyk D. Status of dental care and accessibility to dental care for children with disabilities as assessed by Polish dentists – a national survey. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2025;27(2):190-197. doi:10.5114/fmpcr.2025.149509.

niska wycena świadczeń stomatologicznych finansowanych przez NFZ.

W konsekwencji osoby z niepełnosprawnościami częściej rezygnują z leczenia lub korzystają z niego jedynie w sytuacjach nagłych, co zwiększa ryzyko chorób jamy ustnej w wyżej wymienionej grupie.

Standardy i wytyczne w zakresie dostępności

W Polsce wciąż brakuje spójnych, kompleksowych standardów dotyczących obsługi osób ze szczególnymi potrzebami w gabinetach stomatologicznych. Obecne regulacje mają charakter fragmentaryczny i wynikają z kilku różnych aktów prawnych, takich jak:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (t.j. Dz.U. 2025 r. poz. 615),
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2025 r. poz. 450),
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t.j. Dz.U. 2024 r. poz. 1411),
- Ustawa z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1440).

Z trzech tych aktów prawnych wynika, że obowiązek zapewnienia dostępności usług medycznych, w tym stomatologicznych, ma charakter zarówno organizacyjny, jak i infrastrukturalny.

Ustawa o działalności leczniczej określa ogólne wymagania dotyczące funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W artykule 22 podkreśla, że pomieszczenia i wyposażenie gabinetów muszą być dostosowane do rodzaju udzielanych świadczeń oraz zgodne z przepisami techniczno-budowlanymi i sanitarnymi. Oznacza to, że placówki stomatologiczne powinny być urządzone w sposób zapewniający bezpieczny i równy dostęp wszystkim pacjentom/pacjentkom, w tym osobom z niepełnosprawnościami. Jednocześnie ustawa wskazuje, że odpowiedzialność za organizację warunków świadczenia usług spoczywa na kierowniku podmiotu leczniczego. W praktyce zobowiązuje to właścicieli i dyrektorów gabinetów stomatologicznych do podejmowania działań

w celu likwidacji barier architektonicznych i organizacyjnych, a także do przestrzegania przepisów dotyczących jakości świadczeń zdrowotnych.

Ustawa o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami rozszerza te obowiązki. Nakłada ona obowiązek zapewnienia trzech rodzajów dostępności:

- **architektonicznej** – zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków, montaż urządzeń lub wprowadzenie rozwiązań, które pozwalają wejść do wszystkich pomieszczeń, zamieszczenie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku dostępnej w formie wizualnej i dotykowej lub głosowej, umożliwienie wstępu do budynku z psem asystującym, zapewnienie osobom ze szczególnymi potrzebami możliwości ewakuacji lub ich uratowania w inny sposób;
- **cyfrowej** – zgodność stron internetowych i aplikacji z wymaganiami ustawy o dostępności cyfrowej;
- **informacyjno-komunikacyjnej** – zamieszczenie na stronie internetowej informacji o zakresie działalności w kilku postaciach: pliku zawierającego tekst odczytywalny przez komputer, filmu w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania; umożliwienie kontaktu z wykorzystaniem środków wspomagających komunikowanie się (np. pętli indukcyjnych, tłumacza PJM, tekstu łatwego do czytania – ETR).

Ustawa wprost zobowiązuje podmioty publiczne – a więc również gabinety finansowane przez NFZ – do uwzględniania potrzeb osób z niepełnosprawnościami w planowaniu i realizacji usług.

Z kolei rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. określa szczególne wymogi dotyczące świadczeń stomatologicznych dla pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami. Dzieciom i młodzieży z niepełnosprawnościami do 16 roku życia oraz osobom w wieku 16-18 lat z umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności przysługują – jeśli wynika to ze wskazań medycznych – kompozytowe materiały światłoutwardzalne do wypełnień oraz prawo do leczenia w znieczuleniu ogólnym w ramach świadczeń gwarantowanych, z wyjątkiem pierwszej wizyty adaptacyjnej dzieci do 6 roku życia. Analogiczne uprawnienia mają osoby dorosłe z umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności, którym – jeśli wymaga tego stan zdrowia – również

przysługuje leczenie w znieczuleniu ogólnym oraz prawo do stosowania kompozytowych materiałów światłoutwardzalnych. Rozporządzenie przewiduje ponadto, że wszystkie świadczenia muszą być udzielane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w pomieszczeniach pozbawionych barier architektonicznych, a świadczeniodawcy mają obowiązek zapewnić pacjentom nieodpłatny dostęp do niezbędnych badań, leków i wyrobów medycznych. Dokument określa więc minimalny standard równego dostępu do leczenia stomatologicznego, obejmujący zarówno dostosowania medyczne (np. rodzaj znieczulenia i materiałów), jak i organizacyjne, sprzyjające realizacji prawa do opieki osób z niepełnosprawnościami.

Wspólnie przepisy te tworzą ramy prawne, które zobowiązują świadczeniodawców do likwidowania barier i zapewnienia równych warunków dostępu do usług stomatologicznych, choć wciąż nie definiują jednolitego standardu obsługi pacjentów/pacjentek ze szczególnymi potrzebami. Określają minimalne wymagania, jednak nie regulują one szczegółowo kwestii standardu obsługi, wyposażenia, komunikacji ani kwalifikacji personelu.⁶

Na poziomie Unii Europejskiej (UE) kluczowe znaczenie mają dwa akty:

- **Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/2102** z dnia 26 października 2016 r. – w sprawie dostępności stron internetowych i aplikacji mobilnych organów sektora publicznego. Wymaga, by strony i aplikacje publicznych placówek, w tym medycznych, były zgodne ze standardem EN 301 549 V3.2.1:2021 (norma WCAG 2.1 poziom AA). Dyrektywa określa cztery zasady dostępności: postrzegalność, funkcjonalność, zrozumiałość i kompatybilność. Oznacza to m.in. obowiązek zapewnienia alternatywnych tekstów do treści wizualnych, możliwości obsługi z klawiatury oraz czytelnego języka komunikacji;
- **Dyrektywa (UE) 2019/882 w sprawie wymogów dostępności produktów i usług (European Accessibility Act)**. Ustanawia wspólne standardy dostępności dla usług świadczonych w UE, w tym dla produktów i technologii

⁶ Mikołajczyk A., Dostępność usług opieki zdrowotnej dla osób z niepełnosprawnościami – analiza i zalecenia, [w:] Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, Zasada Równego Traktowania. Prawo i praktyka, nr 29, Warszawa 2020.

używanych w ochronie zdrowia. Choć nie obejmuje bezpośrednio usług stomatologicznych, jej zasady – jak projektowanie uniwersalne, racjonalne usprawnienia oraz zakaz nadmiernych obciążeń finansowych – stanowią punkt odniesienia dla krajowych przepisów wdrożeniowych. Na jej bazie wprowadzono Ustawę z dnia 26 kwietnia 2024 r. o zapewnianiu spełniania wymagań dostępności niektórych produktów i usług przez podmioty gospodarcze (Dz.U. 2024 r. poz. 731). Ustawa weszła w życie z dniem 28 czerwca 2025 r.

Trudności i przeszkody w zapewnieniu dostępności gabinetów stomatologicznych

Wprowadzanie rozwiązań poprawiających dostępność gabinetów stomatologicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami napotyka wiele barier. Mają one charakter architektoniczny, finansowy, organizacyjny, a także dotyczą przygotowania personelu i komunikacji z pacjentem.

Najczęstszą przeszkodą są bariery fizyczne w gabinetach – brak podjazdów, wąskie drzwi, brak wind lub dostosowanych toalet. Ogólnie chodzi o występowanie różnorodnych barier architektonicznych.⁷ W wielu przypadkach trudnością jest także brak sprzętu, który umożliwiałby leczenie osób z ograniczoną mobilnością, np. specjalistycznych foteli czy podpór ułatwiających przesiadanie się z wózka na fotel stomatologiczny.

Kolejną barierą jest brak odpowiedniego przygotowania personelu medycznego. Z perspektywy dentystów potrzebne są specjalistyczne szkolenia w zakresie leczenia osób z niepełnosprawnościami. Problem ten ma wymiar globalny – w wielu krajach liczba specjalistów przeszkolonych w odniesieniu do zasad obsługi osób ze specjalnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami, jest niewystarczająca.⁸ Niedobór wykwalifikowanej kadry prowadzi do sytuacji, w której pacjenci/pacjentki

⁷ D'Addazio, G., Santilli, M., Sinjari, B., Xhajanka, E., Rexhepi, I., Mangifesta, R., & Caputi, S., (2021), *Access to Dental Care – A Survey from Dentists, People with Disabilities and Caregivers*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(4), 1556.

⁸ Bhadauria US, Purohit B, Priya H. Access to dental care in individuals with disability: a systematic review. Evid Based Dent. 2024 Jun;25(2):11

z niepełnosprawnościami napotykają długie kolejki lub w ogóle nie mogą znaleźć gabinetu gotowego do ich przyjęcia.

Istotne są także trudności komunikacyjne. Jak wynika z Biuletynu Rzecznika Praw Obywatelskich w Polsce znaczna część dentystów zgłasza problemy z porozumieniem się z pacjentem. Dotyczy to zwłaszcza osób z niepełnosprawnością intelektualną lub chorobami psychicznymi.⁹ Brak wiedzy o tym, jak rozmawiać z pacjentem i uzyskać jego świadomą zgodę, często powoduje stres zarówno po stronie personelu, jak i pacjenta.

Bariery finansowe stanowią kolejne poważne utrudnienie. Jak wskazuje raport Najwyższej Izby Kontroli z 2024 roku¹⁰, wycena świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest zbyt niska, aby gabinety mogły inwestować w kosztowny sprzęt i dostosowania. Z tego powodu część świadczeniodawców rezygnuje z kontraktów z NFZ, co ogranicza dostępność usług szczególnie dla osób wymagających leczenia w znieczuleniu ogólnym.

Potrzeby/dostosowania, które powinny być zaspokojone w ramach istniejących przepisów prawnych

Zarówno przepisy prawa krajowego, jak i konwencje międzynarodowe (w tym Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych¹¹), nakładają na państwo obowiązek zapewnienia równych warunków dostępu do opieki zdrowotnej.

W praktyce jednak wiele z tych potrzeb wciąż nie jest zaspokajanych.

Najważniejsze potrzeby dotyczą czterech obszarów:

- architektury,
- sprzętu i technologii medycznych,
- kompetencji personelu,

⁹ Mikołajczyk A., Dostępność usług opieki zdrowotnej dla osób z niepełnosprawnościami – analiza i zalecenia, [w:] Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, Zasada Równego Traktowania. Prawo i praktyka, nr 29, Warszawa 2020.

¹⁰ Najwyższa Izba Kontroli, Dostępność do opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych, Warszawa 2024.

¹¹ [Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r.](#)

- komunikacji i informacji.

Dostosowanie przestrzeni oznacza m.in. likwidację barier architektonicznych, zapewnienie szerokich drzwi, podjazdów, wind i toalet przystosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Zgodnie z zaleceniami Rzecznika Praw Obywatelskich, dostępność architektoniczna powinna być rozumiana szeroko i obejmować nie tylko wejście do budynku, ale także układ pomieszczeń i wyposażenie gabinetów. W praktyce jednak tylko niewielki odsetek placówek (około 7%) spełnia te wymagania. Drugim obszarem jest wyposażenie, takie jak: dostosowany fotel dentystyczny, podnośnik, deska transferowa czy możliwość leczenia osoby na wózku. To podstawowe rozwiązania, które pozwalają uniknąć przenoszenia pacjentów/pacjentek siłami personelu. Tego rodzaju sprzęt wciąż jest rzadkością w gabinetach stomatologicznych.¹²

Kolejną potrzebą jest zapewnienie dostępności informacyjno-komunikacyjnej. Oznacza to m.in. możliwość korzystania z usług tłumacza języka migowego online, udostępnianie materiałów w prostym języku, zapewnienie pętli indukcyjnych oraz przystosowanie stron internetowych do standardu WCAG. Dyrektywa (UE) 2016/2102¹³ zobowiązuje państwa członkowskie do zapewnienia dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji sektora publicznego, co powinno być również stosowane w sektorze ochrony zdrowia.

Ważnym obszarem jest też kompetencja personelu w zakresie obsługi i opieki nad osobami ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami. Z przeprowadzonej analizy wynika, że wielu dentystów nie ma odpowiedniego przygotowania do pracy z osobami o różnych rodzajach niepełnosprawności. Szkolenia powinny obejmować umiejętność komunikacji, znajomość podstawowych zasad etyki i praw pacjenta, a także postępowanie w sytuacjach stresowych i awaryjnych.

¹² Mikołajczyk A., op. cit.;

¹³ [Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady \(UE\) 2016/2102 z dnia 26 października 2016 r. w sprawie dostępności stron internetowych i mobilnych aplikacji organów sektora publicznego](#)

Bariery i ograniczenia w dostępie do usług stomatologicznych

Analiza literatury wskazuje, że bariery dostępu do usług stomatologicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami można podzielić na następujące kategorie:

- architektoniczne – np. brak dostępu dla osób poruszających się na wózkach, nieprzystosowane wejścia, brak windy, wąskie przejścia, niewłaściwe stanowiska w gabinecie;
- cyfrowe i komunikacyjne – np. brak adaptacji strony internetowej, formularzy dla osób z niepełnosprawnością wzroku lub słuchu, brak materiałów w prostym języku;
- organizacyjne i proceduralne – np. długi czas oczekiwania na wizytę, ograniczona liczba gabinetów przystosowanych, brak wsparcia asysty lub opiekuna/osoby wspierającej, ograniczone godziny wizyt;
- kompetencyjne i edukacyjne personelu – brak odpowiedniego przeszkolenia lekarzy, asystentów, personelu administracyjnego w obsłudze osób z różnymi niepełnosprawnościami;
- postaw i relacyjne – m.in. obawy lekarzy, wykluczanie pacjentów/pacjentek, odmowa przyjęcia, ograniczony zakres świadczeń, niechęć lub brak doświadczenia;
- finansowe i geograficzne – większy koszt adaptacji gabinetu lub wizyty, konieczność dojazdu, mniejsza liczba usług w mniejszych miejscowościach lub na wsiach.

Z przeglądu dostępnych danych wynika, że bariery obejmują m.in. czynniki finansowe, braki w dostępności usług, czynniki związane z samym pacjentem oraz czynniki związane z usługodawcą.¹⁴ W publikacji dotyczącej osób w spektrum autyzmu w Polsce wskazano także na specyficzne trudności: m.in. ograniczoną komunikację, nadwrażliwość sensoryczną w gabinecie, trudności w wyrażeniu bólu, brak przygotowania personelu. Badanie wśród polskich dentystów oceniające stan

¹⁴ Asiri FYI, Tennant M, Kruger E., op. cit.

dostępności wykazało z kolei, że wielu lekarzy odczuwa niedostateczne przygotowanie na pracę z pacjentami/pacjentkami z niepełnosprawnościami.¹⁵

Bariery na jakie napotykają osoby z niepełnosprawnościami w zakresie dostępu do usług stomatologicznych różnicują się w zależności od rodzaju niepełnosprawności:

- osoby z niepełnosprawnością ruchu lub poruszające się na wózkach napotykają przede wszystkim bariery architektoniczne, np. wąskie/niedostosowane wejście, trudności z przesiadaniem się na fotel stomatologiczny, niedostosowana toaleta, utrudnione poruszanie się w gabinecie;
- osoby z niepełnosprawnością słuchu lub wzroku częściej doświadczają barier komunikacyjnych i informacyjnych, np. brak materiałów dostosowanych, brak tłumacza języka migowego, brak dostosowanej strategii komunikacji;
- osoby ze spektrum autyzmu lub z niepełnosprawnością intelektualną mają trudności z adaptacją do standardowego toku wizyty – mają mniejszą tolerancję na bodźce, doświadczają reakcji lękowych, współpraca z nimi jest ograniczona, co wymaga od gabinetu większego przygotowania.

Na bariery wpływa także miejsce zamieszkania osób z niepełnosprawnościami. W mniejszych miejscowościach oraz na wsiach występuje zwykle mniejsza liczba gabinetów stomatologicznych przystosowanych do obsługi osób z niepełnosprawnościami, co zwiększa odległości, czas dojazdu i koszty. Również infrastruktura komunikacyjna może być mniej dostosowana. Jak wskazuje polskie badanie wśród rodziców, część barier wynikała z braku gabinetu dostosowanego w miejscu zamieszkania.¹⁶

Badania wykazują także, że osoby z niepełnosprawnościami częściej spotykają się z odmową przyjęcia lub wykonaniem świadczenia w ograniczonym zakresie. Przyczyną może być brak sprzętu, brak kompetencji, obawy związane z ryzykiem, czasem organizacja wizyty (np. potrzeba asystenta) lub koszty.¹⁷ W kontekście dzieci

¹⁵ Prynda M., Mazur M, Doroz P, Odrzywolska O., Aboud A., Dyląg A., Niemczyk W., Barriers to dental treatment for patients on the autism spectrum disorder, *Wiadomości Lekarskie* 2025;78(7):1433-1437

¹⁶ Gerreth K, Borysewicz-Lewicka M., op. cit.

¹⁷ Asiri FYI, Tennant M, Kruger E., op. cit.

z niepełnosprawnością w Polsce około 8% rodziców wskazało na odmowę leczenia jako istotną i odczuwalną przez nich barierę.¹⁸

Wiedza personelu i dostosowania gabinetów

Analiza literatury wskazuje na wyraźny niedostatek wiedzy i przygotowania personelu stomatologicznego (lekarzy, personelu medycznego – pomocniczego, personelu niemedycznego) do obsługi pacjentów/pacjentek ze szczególnymi potrzebami.

Przykładowo, przegląd badań podkreśla potrzebę kształcenia i zwiększania świadomości w zakresie dostępu do usług stomatologicznych dla osób z niepełnosprawnościami.¹⁹

W badaniu przesiewowym stwierdzono, że programy kształcenia kierunków lekarsko-dentystycznych często nie zawierają wystarczających treści dotyczących specjalnych potrzeb i wymagań w zakresie opieki stomatologicznej.²⁰ W praktyce oznacza to, że lekarze i personel zgłaszają niepewność co do procedur czy wyrażają obawy przed przyjęciem pacjenta z określoną niepełnosprawnością. Często brakuje im także doświadczenia w pracy ze sprzętem przystosowanym do obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami lub mają obawy odnośnie do komunikacji z takimi pacjentami.

Gabinet stomatologiczny spełniający standardy dostępności musi uwzględniać zarówno odpowiednią architekturę, jak i wyposażenie, m.in. odpowiedni fotel, szerokie przejście dla wózka, dostęp do toalety, umożliwienie pacjentowi zajęcia miejsca na fotelu dentystycznym, odpowiednia wysokość stanowiska. W raporcie analizy „Accessibility of Special Care Dentistry Across Countries” wskazano, że bariery fizyczne występują u około 64% pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami w systemach UK, USA czy Kanady.²¹ Dodatkowo, przegląd „Access to dental care in individuals with disability” wskazuje, że pacjenci/pacjentki

¹⁸ Gerreth K, Borysewicz-Lewicka M., op. cit.

¹⁹ Bhadauria US, Purohit B, Priya H., op. cit.

²⁰ Nanji N, Nanji A, Chamut S, Chandel T. Advancing dental care access for patients with disabilities: A global scoping review of predoctoral training. J Dent Educ. 2024 Jul;88(7):957-973.

²¹ Vahdati A, Khadivi G, Ghorbani Z, Vahdati Helan E, Ranjbar A, Azimi S. Accessibility of Special Care Dentistry Across Countries: A Scoping Review. Healthcare. 2024; 12(23):2376

często otrzymują pomoc jedynie w sytuacjach nagłych, a nie w trybie profilaktycznym, co może wynikać z niedostosowania gabinetu.²²

Coraz większego znaczenia nabiera dostępność cyfrowa i komunikacyjna: strona internetowa gabinetu, formularze rejestracyjne, materiały informacyjne w prostym języku, możliwość komunikacji alternatywnej (np. język migowy, pisemne instrukcje). W literaturze podkreśla się także, że brak takich dostosowań jest istotną barierą korzystania z leczenia.²³ W praktyce więc istotne są takie aspekty jak:

- strona gabinetu przyjazna dla osób z niepełnosprawnością wzroku,
- formularze rejestracyjne umożliwiają łatwą obsługę poprzez osobę z niepełnosprawnością słuchu lub intelektualną,
- personel niemedyczny ma dostęp do materiałów w prostym języku lub instrukcji ułatwiających komunikację.

Dostosowania gabinetu częściej są realizowane w miastach wojewódzkich lub powiatowych niż w mniejszych miejscowościach lub na wsiach, co potwierdzono w badaniach międzynarodowych. W Korei Południowej osoby z niepełnosprawnością mieszkające na terenach wiejskich rzadziej mają dostęp do stałej opieki stomatologicznej, a bariery geograficzne i ekonomiczne pogłębiają ograniczenia.²⁴ Zatem lokalizacja gabinetu ma znaczący wpływ na stopień jego dostosowania: w mniejszych miejscowościach może brakować zarówno sprzętu, jak i kompetencji oraz finansowania na adaptacje.

Literatura wskazuje, że skuteczne strategie to między innymi: szkolenia specjalistyczne dla lekarzy i personelu (np. dotyczące specjalnego podejścia w świadczeniu usług stomatologicznych), adaptacje sprzętowe i cyfrowe, mobilne gabinety lub tele-stomatologia, dłuższe wizyty, wsparcie asysty/opiekuna dla pacjenta.²⁵ Przykładowo, wdrożenie tele-stomatologii w systemach opieki zdrowotnej

²² Bhadauria US, Purohit B, Priya H., op. cit.

²³ Vahdati A, Khadivi G, Ghorbani Z, Vahdati Helan E, Ranjbar A, Azimi S. op. cit.

²⁴ Park, BY., Cho, HA. & Shin, H. Disparity in access for people with disabilities to outpatient dental care services: a retrospective cohort study. BMC Oral Health 23, 213 (2023)

²⁵ Vahdati A, Khadivi G, Ghorbani Z, Vahdati Helan E, Ranjbar A, Azimi S. op. cit.

umożliwiało osobom z ograniczoną mobilnością wcześniejszy kontakt i wsparcie przed wizytą fizyczną.²⁶

Na podstawie dokonanej analizy można stwierdzić, że:

- wiedza i przygotowanie personelu są w licznych przypadkach niewystarczające, co stanowi kluczową barierę w dostępie do usług stomatologicznych dla osób z niepełnosprawnościami;
- gabinety często nie są odpowiednio przystosowane, zarówno architektonicznie, sprzętowo, jak i komunikacyjnie;
- lokalizacja gabinetu (miejsce zamieszkania pacjenta) znacząco wpływa na poziom dostosowania i dostęp;

wdrożenie dobrych praktyk i strategii adaptacyjnych może realnie poprawić dostępność, jednak wymaga systemowego wsparcia i zwiększenia zasobów.

Kluczowe potrzeby osób z niepełnosprawnościami

Analiza literatury wskazuje, że osoby z niepełnosprawnościami wymagają szerokiego zakresu dostosowań i wsparcia, aby skutecznie korzystać z usług stomatologicznych.

Najczęściej wskazywane potrzeby obejmują:

- dostęp do gabinetów fizycznie przystosowanych (wejścia bez progów, winda, szerokie przejścia, regulowany fotel) – co wspiera osoby z ograniczoną mobilnością;
- dostępność komunikacyjna i informacyjna: materiały w prostym języku, tłumacz języka migowego, formularze online dostosowane dla osób z problemami ze wzrokiem albo słuchem (w tym dla osób g/Głuchych w PJM);
- zwiększenie wiedzy i kompetencji personelu stomatologicznego, medycznego – pomocniczego i niemedycznego: szkolenia w zakresie obsługi pacjentów/pacjentek z różnymi rodzajami niepełnosprawności;
- system wsparcia organizacyjnego – możliwość dłuższej wizyty, asystencja dla pacjenta, specjalny harmonogram wizyt dla osób wymagających dostosowań;

²⁶ Park, BY., Cho, HA. & Shin, H., op. cit.

- zwrócenie uwagi na miejsca zamieszkania: w mniejszych miejscowościach i na wsiach dostęp do przystosowanych gabinetów bywa ograniczony, co zwiększa potrzebę interwencji w tych obszarach.^{27,28}

Rekomendacje i zalecenia

Z przeprowadzonej analizy danych zastanych wynikają następujące wstępne rekomendacje dla praktyki gabinetów stomatologicznych:

- każdy gabinet powinien przeprowadzić samoocenę dostępności (architektonicznej, cyfrowej i informacyjno-komunikacyjnej), a następnie opracować plan poprawy dostosowań;
- wprowadzenie obowiązkowych szkoleń personelu w zakresie obsługi osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami w zakresie tematów takich jak: komunikacja, savoir-vivre, transfer pacjenta, praca z osobami z różnymi rodzajami niepełnosprawności;
- promowanie modeli wizyt „dostosowanych” cechujących się wydłużonymi czasami wizyt, wcześniej zaplanowaną obsługą, możliwością konsultacji z opiekunem/osobą wspierającą, informacją przed wizytą;
- rozwój dostępności cyfrowej: strony gabinetów i aplikacje zgodne z wytycznymi WCAG, formularze rejestracyjne i dokumenty dostępne dla osób z niepełnosprawnościami, materiały w prostym języku;
- wsparcie finansowe i systemowe dla gabinetów stomatologicznych, zwłaszcza tych w mniejszych miejscowościach, na zakup sprzętu, dostosowania budowlane, zatrudnienie asysty;

²⁷ Na podstawie: <https://www.dentalhealth.org/oral-health-and-physical-disabilities>; American Academy of Pediatric Dentistry. Management of dental patients with special health care needs. The Reference

²⁸ Na podstawie: Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2024:343-50; <https://www.gentledental.com/resources/articles/special-needs-dentistry>

- opracowanie standardu dostępności usług stomatologicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami, z monitoringiem wdrożenia i mechanizmem raportowania;
- zbieranie i upowszechnianie dobrych praktyk – studia przypadku gabinetów, które osiągnęły wysoki poziom dostępności i na tej podstawie zachęcanie środowiska do dzielenia się doświadczeniami.

W perspektywie systemowej warto rozważyć następujące działania:

- szersze uwzględnienie usług stomatologicznych dla osób z niepełnosprawnościami w mechanizmy finansowania, grantów czy dotacji (tak, aby koszt adaptacji nie stanowił bariery dla gabinetu);
- wprowadzenie zmian w systemie kształcenia kadr medycznych, tak aby tematyka obsługi osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami, była stałym elementem programów nauczania i szkoleń zawodowych;
- stworzenie bazy danych gabinetów dostosowanych, łatwo dostępnej dla pacjentów/pacjentek i opiekunów/osób wspierających;
- wdrożenie kampanii informacyjnej dla pacjentów/pacjentek i opiekunów/osób wspierających na temat ich praw, wyboru gabinetu, dostępnych usług i dostosowań;
- monitoring i ewaluacja wdrożenia standardów – regularne raporty i badania dostępu w czasowych odstępach.

VI. Analiza standardów i wytycznych dotyczących dostępności gabinetów stomatologicznych i usług stomatologicznych świadczonych na rzecz osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami, z dwóch państw europejskich

Dostępność usług stomatologicznych dla osób z niepełnosprawnościami jest ważnym elementem polityki zdrowotnej w wielu krajach Unii Europejskiej (UE). W ostatnich latach państwa członkowskie coraz częściej wprowadzają przepisy i wytyczne, które mają zagwarantować pacjentom/pacjentkom ze szczególnymi potrzebami równy dostęp do leczenia, niezależnie od rodzaju niepełnosprawności czy ograniczeń funkcjonalnych. W centrum tych działań znajduje się dążenie do likwidacji barier architektonicznych, cyfrowych, informacyjno-komunikacyjnych i medycznych, a także rozwój standardów obsługi uwzględniających indywidualne potrzeby pacjentów/pacjentek.

Państwa europejskie – również te, które nie są członkami UE – różnią się sposobem regulacji dostępności, jednak łączy je wspólny cel – stworzenie systemu ochrony zdrowia, który umożliwi każdej osobie bezpieczne i godne korzystanie z usług medycznych. W kontekście stomatologii szczególne znaczenie ma dostępność architektoniczna i sprzęt (np. wejścia, windy, toalety, fotele zabiegowe), ale także do informacji i komunikacji (np. formularze w prostym języku, strony internetowe zgodne z WCAG, tłumacze języka migowego, aplikacje wspierające).

Zasadniczą rolę w kształtowaniu krajowych rozwiązań odgrywają akty prawne dotyczące równego traktowania osób z niepełnosprawnościami oraz standardy budowlane i cyfrowe. W niektórych krajach wypracowano także sektorowe rekomendacje dla usług medycznych, w tym gabinetów dentystycznych – opracowywane przez organizacje branżowe, izby lekarskie i stowarzyszenia pacjentów/pacjentek. Takie rozwiązania wspierają nie tylko fizyczne (tj. architektoniczne i sprzętowe) dostosowanie gabinetów, ale też rozwój kompetencji personelu i świadomości społecznej w zakresie dostępności.

W niniejszym podrozdziale zaprezentowano przegląd wybranych rozwiązań i dobrych praktyk w dwóch krajach europejskich – Niemczech i Wielkiej Brytanii. Oba państwa dysponują rozbudowanym systemem prawnym i standardami technicznymi, które stanowią punkt odniesienia dla działań na rzecz dostępnej stomatologii. Analiza obejmuje zarówno przepisy prawa, jak i praktyczne narzędzia wdrażania dostępności w gabinetach – takie jak listy kontrolne, normy techniczne czy standardy obsługi pacjenta.

Przykłady z Niemiec i Wielkiej Brytanii pokazują, że skuteczne zapewnienie dostępności wymaga zintegrowanego podejścia: połączenia rozwiązań prawnych, architektonicznych, technologicznych i organizacyjnych. W obu krajach podejmowane działania służą nie tylko wyrównaniu szans osób z niepełnosprawnościami, ale również podnoszeniu jakości i bezpieczeństwa usług dla wszystkich pacjentów/pacjentek.

Niemcy²⁹

W Niemczech coraz większą wagę przywiązuje się do tego, by osoby z niepełnosprawnościami mogły łatwo korzystać z usług medycznych. Dotyczy to także gabinetów stomatologicznych. Mają one obowiązek zapewnić, by każdy pacjent – niezależnie od swoich potrzeb – mógł skorzystać z leczenia na równych zasadach.

Podstawy prawne

Najważniejszym aktem prawnym jest ustawa o równym traktowaniu osób z niepełnosprawnościami (Behindertengleichstellungsgesetz – BGG). Ustawa nakazuje usuwać i zapobiegać barierom oraz zapewniać osobom z niepełnosprawnościami pełny udział w życiu społecznym. Choć BGG odnosi się głównie do instytucji publicznych, jej zasady wpływają także na prywatne gabinety. Określa ona wymogi dotyczące:

²⁹ Opracowanie na podstawie: [Strona internetowa Federalnego Stowarzyszenia Dentystów Ubezpieczenia Zdrowotnego](#), [Strona internetowe niemieckiej platformy branżowej dla stomatologów i techników dentystycznych](#), [Portal informacyjny „Zahnärztliche Mitteilungen” – czasopisma niemieckiej izby lekarsko-stomatologicznej](#), [Strona internetowa niemieckiej firmy specjalizującej się w oprogramowaniu dla gabinetów stomatologicznych](#)

- dostępności budynków,
- sposobu komunikacji z pacjentem,
- przekazywania informacji w przystępnej formie.

Wymogi dotyczące budynków

Gabinet dentystyczny powinien być łatwo dostępny dla każdego pacjenta.

Podstawowe wymagania obejmują:

- wejście bez progów lub z rampą,
- szerokie drzwi (minimum 90 cm),
- miejsce przy recepcji dostępne dla osób na wózku,
- czytelne oznakowanie i kontrastowe napisy,
- odpowiednią przestrzeń przy fotelu dentystycznym,
- regulowany fotel zabiegowy,
- toaletę z uchwytami, lustrem i umywalką na odpowiedniej wysokości.

Te zasady wynikają z norm DIN 18040-1 i listy kontrolnej opracowanej przez KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung). KZBV to ogólnoniemiecka organizacja publiczna, która zrzesza kilkanaście regionalnych stowarzyszeń stomatologicznych. Reprezentuje interesy tysięcy dentystów uczestniczących w publicznym systemie ubezpieczeń zdrowotnych w Niemczech. Jej głównym zadaniem jest zapewnienie powszechnej, kontraktowej opieki stomatologicznej dla ubezpieczonych w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, negocjowanie umów z kasami chorych oraz dbanie o warunki wykonywania zawodu i odpowiednie wynagrodzenia dla dentystów. KZBV działa jako organ samorządu zawodowego i współtworzy ramy prawne i organizacyjne dla opieki stomatologicznej na poziomie federalnym

Komunikacja i informacja

Równie ważna jak dostępność budynku jest dostępność komunikacji. Gabinet powinien umożliwiać:

- zapis pacjenta telefonicznie lub online,
- korzystanie ze strony internetowej zgodnej ze standardami dostępności (WCAG),

- otrzymanie materiałów w prostym języku („Leichte Sprache”).

28 czerwca 2025 roku weszły w życie nowe przepisy (Barrierefreiheitsstärkungsgesetz – BFSG), które rozszerzyły obowiązek dostępności cyfrowej także na sektor prywatny.

Dobre praktyki

W Niemczech coraz więcej gabinetów wprowadza rozwiązania ułatwiające leczenie pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami:

- Z-24 Zahnarztpraxis Hamburg – jest to nowoczesny gabinet dentystyczny oferujący szeroki zakres usług. W placówce tej pacjenci mogą skorzystać m.in. z leczenia zachowawczego i estetycznego, profesjonalnej higieny i profilaktyki, zabiegów implantologicznych, paradontologii oraz protetyki i implantów. Gabinet posiada sprzęt dostosowany do osób poruszających się na wózku;
- Zahnarztpraxis Dr. Holtkamp w Würzburgu – nowoczesny gabinet dentystyczny specjalizujący się w kompleksowej opiece nad zdrowiem jamy ustnej pacjentów w różnym wieku. Placówka oferuje m.in. profilaktykę, leczenie zachowawcze i estetyczne, implantologię, chirurgię jamy ustnej oraz specjalne podejście do dzieci i pacjentów z lękiem przed zabiegami, wykorzystując nowoczesne technologie i wyposażenie. Praktyka jest również znana z przyjaznej atmosfery, krótkich czasów oczekiwania i szerokiego zakresu usług stomatologicznych dostosowanych do indywidualnych potrzeb pacjentów. W zakresie dostosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnościami oferuje windę, szerokie drzwi, toaletę dla osób z niepełnosprawnościami i fotel z regulacją wysokości;
- coraz więcej gabinetów udostępnia strony internetowe i formularze zgodne z zasadami dostępności cyfrowej.

Wyzwania i korzyści

Niektóre gabinety mieszczą się w starszych budynkach i nie mogą od razu spełnić wszystkich wymogów. W takich przypadkach dopuszcza się stopniową adaptację, czyli wprowadzanie zmian krok po kroku. Ważne jest jednak dokumentowanie działań poprawiających dostępność.

Wyzwania to głównie koszty modernizacji oraz brak wiedzy o nowych przepisach.

Korzyści z dostosowania gabinetu są jednak duże. Należą do nich:

- mniejsze ryzyko skarg i roszczeń,
- lepszy wizerunek placówki,
- większa satysfakcja pacjentów/pacjentek,
- łatwiejsza obsługa osób ze szczególnymi potrzebami.

Organizacje branżowe zachęcają więc wszystkich stomatologów do korzystania z listy kontrolnej KZBV i wdrażania rozwiązań przyjaznych pacjentom/pacjentkom.

Wielka Brytania³⁰

Podstawy prawne

W Wielkiej Brytanii prawa osób z niepełnosprawnościami chroni ustawa Equality Act 2010. Zobowiązuje ona wszystkich usługodawców – w tym gabinety dentystyczne – do równego traktowania pacjentów/pacjentek i do wprowadzania tzw. rozsądnych dostosowań (reasonable adjustments). Oznacza to, że gabinet musi usunąć bariery w budynku, w komunikacji i w obsłudze pacjenta, jeśli utrudniają one dostęp osobie z niepełnosprawnością. Dodatkowo w opiece zdrowotnej obowiązuje Accessible Information Standard, czyli standard dostępności informacji. Zobowiązuje on gabinety do identyfikowania, zapisywania i spełniania potrzeb komunikacyjnych pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnością wzroku, słuchu lub trudnościami poznawczymi.

Kluczowe obszary dostosowań

W praktyce dostosowanie gabinetu dentystycznego w Wielkiej Brytanii dotyczy kilku głównych obszarów:

1. Wejście i dojście:

- wejście powinno być bezprogowe lub mieć rampę o nachyleniu od 1:12 do 1:20;
- drzwi muszą być szerokie i łatwe do otwarcia;
- przed wejściem powinno znajdować się oznaczone miejsce parkingowe dla osób z niepełnosprawnościami, położone możliwie najbliżej drzwi.

2. Przestrzeń wewnątrz:

³⁰ Opracowanie na podstawie: [Oficjalna strona rządu Wielkiej Brytanii, zawierająca pełny zbiór obowiązującego prawa](#), [Strona internetowa National Health Service England, części brytyjskiego systemu opieki zdrowotnej, która zarządza świadczeniem usług zdrowotnych w Anglii](#); [Strona internetowa British Dental Association, organizacji zawodowej dla dentystów w Wielkiej Brytanii](#); [Strona internetowa Quality Compliance Systems \(QCS\) – wiodącego dostawcy cyfrowych rozwiązań do zarządzania zgodnością w opiece zdrowotnej i społecznej w Wielkiej Brytanii](#); [Strona internetowa portalu branżowego dla stomatologów w Wielkiej Brytanii](#); [Strona internetowa Health Tech World – brytyjskiego portalu poświęconego innowacjom technologicznym w ochronie zdrowia, medycynie i opiece społecznej](#)

- korytarze, poczekalnia i gabinety muszą mieć wystarczającą przestrzeń manewrową dla wózka;
- należy regularnie wykonywać audyt dostępności (ang. access audit), który sprawdza czy wyposażenie nie blokuje przejazdu i czy pomieszczenia są funkcjonalne.

3. Recepcja i toalety:

- recepcja powinna mieć obniżony blat, dostępny dla osoby siedzącej;
- toaleta musi być przystosowana – z uchwyty, szerokim wejściem i przestrzenią manewrową.

4. Komunikacja:

- gabinet powinien publikować oświadczenie o dostępności (Accessibility Statement), w którym jasno opisuje, jakie udogodnienia oferuje;
- dobre praktyki obejmują np. możliwość umówienia wizyty na parterze lub wsparcie osoby asystującej;
- każdy pacjent może zgłosić swoje potrzeby przed wizytą, np. konieczność pomocy przy przemieszczaniu, tłumacza języka migowego czy wydłużony czas wizyty.

Standard dostępnej komunikacji

Zgodnie z Accessible Information Standard, gabinety dentystyczne muszą:

- rozpoznać potrzeby komunikacyjne pacjenta,
- zapisać je w systemie,
- zapewnić odpowiednią formę kontaktu, np. e-mail, SMS, druk powiększony, tłumacza języka migowego lub wersję łatwą do czytania.

British Dental Association (BDA) przypomina ponadto, że każdy gabinet ma obowiązek wprowadzać rozsądne dostosowania, aby osoba z niepełnosprawnością nie była traktowana gorzej niż inne osoby.

Przykłady nowoczesnych rozwiązań

Brytyjskie gabinety coraz częściej wykorzystują technologie i nowe rozwiązania:

- London Centre for Cosmetic Dentistry używa aplikacji WelcoMe, za pomocą której pacjent może wcześniej zgłosić swoje potrzeby (np. korzystanie z wózka, trudności w słyszeniu, autyzm). Dzięki temu personel wie, jak najlepiej pomóc;
- North Street Dental stosuje fotel dentystyczny BREAK-KNEE, który ułatwia przeniesienie pacjenta z wózka. Gabinet ma też windę i oznakowane miejsce parkingowe;
- El-Nahar Dental Care oferuje dwa w pełni dostępne gabinety oraz nowoczesne technologie, które pozwalają przeprowadzać zabiegi bez konieczności przemieszczania się między pokojami.

Wsparcie dla pacjentów/pacjentek z dodatkowymi potrzebami

Niektóre osoby wymagają dłuższych wizyt lub specjalnych warunków leczenia. W takich przypadkach pacjent może być skierowany do specjalistycznych centrów leczenia lub otrzymać usługę w domu. Ważne jest zapewnienie pacjentom/pacjentkom dodatkowego czasu, wsparcia przy przemieszczaniu i spokojnego otoczenia podczas wizyty.

Podsumowując można wskazać, że w Wielkiej Brytanii system prawny jasno określa obowiązki gabinetów dentystycznych wobec osób z niepełnosprawnościami.

Najważniejsze zasady to:

- stosowanie rozsądnych dostosowań,
- zapewnienie dostępności informacji i komunikacji,
- stosowanie dobrych praktyk architektonicznych i organizacyjnych.

W efekcie podejmowanych działań z roku na rok gabinety są coraz lepiej przygotowane. Wprowadzają nowe technologie, poprawiają dostępność stron internetowych i dbają o komfort wszystkich pacjentów/pacjentek.

VII. Analiza dostępności gabinetów stomatologicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym osób z niepełnosprawnościami

Dostępność gabinetu stomatologicznego zaczyna się dużo wcześniej niż przy fotelu dentystycznym. Zależy od tego, gdzie gabinet się znajduje, jak jest zorganizowany, ilu pacjentów może obsłużyć i jakie ma możliwości techniczne. Dla osób ze szczególnymi potrzebami te czynniki często decydują o tym czy wizyta w ogóle jest możliwa. Poznanie tego kontekstu pozwoli lepiej zrozumieć prezentowane w dalszej części raportu wyniki dotyczące barier, ograniczeń i realnych możliwości zwiększania dostępności usług stomatologicznych.

Ważną rolę odgrywają także rozwiązania organizacyjne i kompetencje zespołu. Chodzi o sposób rejestracji, elastyczność umawiania wizyt, możliwość dostosowania czasu i przebiegu leczenia oraz przygotowanie personelu do pracy z pacjentami o różnych potrzebach. Z tego względu analiza dostępności obejmuje nie tylko infrastrukturę (rozumianą jako dostosowania architektoniczne budynku oraz wyposażenie i rozwiązania sprzętowe), ale również sposób funkcjonowania gabinetów stomatologicznych jako całości.

Charakterystyka badanych gabinetów stomatologicznych

Analiza podstawowych cech gabinetów stomatologicznych objętych badaniem pokazuje, że warunki, w jakich funkcjonują te placówki, w dużym stopniu wpływają na realną dostępność usług dla osób ze szczególnymi potrzebami. Większość badanych gabinetów działa poza miastami wojewódzkimi. Najczęściej są zlokalizowane w miastach powiatowych oraz mniejszych miejscowościach, a część także na wsi. Znaczna część usług stomatologicznych jest więc świadczona w lokalizacjach o ograniczonym dostępie do nowoczesnej infrastruktury, specjalistycznego sprzętu i wsparcia systemowego.

Tabela 2. Lokalizacja gabinetów stomatologicznych objętych badaniem

Wielkość miejscowości	%
Miasto wojewódzkie	14,1%
Miasto powiatowe	41,0%

Wielkość miejscowości	%
Mniejsza miejscowość nie posiadająca statusu miasta powiatowego	31,7%
Wieś	13,2%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Przebadanych zostało 356 gabinetów stomatologicznych z całej Polski. **Badane gabinety to w przeważającej mierze małe placówki, najczęściej jedno stanowiskowe (72,5%).** Udział pozostałych gabinetów prezentował się następująco:

- 2-3 stanowiska – 22,2%,
- 4-5 stanowisk – 3,1%,
- 6 lub więcej stanowisk – 2,2%.

Przy niewielkich zespołach trudniej jest wydłużyć czas wizyty, zapewnić asystę, wprowadzić elastyczne grafiki czy reagować na sytuacje kryzysowe bez zakłócania pracy całego gabinetu. Mała skala działalności może więc stanowić istotną barierę we wdrażaniu rozwiązań zwiększających dostępność.

Jednocześnie większość gabinetów deklaruje obsługę pacjentów w różnym wieku, zarówno dorosłych (94,7%), jak i dzieci (80,9%) oraz młodzieży (93,8%). Oznacza to, że personel ma kontakt z bardzo zróżnicowaną grupą pacjentów.

Szczególnie istotnym ograniczeniem jest niemal całkowity brak możliwości leczenia w znieczuleniu ogólnym. 94,7% badanych gabinetów stomatologicznych nie świadczy takich usług. W szczególności dotyczy to małych placówek. W praktyce oznacza to, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną, w spektrum autyzmu lub z silnym lękiem przed zabiegiem stomatologicznym często nie mają realnej możliwości skorzystania z leczenia w miejscu zamieszkania. W efekcie są zmuszone do szukania pomocy w nielicznych placówkach specjalistycznych. Nieliczne gabinety stomatologiczne oferujące leczenie w znieczuleniu ogólnym (19 gabinetów na 356 uczestniczących w badaniu) to placówki działające głównie w miastach powiatowych (9 placówek) i wojewódzkich (5 placówek). W większości (12 placówek) zatrudniają co najmniej 2 osoby na stanowiskach lekarzy/lekarek stomatologów. Personel tych gabinetów jest także zdaniem kadry zarządczej dobrze przygotowany do obsługi pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami.

Struktura personelu badanych gabinetów stomatologicznych (tabela 3) pokazuje, że są to głównie małe zespoły, oparte na pracy jednego lub dwóch lekarzy/lekarek oraz ograniczonego personelu pomocniczego. Większe zespoły lekarskie, liczące co najmniej 3 osoby, należą do rzadkości i są zlokalizowane głównie w miastach powiatowych i wojewódzkich. Oznacza to, że możliwości organizacyjne gabinetów są z natury ograniczone, szczególnie jeśli chodzi o wydłużanie wizyt czy elastyczne reagowanie na potrzeby pacjentów.

Personel medyczny – pomocniczy jest obecny w większości gabinetów, jednak najczęściej w minimalnym składzie. W prawie co trzecim gabinecie nie ma ich wcale, a tam, gdzie jest zatrudniony, zwykle jest to jedna lub dwie osoby. To pokazuje, że wsparcie lekarza w pracy z pacjentem ze szczególnymi potrzebami może być niewystarczające, zwłaszcza w sytuacjach wymagających asekuracji, spokojnego prowadzenia wizyty czy reagowania na stres.

Recepcja lub rejestracja osobno występują rzadko. W większości gabinetów nie ma zatrudnionej osoby na stanowisku recepcjonisty/ recepcjonistki, a obowiązki związane z kontaktem z pacjentem, umawianiem wizyt i udzielaniem informacji są często łączone z innymi zadaniami. To ogranicza możliwość spokojnej, dostosowanej komunikacji, zwłaszcza z osobami ze szczególnymi potrzebami.

Stanowiska takie jak koordynator medyczny/koordynatorka medyczna, osoba wspierająca pacjenta czy koordynator/koordynatorka dostępności występują rzadko. Są to stanowiska obecne jedynie incydentalnie, głównie w gabinetach zlokalizowanych w miastach powiatowych i wojewódzkich. Nie stanowią zatem standardu organizacyjnego gabinetów. Oznacza to, że dostępność nie jest zarządzana systemowo, lecz zależy głównie od zaangażowania pojedynczych osób.

Tabela 3. Struktura personelu gabinetów stomatologicznych objętych badaniem

Rodzaj personelu	brak	1-2 osoby	3-5 osób	6-10 osób	11-15 osób	powyżej 15 osób
Lekarz/lekarka	0,0%	84,9%	9,0%	4,4%	1,4%	0,3%
Higienistka/asystentka stomatologiczna	29,4%	61,0%	5,1%	3,6%	0,6%	0,3%
Recepcjonista/recepcjonistka	68,3%	28,9%	1,4%	1,4%	0,0%	0,0%
Koordynator medyczny/ koordynatorka medyczna	94,9%	5,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Osoba wspierająca pacjenta	98,9%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Koordynator/koordynatorka dostępności	98,6%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Całościowo struktura personelu pokazuje, że większość gabinetów działa w modelu podstawowym, bez wyodrębnionych ról wspierających pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Ma to bezpośredni wpływ na możliwości wdrażania rozwiązań zwiększających dostępność i wyjaśnia, dlaczego tak dużą rolę odgrywają proste działania organizacyjne oraz kompetencje komunikacyjne całego zespołu.

Stan wiedzy i obawy personelu w odniesieniu do dostępności gabinetów stomatologicznych

Dostępność gabinetu stomatologicznego w dużej mierze zależy od wiedzy i świadomości personelu. Nawet przy ograniczonych możliwościach lokalowych czy sprzętowych to właśnie wiedza o potrzebach pacjentów oraz umiejętność dostosowania organizacji wizyty decydują o tym, czy usługa jest realnie dostępna. Wyniki badania pokazują, że wiedza personelu na temat dostępności ma najczęściej charakter podstawowy. Dotyczy to wszystkich analizowanych grup (tabela 4).

Najwyżej swoją wiedzę ocenia kadra zarządcza, która w niemal połowie deklaruje, że dobrze wie, jakie dostosowania są potrzebne. Jednocześnie ponad 40% osób zarządzających wskazuje, że zna tylko podstawowe zasady i potrzebuje dalszych informacji. Oznacza to, że nawet w tej grupie wiedza nie ma w pełni systemowego charakteru.

Wśród lekarzy/lekarek dentystów oraz personelu medycznego – pomocniczego wyraźnie dominuje poczucie posiadania wiedzy podstawowej. Ponad połowa badanych w obu grupach deklaruje, że zna najważniejsze zasady, ale potrzebuje dalszego wsparcia. Odsetek osób oceniających swoją wiedzę jako „dużą” jest tu wyraźnie niższy niż wśród kadry zarządczej.

Brak wiedzy lub bardzo ograniczona wiedza pojawiają się rzadko, jednak w każdej grupie widoczna jest też niewielka część osób, które mają trudność z jednoznaczną oceną własnych kompetencji. Może to świadczyć o braku jasnych standardów i punktów odniesienia.

Tabela 4. Wiedza personelu gabinetów stomatologicznych w zakresie niezbędnych dostosowań związanych ze świadczeniem usług stomatologicznych dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności

Stan wiedzy	Kadra zarządcza	Lekarze/lekarki dentyści	Personel medyczny – pomocniczy
Mam dużą wiedzę – wiem dobrze, jakie dostosowania są potrzebne	48,6%	36,8%	34,8%
Mam podstawową wiedzę – znam najważniejsze zasady, ale potrzebuję więcej informacji	42,1%	57,9%	55,6%
Mam niewielką wiedzę – wiem tylko o kilku dostosowaniach	1,1%	0,8%	0,3%
Nie mam wiedzy na ten temat	2,8%	1,1%	4,5%
Trudno powiedzieć	5,4%	3,4%	4,8%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Analiza poziomu wiedzy personelu gabinetów stomatologicznych pokazuje wyraźne różnice związane z miejscem funkcjonowania gabinetu i liczbą stanowisk. **Im większa miejscowość, tym częściej personel deklaruje dobrą orientację w zakresie niezbędnych dostosowań dla osób ze szczególnymi potrzebami.**

W miastach wojewódzkich, powiatowych czy mniejszych miejscowościach gminnych relatywnie wyższy jest odsetek odpowiedzi wskazujących na „dużą wiedzę”.

Prawidłowość ta wyraźniej zaznacza się w przypadku lekarzy/lekarek. Pracujący w miastach wojewódzkich w ponad 50% przypadków deklarują dużą wiedzę, natomiast w przypadku mniejszych miejscowości oraz wsi odsetek ten wynosi 33,6-36,2%. Szczególną uwagę zwraca fakt, że na wsi zdecydowanie dominuje wiedza podstawowa. W przypadku kadry zarządczej wskazało tak aż 70% respondentów.

Istotnym czynnikiem różnicującym poziom wiedzy kadry zarządczej jest również wielkość gabinetu określana przez liczbę stanowisk. W placówkach posiadających więcej stanowisk częściej deklarowana jest wysoka wiedza (75%

wskazań). Jednocześnie nawet w dużych gabinetach wśród lekarzy i personelu medycznego – pomocniczego nadal przeważa wiedza określana jako podstawowa. We wskazanych grupach była ona deklarowana przez ponad połowę respondentów. Sama skala organizacyjna nie gwarantuje zatem pełnych kompetencji w zakresie dostępności.

Poziom wiedzy jest także powiązany z oferowaniem leczenia w znieczuleniu ogólnym oraz ogólną oceną przygotowania personelu. Gabinety oferujące leczenie w znieczuleniu ogólnym częściej deklarują lepsze rozpoznanie potrzeb pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Jednocześnie wykazują także większą świadomość braków i potrzeb szkoleniowych. We wszystkich grupach personelu widoczna jest zależność między dobrą oceną przygotowania zespołu a wyższą deklarowaną wiedzą.

Analiza pokazuje również, że obawy związane z obsługą osób z niepełnosprawnościami są powszechne we wszystkich grupach personelu. Ich natężenie i charakter różnią się jednak w zależności od pełnionej roli.

Jednocześnie w każdej grupie widoczna jest duża część respondentów deklarujących brak obaw. Sugeruje to współistnienie dwóch postaw: względnej pewności siebie oraz realnej niepewności w kontaktach z pacjentami ze szczególnymi potrzebami.

Najczęściej wskazywaną obawą w każdej z grup personelu są **trudności w komunikacji z pacjentem**. Dotyczy to zarówno komunikacji werbalnej, jak i sytuacji wymagających alternatywnych form porozumiewania się. Obawa ta jest szczególnie silna wśród personelu medycznego – pomocniczego, który pozostaje w bliskim i ciągłym kontakcie z pacjentem podczas wizyty.

Drugą ważną grupą obaw są **sytuacje trudne i kryzysowe**, takie jak silny stres pacjenta, atak paniki czy brak współpracy. Lekarze i personel pomocniczy częściej niż kadra zarządcza wskazują, że obawiają się, iż nie poradzą sobie w takich momentach. Towarzyszy temu niepewność dotycząca przygotowania gabinetu i sprzętu, co sugeruje, że obawy personelu mają charakter praktyczny i są związane z realnymi warunkami pracy, a nie wyłącznie z brakiem wiedzy teoretycznej.

Tabela 5. Obawy personelu gabinetów stomatologicznych w odniesieniu do obsługi osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności

Rodzaje obaw	Kadra zarządcza	Lekarze/lekarki	Personel medyczny – pomocniczy
Obawiam się, że popełnię błąd lub zachowam się niewłaściwie wobec pacjenta/pacjentki	9,6%	17,1%	18,0%
Obawiam się problemów w komunikacji z pacjentem/pacjentką (np. osoba niesłyszająca, niemówiąca)	25,3%	24,2%	33,1%
Boję się, że sprzęt lub gabinet nie są odpowiednio przygotowane	18,3%	22,8%	23,3%
Obawiam się, że nie poradzę sobie z pacjentem/pacjentką w trudnej sytuacji (np. stres, atak paniki)	20,2%	26,4%	26,1%
Boję się, że nie mam wystarczającego wsparcia ze strony innych pracowników	3,1%	6,7%	3,9%
Trudno powiedzieć	8,1%	2,8%	5,6%
Nie mam żadnych obaw	47,8%	48,6%	39,3%
Obawa przed nieprzewidzianymi sytuacjami	0,3%	0,0%	0,0%
Brak współpracy z pacjentem ze względu na jego stan	0,3%	0,0%	0,0%
Budynek nie jest przystosowany do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami i niepełnosprawnościami	0,6%	0,0%	0,0%
Brak windy w budynku	0,3%	0,0%	0,0%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Kadra zarządcza rzadziej niż pozostałe osoby deklaruje **obawy dotyczące odpowiedniego przygotowania sprzętu i gabinetu**. Jednak również w tej grupie pojawiają się wątpliwości dotyczące komunikacji i przygotowania gabinetu. Ogólnie:

średnio co piąty respondent ma obawy co do obsługi osób ze szczególnymi potrzebami ze względu na brak sprzętu i niedostosowanie gabinetu.

Zwraca jednocześnie uwagę wysoki odsetek odpowiedzi „nie mam żadnych obaw”, zwłaszcza wśród osób zarządzających i lekarzy. Może to wskazywać na rozbieżność między deklarowaną pewnością a faktycznymi wyzwaniem, które ujawniają się w praktyce pracy gabinetu.

Analiza pokazuje także, że poziom i charakter obaw personelu wyraźnie różnią się zarówno w zależności od roli pełnionej w gabinecie, ale także od wielkości miejscowości, zaplecza organizacyjnego oraz subiektywnej oceny przygotowania zespołu. W każdej grupie widoczna jest jednocześnie istotna część osób deklarujących brak obaw oraz znaczący odsetek respondentów wskazujących konkretne trudności. Potwierdza to, że doświadczenia personelu są bardzo nierówne.

Odsetek najczęściej występujących wskazań na brak jakichkolwiek obaw w zakresie obsługi osób z niepełnosprawnościami jest silnie zróżnicowany w zależności od wielkości miejscowości, liczby stanowisk oraz oceny przygotowania personelu.

Wśród kadry zarządczej najwyższe wartości tej odpowiedzi występują w gabinetach zlokalizowanych w miastach wojewódzkich (58,0%) oraz w miastach powiatowych (45,9%), a najniższe na wsi (38,3%).

Równocześnie brak obaw deklarowany jest częściej w gabinetach z 4-5 stanowiskami (72,7%) oraz z 6 lub więcej stanowiskami (62,5%) niż w gabinetach 1- i 2-stanowiskowych (48,1% i 41,8%). Istotne różnice pojawiają się także w zależności od oceny przygotowania personelu. W gabinetach, gdzie przygotowanie oceniane jest jako bardzo dobre, brak obaw deklaruje 66,1% kadry zarządczej, natomiast przy ocenie raczej słabo jedynie 9,5%.

Podobne prawidłowości widoczne są wśród lekarzy/lekarek, choć ich ogólny poziom obaw jest wyższy. Brak obaw częściej deklarują lekarze/lekarki z miast powiatowych (53,4%) i ze wsi (53,2%) niż z miast wojewódzkich (32%).

Jednocześnie wyraźnie zaznacza się wpływ liczby stanowisk. W gabinetach 1- i 2-stanowiskowych brak obaw deklaruje ponad połowa lekarzy/lekarek (odpowiednio: 51,9% i 41,8%), podczas gdy w placówkach z 6 lub więcej stanowiskami – tylko 25%. Najsilniejszym czynnikiem różnicującym pozostaje jednak ocena przygotowania

personelu. W gabinetach oceniających przygotowanie bardzo dobrze brak obaw deklaruje 48,4% lekarzy, natomiast przy ocenie raczej słabo już tylko 14,3%.

W przypadku personelu medycznego - pomocniczego brak obaw występuje rzadziej niż w pozostałych grupach. Najczęściej deklarowany jest na wsi (44,7%) oraz w mniejszych miejscowościach (44,2%), a najrzadziej w miastach wojewódzkich (22%). Różnice pojawiają się również wraz z liczbą stanowisk. W gabinetach jednostanowiskowych brak obaw deklaruje 42,2% personelu medycznego – pomocniczego, natomiast w placówkach z 6 lub więcej stanowiskami – jedynie 12,5%. Także w tej grupie widoczna jest korelacja pomiędzy oceną przygotowania personelu a poziomem obaw w zakresie obsługi osób z niepełnosprawnościami: przy bardzo dobrej ocenie brak obaw wskazuje 44,4% respondentów, a przy ocenie raczej słabo tylko 19%.

Najczęściej wskazywaną kategorią obaw we wszystkich grupach personelu są problemy w komunikacji z pacjentem/pacjentką. Wśród kadry zarządczej obawy te nasilają się wraz ze zmniejszaniem wielkości miejscowości (31,9% na wsi wobec 14,0% w miastach wojewódzkich). Podobnie zwiększają się wraz ze spadkiem oceny przygotowania personelu (57,1% przy ocenie raczej słabo). Wśród lekarzy/lekarek obawy przed trudnościami w komunikacji z pacjentami/pacjentkami utrzymują się na zbliżonym poziomie niezależnie od wieku pacjentów (około 24%). Są przy tym wyraźnie wyższe w gabinetach z 4-5 stanowiskami (54,5%) oraz przy słabej ocenie przygotowania (28,6%). Wśród personelu medycznego – pomocniczego tego rodzaju problemy występują szczególnie w miastach wojewódzkich (40%) oraz w gabinetach obsługujących pacjentów w znieczuleniu ogólnym (38,5%).

Drugą kluczową grupą obaw są trudności w radzeniu sobie z pacjentem w sytuacjach stresowych, takich jak panika czy dezorientacja. Obawy te rosną wraz ze spadkiem oceny przygotowania personelu we wszystkich grupach. Są one również częstsze w mniejszych miejscowościach i na wsi oraz w gabinetach obsługujących pacjentów w znieczuleniu ogólnym (do 38,5%).

Obawy dotyczące nieprzystosowania sprzętu lub gabinetu są wyraźnie powiązane z oceną przygotowania personelu oraz skalą placówki. Wśród lekarzy/lekarek i personelu pomocniczego najwyższe wartości tej obawy występują przy ocenie raczej słabo (52,4% i 42,9%). Są także większe w gabinetach z większą

liczbą stanowisk, gdzie złożoność organizacyjna i sprzętowa jest większa.

Jednocześnie w gabinetach oferujących leczenie w znieczuleniu ogólnym obawy te są niższe, co może wskazywać na lepsze zaplecze techniczne tych placówek.

Podsumowując, obawy personelu gabinetów stomatologicznych nie mają charakteru jednostkowego ani losowego. Są one systematycznie powiązane z wielkością miejscowości, liczbą stanowisk, organizacją świadczeń. Przede wszystkim jednak dostrzegany jest wpływ poziomu przygotowania personelu do pracy z osobami z niepełnosprawnościami. Im niższa ocena przygotowania i im bardziej ograniczone warunki organizacyjne, tym częściej pojawiają się obawy dotyczące komunikacji, sytuacji stresowych oraz przygotowania sprzętowego, a rzadziej deklarowany jest całkowity brak obaw.

Dostępność architektoniczna, cyfrowa i informacyjno-komunikacyjna gabinetów stomatologicznych

Dostępność gabinetów stomatologicznych w dużym stopniu decyduje o tym, czy osoba z niepełnosprawnością może w ogóle skorzystać z leczenia. Bariery architektoniczne czy brak odpowiedniego wyposażenia często oznaczają nie tylko dyskomfort, ale realną przeszkodę w dostępie do usług. Dlatego kluczowe znaczenie mają rozwiązania, które umożliwiają bezpieczne wejście do gabinetu, swobodne poruszanie się po jego przestrzeni oraz spokojne i godne przejście przez cały proces leczenia. Analiza dotycząca dostępności gabinetów w poszczególnych aspektach została opracowana na podstawie wskazań kadry zarządczej gabinetów stomatologicznych.

Stosowane rozwiązania w zakresie dostępności architektonicznej

Dane pokazują, że najczęściej wdrażane są proste i podstawowe rozwiązania architektoniczne. Większość gabinetów deklaruje brak progów lub obecność rampy (65,7%), poszerzone drzwi lub korytarze (71,1%) oraz toalety przystosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami (75%). Oznacza to, że część barier związanych z wejściem i poruszaniem się po gabinecie została ograniczona, choć nie zawsze w sposób kompleksowy.

Jednocześnie znacznie rzadziej występują rozwiązania wymagające większych nakładów finansowych lub ingerencji w budynek. Windę lub platformę posiada

niepełna co czwarty gabinet (24,7%). Sprzęt ułatwiający transfer pacjenta, taki jak podnośnik czy deska transferowa, jest dostępny tylko w 5,1% placówek. Pokazuje to, że dostępność dla osób z większymi ograniczeniami ruchowymi pozostaje poważnym wyzwaniem.

Pozytywnie wyróżnia się wysoki odsetek gabinetów z regulowanym fotelem dentystycznym (84,3%), co zwiększa bezpieczeństwo i komfort leczenia. Jednak brak sprzętu wspierającego transfer sprawia, że w wielu przypadkach korzystanie z fotela nadal wymaga znacznej pomocy ze strony personelu lub opiekuna.

Rozwiązania wspierające orientację w przestrzeni i bezpieczeństwo ewakuacji występują bardzo rzadko. Tablice dotykowe lub głosowe posiada jedynie 1,7% gabinetów, a rozwiązania związane z ewakuacją osób z niepełnosprawnościami – 25,8%. Oznacza to, że potrzeby osób niewidomych, słabowidzących oraz osób z ograniczoną mobilnością w sytuacjach awaryjnych są w dużej mierze pomijane.

Możliwość wejścia z psem asystującym deklaruje 32,6% gabinetów. Pokazuje to umiarkowaną otwartość na potrzeby osób z niepełnosprawnością wzroku, choć nie jest to standard.

Tabela 6. Rozwiązania wspierające dostępność architektoniczną gabinetów stomatologicznych objętych badaniem według kadry zarządczej

Rozwiązania z zakresu dostępności architektonicznej	%
Regulowany fotel dentystyczny	84,3%
Toaleta przystosowana	75,0%
Poszerzone drzwi/korytarze	71,1%
Rampa/wejście bez progów	65,7%
Możliwość wejścia razem z psem asystującym	32,6%
Zapewnione bezpieczne wyjście lub inne formy pomocy w ewakuacji dla osób z niepełnosprawnościami	25,8%
Winda/platforma	24,7%
Podnośnik/deska transferowa	5,1%
Brak takich rozwiązań	4,8%
Tablica z planem pomieszczeń – można ją odczytać dotykiem lub usłyszeć głosowo	1,7%
Brak windy w budynku	0,3%

Rozwiązania z zakresu dostępności architektonicznej	%
Pomoc opiekuna osoby z niepełnosprawnością	0,3%
Możliwość wjechania z łóżkiem	0,3%
Gabinet zlokalizowany na parterze	0,3%
Schodolaz	0,3%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Widoczne są wyraźne różnice w dostępności architektonicznej gabinetów stomatologicznych w zależności od wielkości miejscowości, liczby stanowisk, profilu pacjentów, świadczenia usług w znieczuleniu ogólnym oraz oceny przygotowania personelu.

W odniesieniu do wielkości miejscowości **widoczna jest względnie wysoka dostępność podstawowych udogodnień zarówno w miastach wojewódzkich, jak i na wsi**. Rampy lub wejścia bez progów posiada większość gabinetów niezależnie od lokalizacji. Najwyższe odsetki występują na wsi (80,9%) oraz w miastach wojewódzkich (70%), a nieco niższe w miastach powiatowych i mniejszych miejscowościach (około 62%). Podobne reguły dotyczą poszerzonych drzwi i korytarzy. Najczęściej występują one na wsi (78,7%) oraz w mniejszych miejscowościach (74,3%), a rzadziej w miastach wojewódzkich (66%). Toalety przystosowane dla osób z niepełnosprawnościami są relatywnie powszechne we wszystkich typach miejscowości, jednak również tu najwyższe wartości odnotowano na wsi (85,1%) i w miastach wojewódzkich (80%). Winda lub platforma pojawia się znacznie rzadziej i częściej w miastach wojewódzkich (32%) niż w mniejszych miejscowościach i na wsi (23-25,5%). Wskazuje to na ograniczenia infrastrukturalne starszych lub mniejszych budynków poza dużymi miastami.

Liczba stanowisk również silnie różnicuje poziom dostępności architektonicznej. Gabinety większe, z 4 lub więcej stanowiskami, znacznie częściej deklarują obecność kluczowych rozwiązań. W tych gabinetach rampy lub wejścia bez progów występują odpowiednio w 100% i 75% placówek, a toalety przystosowane w obu tych grupach w 100%. Regulowany fotel dentystyczny jest standardem w największych gabinetach (100%), podczas gdy w najmniejszych, 1- i 2-3 stanowiskowych, odsetek ten jest niższy (81-84,1%). Największe różnice dotyczą rozwiązań specjalistycznych, takich jak podnośnik lub deska transferowa. Tego

rodzaju dostosowania niemal nie występują w mniejszych gabinetach (0–5,1%), a pojawiają się wyraźnie częściej w placówkach z 6 lub więcej stanowiskami (37,5%). Podobnie rozwiązania związane z ewakuacją osób z niepełnosprawnościami są znacznie częstsze w większych gabinetach (50-54,5%) niż w najmniejszych (około 22%).

Profil pacjentów różnicuje dostępność w mniejszym stopniu niż wielkość gabinetu, jednak widoczne są pewne prawidłowości. Gabinety obsługujące osoby dorosłe oraz dzieci deklarują podobny poziom podstawowych udogodnień, takich jak rampy (około 67-69%) czy toalety przystosowane (około 75-76%). Wyraźnie odmienna sytuacja dotyczy gabinetów świadczących usługi w znieczuleniu ogólnym osobom dorosłym. W tej grupie znacznie częściej występują rozwiązania bardziej zaawansowane: toalety przystosowane (100%), windy lub platformy (50%), podnośniki lub deski transferowe (33,3%) oraz zapewnione formy pomocy w ewakuacji (66,7%). Jednocześnie w tej grupie rzadziej deklarowana jest możliwość wejścia razem z psem asystującym (16,7%), co może wynikać z bardziej sformalizowanej organizacji świadczeń.

Świadczenie usług w znieczuleniu ogólnym dla wszystkich pacjentów wiąże się z jeszcze wyższym poziomem dostępności infrastrukturalnej. W tego rodzaju gabinetach rampy występują w 46,2%. Jednocześnie bardzo wysoki jest odsetek regulowanych foteli dentystycznych (92,3%), toalet przystosowanych (84,6%) oraz wind lub platform (46,2%). W gabinetach, które nie świadczą usług w znieczuleniu ogólnym, rozwiązania te są wyraźnie rzadsze. Przykładowo windy lub platformy występują jedynie w 23,4% przypadków.

Poziom dostępności architektonicznej silnie koreluje z ocenami przygotowania personelu według kadry zarządczej. Gabinety, w których przygotowanie personelu oceniane jest jako „bardzo dobre”, częściej posiadają kluczowe udogodnienia. Chodzi o poszerzone drzwi i korytarze (80,6%), toalety przystosowane (79%) czy regulowane fotele dentystyczne (85,5%). W grupach, gdzie przygotowanie personelu oceniane jest jako „raczej słabe”, widoczny jest wyraźny spadek dostępności. Dotyczy to zwłaszcza rozwiązań bardziej zaawansowanych, jak podnośniki lub deski transferowe, które nie występują wcale, a rozwiązania ewakuacyjne są rzadkie (9,5%). Jednocześnie w tej grupie częściej pojawia się deklaracja braku

jakichkolwiek rozwiązań wspierających dostępność (14,3%). Wskazuje to na kumulację barier infrastrukturalnych i kompetencyjnych.

Całościowo wyniki pokazują, że dostępność architektoniczna gabinetów stomatologicznych w Polsce opiera się głównie na podstawowych rozwiązaniach, takich jak rampy, poszerzone przejścia, toalety przystosowane i regulowane fotele. Ich obecność jest stosunkowo wysoka, zwłaszcza w większych gabinetach i placówkach lepiej przygotowanych organizacyjnie. Jednocześnie rozwiązania bardziej specjalistyczne, kluczowe dla pacjentów z większymi ograniczeniami mobilności, pozostają rzadkie. Dodatkowo są skoncentrowane w wąskiej grupie większych gabinetów oraz tych, które świadczą usługi w znieczuleniu ogólnym. Zależności te wskazują, że skala i profil działalności gabinetu oraz poziom przygotowania zespołu mają większe znaczenie dla realnej dostępności architektonicznej niż sama wielkość miejscowości.

Stosowane rozwiązania w zakresie dostępności cyfrowej

Dostępność cyfrowa gabinetów stomatologicznych jest relatywnie słabo rozwiniętym obszarem dostosowań. Ponad połowa badanych gabinetów (54,8%) deklaruje brak jakichkolwiek rozwiązań cyfrowych wspierających dostęp dla osób ze szczególnymi potrzebami. Oznacza to, że dla wielu pacjentów już sam etap umówienia wizyty może stanowić istotną barierę.

Rozwiązania zgodne ze standardami dostępności są rzadkie. Jedynie niewielka część gabinetów posiada stronę internetową zgodną ze standardem WCAG lub formularze online napisane prostym językiem. To pokazuje, że potrzeby osób z niepełnosprawnością wzroku, trudnościami poznawczymi lub ograniczoną sprawnością komunikacyjną są w przestrzeni cyfrowej w dużej mierze pomijane.

Najczęściej spotykaną formą kontaktu cyfrowego jest opcja rejestracji przez e-mail lub SMS (34%). Jest to rozwiązanie relatywnie proste, ale znaczące dla osób niesłyszących, niemówiących lub doświadczających lęku przed rozmową telefoniczną. Jednocześnie rzadko pojawiają się bardziej zaawansowane narzędzia, takie jak aplikacje do umawiania wizyt (17,7%).

Tabela 7. Rozwiązania wspierające dostępność cyfrową gabinetów stomatologicznych objętych badaniem według kadry zarządczej

Rozwiązania z zakresu dostępności cyfrowej	%
Brak takich rozwiązań	54,8%
Możliwość rejestracji e-mail/SMS	34,0%
Aplikacja do umawiania wizyt	17,7%
Formularze online w prostym języku	12,9%
Strona internetowa zgodna ze standardem WCAG	12,1%
Możliwość rejestracji online	0,6%
Kontakt przez telefon	0,3%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Dane pokazują również, że cyfrowa dostępność nie jest traktowana systemowo. Brak spójnych rozwiązań i bardzo niskie rozpowszechnienie standardu WCAG sugerują, że dostępność cyfrowa postrzegana jest raczej jako dodatek niż jako element jakości obsługi. W efekcie pacjenci ze szczególnymi potrzebami często muszą polegać na kontakcie telefonicznym lub wsparciu osób trzecich, co ogranicza ich samodzielność.

Zidentyfikowany odsetek odpowiedzi wskazujących na brak jakichkolwiek rozwiązań cyfrowych pozostaje bardzo wysoki niezależnie od analizowanych zmiennych.

W odniesieniu do wielkości miejscowości, najwyższy poziom wdrożeń dostępności cyfrowej występuje w gabinetach zlokalizowanych w miastach wojewódzkich. Nawet tam jednak rozwiązania te nie mają charakteru powszechnego. Stronę internetową zgodną ze standardem WCAG deklaruje 24% gabinetów w miastach wojewódzkich. W miastach powiatowych odsetek ten spada do 12,3%, a w mniejszych miejscowościach i na wsi wynosi odpowiednio 8% i 8,5%. Jednocześnie brak jakichkolwiek rozwiązań z zakresu dostępności cyfrowej deklaruje 38% gabinetów w miastach wojewódzkich, 56,2% w miastach powiatowych, 57,5% w mniejszych miejscowościach i aż 61,7% na wsi. Oznacza to, że wraz z oddalaniem się od największych ośrodków miejskich dostępność cyfrowa wyraźnie maleje.

Podobną prawidłowość widać w analizie według liczby stanowisk.

W najmniejszych gabinetach, posiadających 1 stanowisko, brak rozwiązań cyfrowych deklaruje 59,7% respondentów, a w gabinetach z 2-3 stanowiskami 48,1%. Dla porównania, w gabinetach większych odsetek ten spada do 18,2% przy 4-5 stanowiskach i do 12,5% w gabinetach z 6 lub większą liczbą stanowisk.

Jednocześnie to właśnie duże gabinety najczęściej oferują opcję rejestracji e-mail lub

SMS (72,7% przy 4-5 stanowiskach i 87,5% przy 6 lub więcej), a także aplikacje do umawiania wizyt (36,4% i 50%). Dane te pokazują, że dostępność cyfrowa jest silnie powiązana z potencjałem organizacyjnym i technicznym placówki.

Analiza według wieku obsługiwanych pacjentów nie przynosi istotnych różnic – w każdej z grup dominuje brak rozwiązań z zakresu dostępności cyfrowej.

Brak takich rozwiązań deklaruje 58% gabinetów obsługujących dzieci, 55,1% obsługujących młodzież i 53,4% obsługujących osoby dorosłe. Oznacza to, że struktura pacjentów nie jest czynnikiem, który sam w sobie skłania gabinety do inwestowania w dostępność cyfrową.

Zwracają uwagę gabinety świadczące usługi w znieczuleniu ogólnym, gdzie sytuacja wygląda wyraźnie inaczej. W tej grupie jedynie 16,7% wskazuje brak rozwiązań z zakresu dostępności cyfrowej. Dodatkowo znacznie częściej występują takie rozwiązania, jak strony zgodne ze standardem WCAG (66,7%), formularze w prostym języku (33,3%), rejestracja e-mail/SMS (66,7%) oraz aplikacje do umawiania wizyt (50%). Pokazuje to, że tam, gdzie skala złożoności leczenia i potrzeb pacjentów jest większa, dostępność cyfrowa staje się elementem realnego wsparcia organizacyjnego.

Istotne różnice widoczne są także przy analizie oceny przygotowania personelu. W gabinetach, gdzie przygotowanie personelu oceniane jest jako „bardzo dobre”, brak rozwiązań z zakresu dostępności cyfrowej deklaruje 37,9%, podczas gdy w gabinetach z oceną „raczej słabo” odsetek ten rośnie do 71,4%. Jednocześnie rozwiązania takie jak rejestracja e-mail/SMS (43,5%) czy aplikacje do umawiania wizyt (35,5%) występują najczęściej tam, gdzie personel ocenia swoje przygotowanie najwyżej. Sugeruje to, że dostępność cyfrowa jest powiązana nie tylko z zasobami technicznymi, ale także z ogólną dojrzałością organizacyjną i świadomością potrzeb pacjentów.

Całościowo dane wskazują, że dostępność cyfrowa w gabinetach stomatologicznych ma charakter selektywny i nierównomierny. Koncentruje się przede wszystkim w większych gabinetach, w miastach wojewódzkich oraz w placówkach świadczących usługi w znieczuleniu ogólnym i charakteryzujących się wysoką oceną przygotowania personelu. W mniejszych gabinetach, zwłaszcza na obszarach wiejskich, dominującym wzorcem pozostaje brak jakichkolwiek rozwiązań z zakresu

dostępności cyfrowej, co istotnie ogranicza dostęp do usług dla osób ze szczególnymi potrzebami już na etapie informacji i rejestracji wizyty.

Stosowane rozwiązania w zakresie dostępności informacyjno-komunikacyjnej

Dostępność informacyjno-komunikacyjna jest najsłabiej rozwiniętym obszarem dostosowań w gabinetach stomatologicznych. Zdecydowana większość placówek (67,1%) nie stosuje żadnych rozwiązań ułatwiających komunikację osobom ze szczególnymi potrzebami. Oznacza to, że dla wielu pacjentów bariera pojawia się już na etapie uzyskania informacji, zrozumienia zasad wizyty lub porozumienia się z personelem.

Najczęściej spotykanym rozwiązaniem są materiały w prostym języku (22,2%), jednak korzysta z nich jedynie około jednej piątej gabinetów. Szkolenia personelu w zakresie komunikacji również nie są standardem i obejmują mniej niż co piątą placówkę. Pokazuje to, że nawet podstawowe działania, które nie wymagają dużych nakładów finansowych, wciąż nie są powszechnie wdrażane.

Rozwiązania dedykowane osobom z zaburzeniami sensorycznymi występują marginalnie. Oznaczenia kontrastowe lub dotykowe, pętle indukcyjne, systemy FM czy dostęp do tłumacza Polskiego Języka Migowego pojawiają się w pojedynczych procentach odpowiedzi. W praktyce oznacza to, że osoby niesłyszące, słabosłyszące, niewidome lub słabowidzące muszą polegać wyłącznie na improwizacji personelu lub wsparciu osób trzecich.

Szczególnie niski jest poziom kompleksowej dostępności informacji. Tylko nieliczne gabinety (3,4%) udostępniają informacje o swojej działalności w różnych formach jednocześnie, takich jak tekst możliwy do odczytania przez komputer, materiały łatwe do czytania (ETR) czy filmy w języku migowym. Brak takich rozwiązań ogranicza samodzielność pacjentów i zwiększa ryzyko nieporozumień.

Tabela 8. Rozwiązania wspierające dostępność informacyjno-komunikacyjną gabinetów stomatologicznych objętych badaniem według kadry zarządczej

Rozwiązania z zakresu dostępności informacyjno-komunikacyjnej	%
Materiały w prostym języku	22,2%
Szkolenia personelu	17,4%
Oznaczenia kontrastowe/dotykowe	3,7%

Rozwiązania z zakresu dostępności informacyjno-komunikacyjnej	%
Informacje o działalności gabinetu są dostępne na stronie internetowej w różnych formach – jako tekst do odczytania przez komputer, film w języku migowym i tekst łatwy do czytania (ETR)	3,4%
Tłumacz Polskiego Języka Migowego (PJM)	3,1%
Pętla indukcyjna/system FM	1,4%
Brak takich rozwiązań	67,1%
Znajomość języka migowego	0,3%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

W badanych gabinetach dostępność informacyjno-komunikacyjna jest ogólnie słabo rozwinięta niezależnie od analizowanych cech. Odsetek wskazań na brak rozwiązań w tym zakresie jest wysoki, niezależnie od wielkości miejscowości. Wynosi od 56% w miastach wojewódzkich do 69,9% w mniejszych miejscowościach i 66% na wsi. Podobnie sytuacja wygląda przy analizie według liczby stanowisk. Brak rozwiązań deklaruje 68,6% gabinetów z 1 stanowiskiem oraz 67,1% z 2-3 stanowiskami. Dopiero w gabinetach z 6 lub więcej stanowisk odsetek ten spada do 37,5%. Oznacza to, że im większa liczba stanowisk, tym częściej występują choćby podstawowe elementy dostępności informacyjno-komunikacyjnej.

Najczęściej stosowanym rozwiązaniem w tym obszarze są materiały w prostym języku. Ich obecność jest relatywnie podobna w różnych wielkościach miejscowości – od 17% na wsi do 26% w miastach wojewódzkich. Wyraźne różnice pojawiają się natomiast przy analizie według liczby stanowisk. Materiały w prostym języku występują w 45,5% gabinetów z 4-5 stanowiskami, wobec tylko 19% w gabinetach z 2-3 stanowiskami i 22,1% w gabinetach jednostanowiskowych. Podobna zależność widoczna jest przy ocenie przygotowania personelu. W gabinetach, gdzie przygotowanie oceniane jest jako bardzo dobre, materiały w prostym języku występują znacznie częściej (40,3%) niż tam, gdzie oceniane jest raczej słabo (4,8%) lub bardzo słabo (0%).

Udział gabinetów wdrażających szkolenia personelu silnie rośnie wraz z liczbą stanowisk – od 15,5% w gabinetach z 1 stanowiskiem do 62,5% w gabinetach z 6 lub więcej stanowiskami. Zależność ta jest jeszcze wyraźniejsza przy analizie według oceny przygotowania personelu. Szkolenia występują w 26,6% gabinetów, gdzie

przygotowanie oceniono jako bardzo dobre i nie występują w ogóle tam, gdzie oceniono je jako raczej słabe lub bardzo słabe. Wskazuje to na kumulację zasobów i kompetencji w części gabinetów, przy jednoczesnym braku działań w placówkach najsłabiej przygotowanych.

Rozwiązania wymagające bardziej zaawansowanej organizacji lub dodatkowych zasobów, takie jak tłumacz PJM, pętla indukcyjna/system FM czy oznaczenia kontrastowe i dotykowe, występują sporadycznie. Ich obecność rzadko przekracza kilka procent i dotyczy głównie gabinetów z większą liczbą stanowisk. Przykładowo pętla indukcyjna lub system FM pojawia się w 25% gabinetów z 6 lub więcej stanowiskami, podczas gdy w gabinetach jednostanowiskowych odsetek ten wynosi jedynie 0,8%. Podobnie oznaczenia kontrastowe lub dotykowe praktycznie nie występują w mniejszych miejscowościach i na wsi (0-0,9%), a są widoczne głównie w dużych gabinetach (25% przy 6 lub więcej stanowiskach).

Dostępność informacyjna strony internetowej w różnych formach (tekst do odczytu przez komputer, film w języku migowym, ETR) również ma charakter marginalny. W większości kategorii odsetki nie przekraczają kilku procent. Wyraźniej zaznaczają się jedynie w gabinetach z większą liczbą stanowisk (12,5%) oraz w tych, które świadczą usługi w znieczuleniu ogólnym wszystkim pacjentom (15,4%).

W gabinetach, gdzie przygotowanie personelu oceniane jest jako „raczej słabe” lub „bardzo słabe”, tego typu rozwiązania nie występują wcale.

Analiza według wieku pacjentów pokazuje niewielkie zróżnicowanie. Niezależnie od grupy pacjentów dominują odpowiedzi wskazujące na brak rozwiązań informacyjno-komunikacyjnych (od 66,5% do 69,8%). Istotne różnice pojawiają się natomiast w gabinetach świadczących usługi w znieczuleniu ogólnym wszystkim pacjentom. Brak takich rozwiązań deklaruje tam 50% respondentów. Częściej występują także szkolenia personelu (50%) oraz materiały w prostym języku (16,7%). Wskazuje to na większą świadomość potrzeb komunikacyjnych w tej grupie placówek.

Całościowo wyniki pokazują, że dostępność informacyjno-komunikacyjna jest najsłabiej rozwiniętym obszarem dostępności gabinetów stomatologicznych.

Działania informacyjno-komunikacyjne pojawiają się głównie tam, gdzie gabinety są większe i lepiej przygotowane organizacyjnie, natomiast w pozostałych placówkach

brak tych rozwiązań pozostaje normą, co istotnie ogranicza dostęp do usług dla osób ze szczególnymi potrzebami.

Oceny dostępności gabinetów stomatologicznych z perspektywy personelu oraz osób z niepełnosprawnościami

Ocena dostępności z perspektywy personelu gabinetów stomatologicznych

Ocena dostępności z perspektywy personelu gabinetów stomatologicznych pozwala uchwycić, jak dostępność jest postrzegana w codziennej praktyce pracy z pacjentami oraz jakie obszary są uznawane za wystarczająco rozwinięte, a które wymagają dalszych działań. Perspektywa personelu ma kluczowe znaczenie, ponieważ łączy ocenę warunków lokalowych, wyposażenia i organizacji pracy z realnym doświadczeniem obsługi osób ze szczególnymi potrzebami. Analiza ta umożliwia także zestawienie subiektywnej oceny przygotowania gabinetów z wcześniej zidentyfikowanymi barierami architektonicznymi, cyfrowymi i informacyjno-komunikacyjnymi.

Ocena przystosowania gabinetów stomatologicznych według kadry zarządczej

Ocena kadry zarządczej pokazuje wyraźne różnice między poszczególnymi obszarami dostępności gabinetów stomatologicznych. Najlepiej postrzegana jest dostępność architektoniczna. Prawie połowa zarządzających (47,2%) uważa, że ich gabinet jest w tym zakresie w pełni dostosowany, a 44,4% wskazuje na dostosowanie częściowe. Oznacza to, że bariery fizyczne są zauważane i w wielu miejscach podejmowano już działania, choć często mają one charakter niepełny i nie obejmują wszystkich potrzeb pacjentów.

Znacznie gorzej oceniana jest dostępność cyfrowa. Tylko 12,4% kadry zarządczej uznaje ją za w pełni zapewnioną, a dla ponad połowy gabinetów (56,7%) ma ona charakter jedynie częściowy. Jednocześnie niemal co trzeci gabinet nie posiada żadnych realnych rozwiązań w tym obszarze. Wskazuje to, że dostępność cyfrowa jest traktowana jako obszar drugorzędny, mimo że ma kluczowe znaczenie dla samodzielnego umawiania wizyt i dostępu do informacji.

Podobna sytuacja dotyczy dostępności informacyjno-komunikacyjnej. Choć ogółem większość zarządzających dostrzega pewne działania w tym zakresie, to tylko nieliczni oceniają je jako w pełni wystarczające (16,9%). Co czwarty gabinet (24,4%)

nie oferuje żadnych rozwiązań ułatwiających komunikację z osobami ze szczególnymi potrzebami. Oznacza to, że problemy związane z językiem, formą przekazu informacji i przygotowaniem personelu pozostają jedną z głównych barier w korzystaniu z usług stomatologicznych.

Tabela 9. Ocena przystosowania gabinetów stomatologicznych do obsługi osób z różnymi rodzajami niepełnosprawnościami według kadry zarządczej

Ocena przystosowania gabinetów	dostępność architektoniczna	dostępność cyfrowa	dostępność informacyjno-komunikacyjna
Tak, w pełni	47,2%	12,4%	16,9%
Częściowo	44,4%	56,7%	58,7%
Nie	8,4%	30,9%	24,4%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Całościowo wyniki pokazują, że kadra zarządcza częściej koncentruje się na dostępności architektonicznej, natomiast dostępność cyfrowa i informacyjno-komunikacyjna są oceniane jako słabsze i mniej rozwinięte. Dominacja odpowiedzi „częściowo” wskazuje, że wiele gabinetów znajduje się na etapie niepełnych, punktowych dostosowań, a dostępność rzadko jest traktowana jako spójny standard obejmujący wszystkie obszary funkcjonowania gabinetu.

Ocena przystosowania gabinetów stomatologicznych do obsługi osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności najwyraźniej różnicuje się według wielkości miejscowości oraz liczby stanowisk. W przypadku dostępności architektonicznej kadra zarządcza najczęściej ocenia gabinety jako „w pełni przystosowane” w miastach wojewódzkich (60%) oraz w gabinetach posiadających 6 lub więcej stanowisk (87,5%). Wraz ze spadkiem wielkości miejscowości maleje odsetek ocen pełnego przystosowania. Na wsi wynosi on 40,4%, a jednocześnie rośnie udział odpowiedzi „częściowo” (53,2%). Podobny wzorec widoczny jest przy liczbie stanowisk: im większy gabinet, tym częściej deklarowane jest pełne przystosowanie architektoniczne.

W przypadku dostępności cyfrowej niezależnie od wielkości miejscowości dominują odpowiedzi „częściowo”. Odsetek ocen „w pełni” jest jednak niski, szczególnie na wsi (4,3%) oraz w mniejszych miejscowościach (10,6%). Wyraźne zróżnicowanie pojawia

się ponownie przy liczbie stanowisk. W gabinetach z 6 lub więcej stanowisk pełną dostępność cyfrową deklaruje 37,5% kadry zarządczej, podczas gdy w gabinetach jednostanowiskowych jedynie 10,5%. Jednocześnie w mniejszych gabinetach częściej pojawiają się odpowiedzi „nie”, co wskazuje na istotne deficyty cyfrowe w placówkach o mniejszej skali działania.

Podobny obraz wyłania się w przypadku dostępności informacyjno-komunikacyjnej. Najwyższe odsetki ocen „w pełni” występują w miastach wojewódzkich (22%) oraz w gabinetach z 6 lub więcej stanowisk (37,5%). Na wsi natomiast odsetek ten spada do 8,5%. W większości kategorii dominują oceny „częściowo”. Sugeruje to, że rozwiązania informacyjno-komunikacyjne są wdrażane fragmentarycznie.

Analiza według wieku pacjentów pokazuje niewielkie zróżnicowanie ocen w trzech obszarach dostępności, z wyjątkiem gabinetów obsługujących wyłącznie osoby dorosłe w znieczuleniu ogólnym. W tej grupie wyraźnie częściej deklarowane jest pełne przystosowanie architektoniczne (83,3%), cyfrowe (33,3%) oraz informacyjno-komunikacyjne (33,3%). Wskazuje to na większą świadomość i wyższe standardy organizacyjne w gabinetach realizujących bardziej złożone procedury. Sama obecność usług w znieczuleniu ogólnym wyraźnie różnicuje oceny. Gabinety świadczące takie usługi częściej oceniają swoje przystosowanie jako pełne we wszystkich trzech obszarach w porównaniu z placówkami, które ich nie oferują.

Najsilniejsze zróżnicowanie widoczne jest jednak przy ocenie przygotowania personelu. W gabinetach, w których przygotowanie personelu oceniane jest jako „bardzo dobre”, znacznie częściej pojawiają się deklaracje pełnego przystosowania, zarówno architektonicznego (62,1%), cyfrowego (26,6%), jak i informacyjno-komunikacyjnego (29%). Wraz z obniżaniem się oceny przygotowania personelu rośnie udział odpowiedzi „częściowo” oraz „nie”. W grupie, w której przygotowanie oceniane jest jako „raczej słabe”, odsetek ocen pełnego przystosowania architektonicznego spada do 9,5%. W zakresie dostępności cyfrowej i informacyjno-komunikacyjnej praktycznie zanika. Wskazuje to na silny związek między kompetencjami zespołu a postrzeganą gotowością gabinetu do obsługi osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności.

Całościowo wyniki pokazują, że dostępność w gabinetach stomatologicznych jest najczęściej fragmentaryczna. Skupia się głównie na rozwiązaniach

architektonicznych, podczas gdy dostępność cyfrowa i komunikacyjna pozostają obszarami wyraźnie niedorozwiniętymi. Różnice między gabinetami wynikają nie tylko z lokalizacji, ale także ze skali działalności, zakresu świadczonych usług oraz poziomu przygotowania personelu. To potwierdza, że dostępność nie jest jedynie kwestią infrastruktury, lecz efektem całościowego podejścia organizacyjnego.

Jeśli chodzi o wskazywane braki, to w obszarze dostępności architektonicznej najczęściej wskazywanym problemem są bariery fizyczne, przede wszystkim brak windy lub innych ułatwień pokonywania schodów oraz ograniczenia wynikające ze starszego budownictwa. Jednocześnie silnie wybrzmiewa postawa, że „nie ma potrzeby” dostosowywania gabinetu do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Część respondentów podkreśla również brak realnych możliwości technicznych lub lokalowych, co wskazuje, że bariery architektoniczne są postrzegane jako trudne lub niemożliwe do usunięcia, zwłaszcza w istniejących lokalach.

W przypadku dostępności cyfrowej dominują odpowiedzi wskazujące na brak potrzeby wprowadzania takich rozwiązań lub trudność w jednoznacznej ocenie sytuacji. Oznacza to, że dostępność cyfrowa nie jest traktowana jako istotny element funkcjonowania gabinetu. Dopiero w dalszej kolejności pojawiają się bariery finansowe, brak zaplecza informatycznego, brak strony internetowej lub jej niedostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Wskazuje to na niski poziom świadomości roli dostępności cyfrowej w kontakcie z pacjentem.

Najbardziej wyraźna postawa „braku potrzeby” pojawia się w obszarze dostępności informacyjno-komunikacyjnej. Większość respondentów uznaje, że dodatkowe dostosowania nie są konieczne, często argumentując to obecnością osoby wspierającej/opiekuna osoby z niepełnosprawnością. Rzadziej wskazywane są bariery finansowe, brak czasu lub brak odpowiednich narzędzi. Taki rozkład odpowiedzi pokazuje, że dostępność informacyjna i komunikacyjna jest najczęściej delegowana na osoby trzecie, zamiast być traktowana jako obowiązek i standard po stronie gabinetu.

Ocena przystosowania sprzętu i stanowisk w gabinetach stomatologicznych według lekarzy/lekarek dentystów

Ocena lekarzy/lekarek dentystów pokazuje, że sprzęt i stanowiska pracy w gabinetach są częściej uznawane za częściowo dostosowane niż w pełni dostępne. Prawie połowa badanych (49,4%) wskazuje na dostosowanie „częściowe”. Oznacza to, że istnieją pewne rozwiązania ułatwiające pracę z pacjentami ze szczególnymi potrzebami, ale nie zapewniają one pełnego bezpieczeństwa i komfortu wszystkim grupom pacjentów. Jednocześnie tylko około jednej trzeciej lekarzy/lekarek (34,3%) ocenia sprzęt jako całkowicie dostosowany. Potwierdza to, że pełna dostępność nie jest jeszcze standardem w gabinetach stomatologicznych.

Tabela 10. Ocena przystosowania sprzętu i stanowiska w gabinetach stomatologicznych według lekarzy/lekarek dentystów

Ocena przystosowania sprzętu i stanowiska	%
Tak, całkowicie	34,3%
Tak, częściowo	49,4%
Nie	11,0%
Nie wiem/trudno powiedzieć	5,3%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Istotne jest również to, że w przybliżeniu co dziesiąty respondent z tej grupy wprost wskazuje na brak dostosowania sprzętu. Z kolei część respondentów nie potrafi jednoznacznie ocenić sytuacji. Może to świadczyć o rzeczywistych brakach w wyposażeniu, np. w zakresie transferu pacjenta lub regulacji stanowiska. Może jednak także być pochodną niepełnej świadomości, jakie elementy wyposażenia są potrzebne z perspektywy osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Wyniki te potwierdzają, że dostępność sprzętu w gabinetach ma w dużej mierze charakter fragmentaryczny, a nie systemowy.

Ocena przystosowania sprzętu i stanowiska pracy zależy od skali i kontekstu funkcjonowania gabinetu. Dane pokazują, że deklaracje lekarzy/lekarek dentystów różnią się wyraźnie w zależności od wielkości miejscowości oraz liczby stanowisk w gabinetach. W mniejszym stopniu ich deklaracje są powiązane z wiekiem pacjentów obsługiwanych w gabinecie.

W odniesieniu do wielkości miejscowości widoczny jest stopniowy wzrost odsetka odpowiedzi na całkowitą dostępność sprzętu i stanowiska wraz ze zmniejszaniem się

ośrodka. W miastach wojewódzkich pełne przystosowanie sprzętu i stanowiska deklaruje 26% lekarzy, podczas gdy w miastach powiatowych odsetek ten rośnie do 32,9%. W mniejszych miejscowościach odsetek ten rośnie do 37,2%, a na wsi do 40,4%. Jednocześnie w miastach wojewódzkich częściej niż w innych lokalizacjach pojawiają się odpowiedzi negatywne („nie” – 22%) oraz odpowiedzi niejednoznaczne („nie wiem/trudno powiedzieć” – 8%). Wskazuje to, że w większych ośrodkach lekarze częściej dostrzegają ograniczenia sprzętowe lub mają wyższe oczekiwania wobec standardu przystosowania.

Jeszcze silniejsze zróżnicowanie widoczne jest przy analizie liczby stanowisk. W gabinetach z 4-5 stanowiskami dominują jednoznacznie pozytywne oceny. Aż 63,6% lekarzy wskazuje, że sprzęt i stanowisko są przystosowane całkowicie, a jedynie 9,1% deklaruje brak przystosowania. Odmienna sytuacja występuje w gabinetach z 6 lub więcej stanowiskami. Tam tylko 12,5% lekarzy/lekarek ocenia przystosowanie jako całkowite, a aż 25% wskazuje „nie wiem/trudno powiedzieć”. Może to świadczyć o większej złożoności organizacyjnej dużych podmiotów i trudności w jednoznacznej ocenie całości dostosowania architektonicznego oraz dostępności sprzętu i wyposażenie wspierającego dostępność. W gabinetach najmniejszych (1 stanowisko) dominują odpowiedzi „tak, częściowo” (48,8%).

Analiza według wieku pacjentów pokazuje dużą stabilność ocen. Niezależnie od tego czy gabinet obsługuje dzieci, młodzież czy osoby dorosłe, odsetek odpowiedzi „tak, całkowicie” utrzymuje się na zbliżonym poziomie (od 34,1% do 35,6%). Odpowiedzi na częściowe dostosowanie oscylują wokół połowy wskazań (48,4-51,7%). Oznacza to, że sam profil wiekowy pacjentów nie jest kluczowym czynnikiem różnicującym ocenę przystosowania sprzętu.

Wyraźniejsze różnice pojawiają się natomiast w kontekście świadczenia usług w znieczuleniu ogólnym. W gabinetach, które świadczą takie usługi osobom dorosłym, relatywnie wysoki jest odsetek odpowiedzi „tak, całkowicie” (33,3%). Może to wskazywać, że w placówkach oferujących bardziej zaawansowane procedury lekarze częściej dostrzegają złożoność wymagań sprzętowych.

Najsilniejsze różnicowanie ocen wiąże się z oceną przygotowania personelu. W gabinetach, w których przygotowanie personelu oceniane jest jako „bardzo dobre” lub „raczej dobre” dostrzegany jest wysoki udział wskazań na co najmniej częściowe

dostosowanie. Wynoszą one odpowiednio 33,9% i 38,2% na całkowite dostosowanie oraz około 50% na dostosowanie częściowe. Tam natomiast, gdzie przygotowanie oceniane jest jako „raczej słabe”, tylko 4,8% lekarzy wskazuje pełne przystosowanie. Dodatkowo aż 38,1% deklaruje brak przystosowania sprzętu i stanowiska. Pokazuje to wyraźny związek między subiektywną oceną kompetencji zespołu a postrzeganiem gotowości technicznej gabinetu.

Łącznie wyniki wskazują, że ocena przystosowania sprzętu i stanowiska pracy nie jest jedynie prostą funkcją wyposażenia, lecz silnie zależy od kontekstu organizacyjnego gabinetu. Wielkość miejscowości i liczba stanowisk różnicują poziom deklarowanej gotowości, natomiast kluczowym czynnikiem pozostaje ocena przygotowania personelu, która wzmacnia lub osłabia poczucie realnej zdolności gabinetu do obsługi pacjentów z różnymi rodzajami niepełnosprawności.

Dane pokazują, że dostosowanie sprzętu i stanowiska pracy w gabinetach stomatologicznych koncentruje się głównie na rozwiązaniach podstawowych, związanych z codzienną pracą lekarza. Zdecydowana większość gabinetów posiada regulowany fotel dentystyczny, który umożliwia zmianę wysokości i ułatwia transfer pacjenta z wózka. Często zapewniona jest także możliwość dostępu do fotela z obu stron oraz praca w pozycji siedzącej dla pacjentów, którzy nie mogą leżeć. Są to rozwiązania, które poprawiają komfort wizyty, ale nie zawsze odpowiadają na potrzeby osób z większymi ograniczeniami ruchowymi.

Jednocześnie rzadziej występują rozwiązania wymagające dodatkowej przestrzeni lub świadomego planowania stanowiska, takie jak wystarczająca przestrzeń manewrowa przy fotelu. Choć ponad połowa gabinetów deklaruje posiadanie takiej przestrzeni, nadal oznacza to, że w wielu miejscach wjazd wózkiem lub obecność osoby wspierającej/opiekuna przy fotelu może być utrudniona. Podobnie umiarkowany jest poziom dostosowania oświetlenia – regulowane światło jest dostępne w części gabinetów, ale nie stanowi standardu.

Największe braki dotyczą specjalistycznych rozwiązań wspierających samodzielność i bezpieczeństwo pacjentów. Podnośniki, deski transferowe czy inne urządzenia do przenoszenia pacjenta są dostępne jedynie w nielicznych gabinetach. Bardzo rzadko spotykane są także kontrastowe oznaczenia przycisków sterowania, dostosowane oprogramowanie medyczne czy narzędzia ułatwiające obsługę pacjentów z różnymi

potrzebami. Szczególnie istotne jest to, że niemal w ogóle nie występuje możliwość przyjmowania pacjentów bezpośrednio na wózku.

Tabela 11. Zakres dostosowania sprzętu i stanowiska w gabinetach stomatologicznych według lekarzy/lekarek dentystów

Zakres dostosowania sprzętu i stanowiska	%
Fotel dentystyczny z regulowaną wysokością i możliwością łatwego transferu pacjenta/pacjentki z wózka	90,3%
Dostęp do fotela z obu stron (dla osoby asystującej lub opiekuna)	73,5%
Możliwość pracy w pozycji siedzącej dla osób, które nie mogą leżeć	68,8%
Regulowane oświetlenie pozwalające uniknąć oślepienia pacjentów/pacjentek z nadwrażliwością sensoryczną	62,1%
Odpowiednia przestrzeń manewrowa przy fotelu (min. 150 cm) umożliwiająca wjazd wózkiem	59,1%
Dostosowane narzędzia lub końcówki (np. lżejsze, łatwiejsze w obsłudze)	35,6%
Odpowiednio oznaczone i kontrastowe przyciski sterowania sprzętem	10,1%
Dostosowane oprogramowanie medyczne/komputerowe do obsługi pacjentów/pacjentek z różnymi potrzebami	7,0%
Pomocnicze podnośniki, deski transferowe lub inne urządzenia wspierające przenoszenie pacjenta/pacjentki	5,7%
Możliwość przyjmowania pacjentów na wózku	0,3%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=298

Ocena dostępności strony internetowej, formularzy rejestracji oraz materiałów w prostym języku według personelu niemedycznego

Z przeprowadzonej analizy wynika, że dostępność stron internetowych i formularzy rejestracji jest jednym z najsłabszych elementów dostępności gabinetów stomatologicznych. Z perspektywy personelu niemedycznego tylko nieliczne gabinety mają rozwiązania, które można uznać za w pełni dostępne dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Oznacza to, że dla większości pacjentów z trudnościami wzroku, słuchu lub ruchu kontakt online z gabinetem stanowi barierę.

Najczęściej wskazywaną sytuacją jest brak dostosowania cyfrowego. Prawie dwie trzecie respondentów (63,8%) ocenia, że strony internetowe i formularze rejestracji nie są przystosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. W praktyce może to oznaczać problemy z odczytaniem treści przez czytniki ekranu, brak prostego języka, nieczytelne formularze lub brak alternatywnych form kontaktu.

Część personelu niemedycznego (18,5%) wskazuje na częściową dostępność. Sugeruje to, że pewne elementy są przyjazne dla pacjentów, ale całość nie tworzy spójnego i bezpiecznego procesu rejestracji. Taki stan może prowadzić do sytuacji, w której pacjent rozpoczyna kontakt z gabinetem, ale nie jest w stanie samodzielnie go dokończyć.

Zwraca także uwagę relatywnie wysoki odsetek odpowiedzi „trudno powiedzieć/nie wiem”. Może on świadczyć o braku wiedzy personelu na temat tego, czym jest dostępność cyfrowa i jak ją oceniać. To pokazuje, że obok inwestycji technicznych potrzebne są również szkolenia, które pomogą pracownikom rozpoznawać bariery i świadomie wspierać pacjentów w kontakcie z gabinetem.

Tabela 12. Ocena dostępności strony internetowej i formularzy rejestracji dla pacjentów/pacjentek z niepełnosprawności według personelu niemedycznego

Poziom dostępności strony internetowej i formularzy rejestracji	%
Tak, w pełni dostępne – mogą z nich korzystać także osoby z niepełnosprawnościami (np. wzroku, słuchu, ruchu)	2,2%
Częściowo dostępne – niektóre elementy mogą być trudne do użycia	18,5%
Nie, nie są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami	63,8%
Trudno powiedzieć/nie wiem	15,4%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Ocena dostępności strony internetowej i formularzy rejestracji dla pacjentów z niepełnosprawnościami wskazuje na bardzo niski poziom faktycznego dostosowania rozwiązań cyfrowych niezależnie od analizowanych zmiennych. Niezależnie od wielkości miejscowości dominują odpowiedzi wskazujące na brak dostosowania strony internetowej i formularzy rejestracji do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Odsetek tych wskazań jest najwyższy w gabinetach zlokalizowanych w miastach wojewódzkich (68,0%). Nieco niższy jest w mniejszych miejscowościach (64,6%) i miastach powiatowych (63,7%). Najniższą, choć nadal

wysoką wartość, odnotowano na wsi (57,4%). Odpowiedzi wskazujące na pełną dostępność strony internetowej i formularzy rejestracji pojawiają się marginalnie. Osiągają maksymalnie 3,5% w mniejszych miejscowościach i 2,1% w miastach powiatowych, a na wsi nie występują w ogóle (0,0%).

Zróźnicowanie według liczby stanowisk pokazuje podobną prawidłowość.

W najmniejszych gabinetach, z 1 stanowiskiem, brak dostosowania deklaruje 64,7% respondentów, a w gabinetach z 2-3 stanowiskami 60,8%. W placówkach z 4-5 stanowiskami odsetek ten jest niższy, ale nadal dominuje (45,5%), natomiast w gabinetach z 6 lub więcej stanowiskami sięga aż 87,5%. Jednocześnie w żadnej z grup według liczby stanowisk nie pojawiają się wyraźne deklaracje pełnej dostępności cyfrowej. Wartości te nie przekraczają 3,8% i w największych gabinetach nie występują wcale (0,0%). Wskazuje to, że nawet większa liczba stanowisk nie przekłada się automatycznie na lepsze dostosowanie strony internetowej i formularzy rejestracyjnych.

Analiza według wieku pacjentów pokazuje dużą spójność ocen. Niezależnie od tego czy gabinet obsługuje dzieci, młodzież czy osoby dorosłe, dominującą odpowiedzią pozostaje brak dostosowania strony internetowej i formularzy (62,6%-66,3%).

Odpowiedzi wskazujące na pełną dostępność utrzymują się na bardzo niskim poziomie i są identyczne we wszystkich trzech grupach wiekowych (2,1%).

W gabinetach obsługujących osoby dorosłe w znieczuleniu ogólnym sytuacja wygląda nieco lepiej, choć nadal daleko jej do standardu dostępności. Brak dostosowania deklaruje tu połowa respondentów (50%), a częściową dostępność wskazuje 33,3%. Może to sugerować większą świadomość potrzeb pacjentów, jednak nie przekłada się ona na powszechne wdrożenia rozwiązań cyfrowych.

Wyraźne różnice pojawiają się przy analizie według oceny przygotowania personelu.

W gabinetach, gdzie przygotowanie personelu oceniane jest jako „bardzo słabe”, brak dostosowania strony internetowej i formularzy rejestracji deklaruje 71,4% respondentów. Odpowiedzi o częściowej lub pełnej dostępności praktycznie nie występują (0%). Podobnie w grupie „raczej słabo” brak dostępności dominuje (66,7%). W gabinetach, w których przygotowanie personelu oceniane jest jako „bardzo dobre”, odsetek odpowiedzi wskazujących na brak dostosowania jest niższy (57,3%). Częściej pojawiają się także deklaracje częściowej dostępności (19,4%)

oraz pełnej dostępności (3,2%). Nadal jednak nawet w tej najlepiej ocenianej grupie brak dostępności pozostaje odpowiedzią dominującą.

Całościowo wyniki pokazują, że dostępność strony internetowej i formularzy rejestracji dla pacjentów z niepełnosprawnościami jest najsłabszym obszarem dostępności gabinetów stomatologicznych. Niezależnie od wielkości miejscowości, liczby stanowisk, wieku pacjentów czy świadczenia usług w znieczuleniu ogólnym, rozwiązania cyfrowe są najczęściej niedostosowane. Lepsza ocena przygotowania personelu wiąże się z nieco wyższą świadomością i częściowymi wdrożeniami, jednak nie eliminuje dominującego problemu braku dostępności. Oznacza to, że bariery cyfrowe mają charakter systemowy i wymagają działań wykraczających poza pojedyncze inicjatywy gabinetów

Dostosowanie stron internetowych i formularzy ma najczęściej charakter bardzo podstawowy i fragmentaryczny. Najczęściej wskazywanym elementem jest możliwość kontaktu z gabinetem różnymi kanałami (e-mail, telefon, formularz), co deklaruje około dwóch trzecich personelu. Jest to jednak rozwiązanie ogólne, które ułatwia kontakt wszystkim pacjentom. Nie rozwiązuje jednak specyficznych barier osób z niepełnosprawnościami.

Stosunkowo często pojawiają się także duże i czytelne czcionki (44,6%) oraz możliwość powiększenia tekstu (29,7%). Może to ułatwiać korzystanie ze strony osobom słabowidzącym i seniorom. Są to jednak działania łatwe do wdrożenia i niewymagające głębszej wiedzy o dostępności cyfrowej. Znacznie rzadziej występują rozwiązania wymagające świadomego projektowania, takie jak odpowiedni kontrast kolorów, nawigacja bez użycia myszy czy treści poprawnie odczytywane przez czytniki ekranu.

Największe braki dotyczą kluczowych elementów standardu WCAG, takich jak opisy alternatywne dla grafik, dostępne formularze czy pełna obsługa przez technologie asystujące. Te rozwiązania pojawiają się sporadycznie i dotyczą zaledwie kilku procent gabinetów. Podobnie niska jest dostępność kontaktu z tłumaczem PJM oraz formularzy możliwych do wypełnienia bez użycia myszy. W praktyce wyklucza to część pacjentów już na etapie rejestracji.

Całość wyników wskazuje, że dostępność cyfrowa jest rozumiana głównie jako „czytelność” i „kontakt”, a nie jako pełna użyteczność dla osób z różnymi

niepełnosprawnościami. Brakuje podejścia systemowego, w którym strona i formularze są projektowane od początku z myślą o różnych potrzebach użytkowników. To potwierdza, że obszar dostępności cyfrowej wymaga nie tylko inwestycji technicznych, ale przede wszystkim podniesienia wiedzy i świadomości personelu odpowiedzialnego za komunikację z pacjentami.

Tabela 13. Dostępne elementy strony internetowej i formularzy rejestracji dla pacjentów/pacjentek z niepełnosprawności według personelu niemedycznego

Zakres dostosowania strony internetowej i formularzy	%
Możliwość kontaktu przez e-mail, telefon lub formularz online	66,2%
Duże i czytelne czcionki	44,6%
Możliwość powiększenia tekstu	29,7%
Wersja w prostym języku lub uproszczona wersja strony	21,6%
Kontrastowe kolory tekstu i tła	9,5%
Nawigacja po stronie bez użycia myszy	8,1%
Treść odczytywalna za pomocą czytnika ekranu	5,4%
Możliwość kontaktu z tłumaczem Polskiego Języka Migowego (PJM)	5,4%
Opisy alternatywne dla elementów graficznych, np. zdjęć (tzw. „teksty alternatywne”)	2,7%
Formularze można wypełnić bez użycia myszy lub są dostępne w formie edytowalnej	1,4%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Jeśli chodzi o materiały w prostym języku/ETR, to są one w gabinetach rzadko dostępne. Tylko niewielka część personelu niemedycznego deklaruje, że wszystkie materiały są przygotowane w tej formie, a nieco częściej pojawia się informacja o częściowym wykorzystaniu prostego języka. Oznacza to, że dostępność w gabinetach materiałów w prostym języku/ETR funkcjonuje raczej jako rozwiązanie incydentalne, a nie standard.

Zdecydowana większość gabinetów (61,5%) nie posiada żadnych materiałów w prostym języku/ETR. Może to stanowić istotną barierę dla pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną, trudnościami w czytaniu, niskimi kompetencjami językowymi lub wysokim poziomem stresu. Brak takich materiałów utrudnia zrozumienie zasad rejestracji, przebiegu wizyty czy zaleceń pozabiegowych.

Jednocześnie zauważalny odsetek odpowiedzi „nie wiem/trudno powiedzieć” (10,7%) wskazuje, że materiały w prostym języku nie są postrzegane jako wyraźny element standardu pracy gabinetu. Może to oznaczać, że materiały informacyjne są tworzone bez jasnych wytycznych lub że personel nie jest świadomy, czym dokładnie są tego rodzaju materiały i do czego służą.

Tabela 14. Ocena dostępności w gabinetach materiałów w prostym języku według personelu niemedycznego

Zakres dostępności materiałów w prostym języku	%
Tak, wszystkie materiały	8,7%
Tak, część materiałów	19,1%
Nie, nie posiadamy takich materiałów	61,5%
Nie wiem/trudno powiedzieć	10,7%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Brak materiałów w prostym języku jest zjawiskiem powszechnym, niezależnie od wielkości miejscowości i typu gabinetu. We wszystkich typach lokalizacji dominuje odpowiedź „nie, nie posiadamy takich materiałów”. Najwyższy odsetek takich wskazań występuje w miastach powiatowych (63,7%) oraz miastach wojewódzkich (62%), a tylko nieznacznie niższy w mniejszych miejscowościach (60,2%) i na wsi (57,4%). Jednocześnie pełna dostępność wszystkich materiałów w prostym języku jest rzadka – najczęściej deklarowana w miastach wojewódzkich (14%) oraz na wsi (10,6%), a wyraźnie rzadziej w miastach powiatowych (7,5%) i mniejszych miejscowościach (7,1%).

Widoczne zróżnicowanie pojawia się natomiast przy analizie wyników według liczby stanowisk. W gabinetach z 4-5 stanowiskami bardzo wysoki jest odsetek deklaracji braku takich materiałów (81,8%). W najmniejszych gabinetach, z 1 stanowiskiem, brak materiałów deklaruje 60,9%, a pełną dostępność – jedynie 7,0%. Najkorzystniej wypadają gabinety z 6 lub więcej stanowiskami, gdzie odsetek pełnej dostępności materiałów w prostym języku jest najwyższy (25%), choć nadal większość z nich nie posiada takich materiałów (62,5%). Dane te pokazują, że większa liczba stanowisk może sprzyjać wdrażaniu prostych materiałów, ale nawet w największych gabinetach nie jest to standardem.

Analiza według wieku pacjentów wskazuje na dużą stabilność wyników. Niezależnie od tego czy gabinet obsługuje dzieci, młodzież, czy osoby dorosłe, dominują odpowiedzi wskazujące na brak materiałów w prostym języku (od 60,5% do 62,8%). Pełna dostępność wszystkich materiałów pozostaje niska we wszystkich tych grupach (8,9-9,4%). W praktyce oznacza to, że obecność dzieci lub młodzieży wśród pacjentów nie przekłada się automatycznie na większą dostępność uproszczonych treści informacyjnych.

Wyraźniejsze różnice pojawiają się w odniesieniu do świadczenia usług w znieczuleniu ogólnym. W gabinetach świadczących takie usługi pełna dostępność wszystkich materiałów w prostym języku jest deklarowana znacznie częściej (33,3%) niż w gabinetach, które ich nie świadczą (7,7%).

Istotne zależności widoczne są także w analizie według oceny przygotowania personelu. W gabinetach, w których przygotowanie personelu oceniane jest jako „raczej słabe”, relatywnie częściej deklarowana jest pełna dostępność materiałów w prostym języku (23,8%). Może to wskazywać na traktowanie takich materiałów jako formy kompensacji braków kompetencyjnych. Najmniej korzystna sytuacja występuje w gabinetach, gdzie przygotowanie personelu oceniane jest jako „bardzo słabe”. W tej grupie 100% respondentów deklaruje brak materiałów w prostym języku.

Dostępne materiały w prostym języku koncentrują się głównie na podstawowych informacjach organizacyjnych i edukacyjnych, które są najczęściej przekazywane pacjentom. Najczęściej wskazywane są ulotki o usługach i zabiegach (76,8%) oraz informacje o godzinach przyjęć i zasadach rejestracji (71,7%). Pokazuje to, że prosty język jest wykorzystywany przede wszystkim tam, gdzie ma ułatwić pierwszy kontakt z gabinetem i orientację w ofercie.

Stosunkowo często pojawiają się także broszury o prawach pacjenta oraz materiały dotyczące codziennej opieki nad jamą ustną. Są to treści o charakterze ogólnym, niewymagające indywidualnego dostosowania do konkretnej procedury. Może to tłumaczyć ich większą dostępność w uproszczonej formie. Rzadziej natomiast występują instrukcje dotyczące przygotowania do wizyty lub zabiegu, mimo że to właśnie one mają kluczowe znaczenie dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

Wyniki sugerują, że prosty język jest obecnie traktowany raczej jako dodatek do komunikacji informacyjnej, a nie jako standard obejmujący cały proces leczenia. Tego rodzaju materiały pojawiają się tam, gdzie są łatwe do ujednolicenia. Rzadziej natomiast obejmują treści wymagające większego nakładu pracy i koordynacji z personelem medycznym.

Tabela 15. Rodzaj materiałów dostępnych w prostym języku według personelu niemedycznego

Materiały dostępne w prostym języku	%
Ulotki informacyjne o usługach lub zabiegach	76,8%
Informacje o godzinach przyjęć i zasadach rejestracji	71,7%
Broszury o prawach pacjenta	68,7%
Materiały o opiece nad jamą ustną	63,6%
Instrukcje dotyczące przygotowania do wizyty lub zabiegu	53,5%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Ocena lekarzy i lekarek dentystów jednoznacznie wskazuje, że przystosowanie sprzętu i stanowisk pracy w gabinetach stomatologicznych ma najczęściej charakter częściowy, a pełna dostępność pozostaje raczej wyjątkiem niż standardem.

Dominacja ocen „tak, częściowo” pokazuje, że w wielu gabinetach funkcjonują pojedyncze rozwiązania ułatwiające pracę z pacjentami z różnymi rodzajami niepełnosprawności, jednak nie tworzą one spójnego i kompleksowego środowiska leczenia. Jednocześnie obecność odpowiedzi negatywnych oraz trudność części lekarzy w jednoznacznej ocenie sytuacji sugerują zarówno realne braki w wyposażeniu, jak i ograniczoną świadomość, jakie elementy sprzętu są kluczowe z perspektywy dostępności. W efekcie dostępność gabinetów jest postrzegana jako fragmentaryczna i silnie zależna od indywidualnych rozwiązań, a nie od przyjętego standardu organizacyjnego.

Analiza zróżnicowań pokazuje, że postrzeganie przystosowania sprzętu i stanowisk pracy jest silnie powiązane z kontekstem funkcjonowania gabinetu. Wyższe oceny częściej pojawiają się w mniejszych miejscowościach oraz w gabinetach o określonej liczbie stanowisk. Kluczowym czynnikiem różnicującym pozostaje natomiast ocena przygotowania personelu. Tam, gdzie kompetencje zespołu są oceniane jako wysokie, częściej dostrzegana jest gotowość techniczna gabinetu. Niska ocena

przygotowania personelu współwystępuje z kolei z częstszym wskazywaniem braku dostosowania sprzętu. Oznacza to, że dostępność sprzętowa nie funkcjonuje w oderwaniu od kompetencji i organizacji pracy zespołu. W praktyce potwierdza to, że poprawa dostępności wymaga równoległych działań technicznych i kompetencyjnych. Nie powinna skupiać się wyłącznie na inwestycji w pojedyncze elementy wyposażenia.

Ocena dostępności z perspektywy potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Na istotne zróżnicowanie dostępności gabinetów stomatologicznych w zależności od ich lokalizacji (miejsca zamieszkania pacjentów/pacjentek) wskazuje także analiza wywiadów pogłębionych. Ogólnie rzecz biorąc im mniejsza miejscowość, tym większe ryzyko występowania barier, w tym wielu jednocześnie.

Bariery architektoniczne i przestrzenne

W miastach wojewódzkich respondenci częściej wskazywali na lepszy poziom dostosowania architektonicznego oraz wyposażenia w sprzęt wspierający dostępność. Wynika to z większej liczby nowych lub zmodernizowanych gabinetów, zlokalizowanych w budynkach użyteczności publicznej lub nowoczesnych centrach medycznych.

„Oczywiście jest ogromna różnica. Jest noc. No wie pani, no tutaj w Warszawie, no to da się znaleźć wszystko. W mniejszych miejscowościach nie zawsze”. [IDI z przedstawicielami NGO]

W tych lokalizacjach częściej spotykane są gabinety na parterze lub z windą, szerokie wejścia, brak progów czy większa przestrzeń w gabinecie. Jednocześnie jednak nawet w miastach wojewódzkich dostępność nie jest standardem, lecz raczej wyjątkiem. Respondenci podkreślali, że pacjent musi aktywnie szukać dostosowanego gabinetu.

„Najgorzej jest tam, gdzie nikt nie ma w ogóle doświadczenia z osobami takimi jak ja. I te lepsze gabinety mają przystosowania i przeszkolony personel”. [IDI z osobą z niepełnosprawnością intelektualną powyżej 16 roku życia]

Często gabinety stomatologiczne mieszczą się w lokalach prywatnych lub starszych budynkach, które nie były projektowane z myślą o dostępności.

„Jak myślę o tym, gdzie dostać się do stomatologa, no to w większości są to takie prywatne gabinety gdzieś w prywatnych mieszkaniach tak robione”.

[IDI z przedstawicielami NGO]

W mniejszych miejscowościach poziom dostosowania jest wyraźnie niższy. Wypowiedzi przedstawicieli organizacji pozarządowych wskazują, że wiele gabinetów stomatologicznych funkcjonuje w małych, starszych lokalach, często bez dostosowań architektonicznych. W takich miejscach dostępność nie była planowana na etapie tworzenia gabinetu i nie stanowiła priorytetu organizacyjnego.

„Najgorzej jest w takich małych gabinetach starych, to jest więcej problemów”. [IDI z osobą z niepełnosprawnością intelektualną powyżej 16 roku życia]

W takich miejscach pacjenci i pacjentki napotykają:

- brak podjazdów,
- brak dostępnych toalet,
- brak przestrzeni manewrowej.

Bariery architektoniczne nie kończą się na wejściu do budynku. Problemem bywa również sam fotel stomatologiczny, który nie zawsze umożliwia bezpieczne i komfortowe przesiadanie się.

„Bardzo często potrzebuje pomocy osób trzecich, żeby pomogły jej wejść na fotel czy leżankę”.

[IDI z przedstawicielami NGO]

W przypadku dzieci bariery te bywają czasem „omijane” przez opiekunów, jednak w przypadku osób dorosłych stają się realną przeszkodą uniemożliwiającą skorzystanie z usługi.

Bariery komunikacyjne i relacyjne

Istotną grupą barier są bariery komunikacyjne, rozumiane szeroko, zarówno jako sposób mówienia personelu, jak i brak dostosowania komunikacji do potrzeb

pacjenta. Dotyczy to osób z niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami sensorycznymi, a także osób w spektrum autyzmu.

Respondenci wskazywali, że personel nie zawsze potrafi mówić w sposób spokojny, jasny i przewidywalny. Brak wyjaśniania kolejnych etapów leczenia, zbyt szybkie tempo mówienia lub używanie trudnych słów zwiększa stres i poczucie zagrożenia.

„Personel nie wiedział, jak zareagować i gdy potrzebowałam więcej czasu przed wejściem do gabinetu tak się czułam, że dla nich jestem kłopotem, a nie pacjentem. Dlatego postanowiłam zmienić i znaleźć inne miejsce.” [IDI z osobą z niepełnosprawnością intelektualną powyżej 16 roku życia]

W przypadku dzieci i młodzieży szczególne znaczenie ma sposób traktowania pacjenta. Respondenci podkreślali, że problemem jest traktowanie dziecka w sposób przedmiotowy lub protekcyjny.

„Najbardziej głośnych dźwięków i takich sztywnych ludzi, którzy traktują mnie po prostu jakbym nie wiadomo kim była.” [IDI z osobą z niepełnosprawnością narządu wzroku do 16 roku życia]

Informacje o dostępności gabinetu rzadko są jasno komunikowane, co zmusza pacjentów do dzwonienia i dopytywania.

„Na etapie umawiania rodzice naszych podopiecznych zazwyczaj od razu mówią wprost, żeby unikać takich sytuacji, że czekają w kolejce, pojadą, a się okazuje, że i tak nie mogą skorzystać”. [IDI z przedstawicielami NGO]

Bariery sensoryczne: hałas, światło, bodźce

Wyraźnie wyodrębniającą się kategorią są bariery sensoryczne. Dotyczą one hałasu generowanego przez sprzęt stomatologiczny, intensywnego oświetlenia oraz nadmiaru bodźców w poczekalni. Bariery te są szczególnie uciążliwe dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, w spektrum autyzmu oraz z nadwrażliwością sensoryczną.

„Przeszkadzają mi dźwięki, dotyk. Dlatego często czekam, aż ból mnie zmusi do takiej wizyty”. [IDI z osobą z niepełnosprawnością intelektualną powyżej 16 roku życia]

„Najbardziej ten hałas, te brzęczenie tego sprzętu”. [IDI z osobami z niepełnosprawnościami do 16 roku życia]

Długie oczekiwanie w poczekalni, duża liczba osób oraz brak spokojnej przestrzeni dodatkowo nasilają napięcie i prowadzą do rezygnacji z wizyty.

Bariery organizacyjne i rejestracyjne

Kolejnym istotnym obszarem są bariery organizacyjne, w szczególności na etapie umawiania wizyty. Respondenci wskazywali na trudności z dodzwonieniem się do gabinetu, brak alternatywnych kanałów rejestracji oraz brak elastyczności czasowej.

„Czasem dzwonięcie mi sprawia kłopot. Stresuję się takimi rozmowami telefonicznymi”. [IDI z osobą z niepełnosprawnością intelektualną powyżej 16 roku życia]

Brak możliwości zapisania się online lub brak dostosowania formularzy internetowych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami dodatkowo ogranicza dostęp do usług.

Bariery finansowe

Respondenci, szczególnie przedstawiciele organizacji pozarządowych, wyraźnie wskazywali na bariery finansowe jako jedne z głównych przyczyn rezygnacji z leczenia stomatologicznego. Dotyczy to zarówno kosztów leczenia prywatnego, jak i ograniczonego zakresu świadczeń refundowanych. Wysokie koszty leczenia są szczególnie dotkliwe dla osób, które nie mają stałych dochodów lub wymagają częstszych i bardziej złożonych zabiegów.

Skumulowany charakter barier

Analiza pokazuje, że bariery rzadko występują pojedynczo. Najczęściej nakładają się na siebie, tworząc efekt wykluczenia. Osoba może jednocześnie zmagać się z brakiem dostępności architektonicznej, nadmiernym obciążeniem bodźcami (np. hałasem lub światłem), trudnościami komunikacyjnymi i kosztami leczenia. W takich sytuacjach nawet pojedyncza negatywna interakcja może prowadzić do długotrwałej rezygnacji z korzystania z usług stomatologicznych.

„Zdarzało się, że odwołałam wizytę, bo nie miałam transportu. Albo pojawił się taki duży stres, że bałam się, że nie dam rady wejść do gabinetu”. [IDI z osobą z niepełnosprawnością intelektualną powyżej 16 roku życia]

Problem ten nasila się w mniejszych miejscowościach i na wsiach.

Na obszarach wiejskich dostępność usług stomatologicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami jest najniższa. Respondenci wskazywali, że często nie ma żadnego gabinetu, a pacjenci muszą dojeżdżać do miast.

„Nie słyszałam o tym, żeby był jakiś szpital albo coś na jakiejś wiosce, więc oni i tak kierowani są do miast”. [IDI z przedstawicielami NGO]

Powyższe wyniki pokazują, że dostępność gabinetów stomatologicznych z perspektywy osób z niepełnosprawnościami jest silnie zróżnicowana terytorialnie i polega na jednoczesnym występowaniu wielu barier. Im mniejsza miejscowość, tym częściej bariery architektoniczne, cyfrowe i informacyjno-komunikacyjne występują jednocześnie. W miastach wojewódzkich dostępność jest relatywnie lepsza, głównie ze względu na nowszą infrastrukturę i większą liczbę placówek. Nawet tam jednak nie stanowi ona standardu i wymaga aktywnego poszukiwania odpowiedniego gabinetu.

W miastach powiatowych dostępność ma charakter punktowy. Pojedyncze, lepiej dostosowane gabinety są przeciążone, a większość placówek funkcjonuje w starszych budynkach z ograniczeniami przestrzennymi. W mniejszych miejscowościach i na obszarach wiejskich bariery wynikają głównie ze sposobu zorganizowania i funkcjonowania gabinetów oraz lokalnej infrastruktury. Obejmują jednocześnie ograniczenia architektoniczne, organizacyjne, komunikacyjne i transportowe, które wzajemnie się wzmacniają.

Jednocześnie niezależnie od miejsca zamieszkania osób z niepełnosprawnościami najslabiej ocenianym obszarem pozostaje dostępność informacyjno-komunikacyjna. Brak jasnych informacji o dostępności, konieczność każdorazowego dopytywania oraz ograniczone formy kontaktu powodują stres i ryzyko rezygnacji z wizyty jeszcze przed jej odbyciem. W przypadku obszarów wiejskich i najmniejszych miejscowości dodatkową barierą jest brak lokalnych gabinetów. Oznacza to konieczność dojazdów,

większą zależność od opiekunów/osób wspierających i wyższe koszty.

Z perspektywy osób z niepełnosprawnościami dostępność usług stomatologicznych nie zależy więc wyłącznie od pojedynczych rozwiązań technicznych. Jest pochodną uwarunkowań organizacyjnych i lokalnych, który mogą ułatwiać lub skutecznie uniemożliwiać korzystanie z opieki zdrowotnej.

Ocena kluczowych dostosowań zwiększających dostępność gabinetów stomatologicznych

Kluczowe dostosowania z perspektywy personelu gabinetów stomatologicznych

Personel gabinetów stomatologicznych został także poproszony o wskazanie, jakie dostosowania najbardziej zwiększają dostępność gabinetów stomatologicznych. Odpowiedzi respondentów wyraźnie koncentrują się na barierach fizycznych i przestrzennych. We wszystkich grupach personelu najczęściej wymieniane są **poszerzenie drzwi i korytarzy, montaż ramp lub likwidacja progów czy instalacja windy lub platformy**. Pokazuje to, że dostępność jest w pierwszej kolejności rozumiana jako możliwość samodzielnego wejścia do gabinetu i poruszania się po nim przez osoby z ograniczoną mobilnością.

Na kolejnym poziomie znaczenia pojawiają się **rozwiązania dotyczące organizacji leczenia i stanowiska pracy**, np. zakup regulowanego fotela dentystycznego i zwiększenie przestrzeni przy fotelu. Lekarze i personel pomocniczy częściej wskazują na potrzebę większej przestrzeni roboczej i lepszego dostosowania stanowiska. Wynika to z ich bezpośredniego doświadczenia pracy z pacjentem w gabinecie.

Zauważalne są różnice między grupami w ocenie znaczenia rozwiązań miękkich. Szkolenia personelu są szczególnie wysoko oceniane przez personel niemedyczny oraz lekarzy, którzy częściej dostrzegają braki kompetencyjne i potrzebę lepszego przygotowania do kontaktu z pacjentami ze szczególnymi potrzebami. Również system rejestracji umożliwiający zgłoszenie szczególnych potrzeb pacjenta oraz zapewnienie asysty są istotniejsze dla personelu mającego bezpośredni kontakt z pacjentem niż dla kadry zarządczej.

Tabela 16. Dostosowania najbardziej zwiększające zdaniem personelu dostępność gabinetu i usługi stomatologicznej dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnoprównościami

Rodzaje dostosowań	Kadra zarządcza	Lekarze/lekarki	Personel medyczny - pomocniczy	Personel niemedyczny
Montaż rampy lub likwidacja progów przy wejściu do gabinetu	50,3%	38,8%	44,4%	38,8%
Poszerzenie drzwi i korytarzy ułatwiające wjazd wózkiem	65,4%	53,9%	56,7%	53,9%
Instalacja windy, platformy lub podnośnika dla pacjentów/pacjentek z ograniczoną mobilnością	43,5%	37,4%	37,4%	38,8%
Dostosowanie toalety (uchwyty, przestrzeń manewrowa, obniżona umywalka)	39,3%	46,6%	38,5%	37,1%
Zakup lub wymiana fotela dentystycznego na model z regulowaną wysokością łatwym dostępem z wózka	33,4%	38,2%	36,0%	28,1%
Wydzielenie dodatkowej przestrzeni roboczej przy fotelu (więcej miejsca na manewr wózka i obecność opiekuna)	30,6%	41,0%	39,9%	31,2%
Usprawnienie oświetlenia i wentylacji, by ograniczyć dyskomfort sensoryczny pacjentów/pacjentek (np. w spektrum autyzmu)	9,0%	10,7%	9,8%	8,4%
Wyraźne, kontrastowe oznakowanie pomieszczeń i ciągów komunikacyjnych	7,6%	6,5%	3,9%	4,5%
Zapewnienie materiałów informacyjnych w prostym	7,0%	6,7%	3,7%	5,6%

Rodzaje dostosowań	Kadra zarządcza	Lekarze/lekarki	Personel medyczny - pomocniczy	Personel niemedyczny
języku/ETR				
Wprowadzenie możliwości komunikacji alternatywnej i wspomagającej (np. tłumacz PJM, komunikacja pisemna, SMS, pętla indukcyjna/system FM)	10,7%	7,6%	9,3%	5,1%
Szkolenia personelu w zakresie obsługi pacjentów/pacjentek z różnymi rodzajami niepełnosprawności	14,9%	25,8%	22,2%	30,3%
Dostosowanie strony internetowej i rejestracji online do zasad dostępności (WCAG)	11,5%	4,2%	5,9%	7,6%
Wprowadzenie systemu rejestracji wizyt z możliwością zaznaczenia szczególnych potrzeb pacjenta	10,4%	19,9%	16,6%	18,8%
Zapewnienie asysty (np. pracownika wspierającego przy wejściu i rejestracji)	9,6%	23,0%	14,6%	11,8%
Nie wiem/trudno powiedzieć	9,3%	3,7%	8,1%	11,0%
Odpowiednio wykwalifikowany personel medyczny	0,3%	0,6%	0,0%	0,3%
Dostosowanie gabinetu do pracy w znieczuleniu ogólnym	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%
Wykonywanie zabiegów w znieczuleniu ogólnym	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Miejsca parkingowe	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Jednocześnie znacznie rzadziej są wskazywane rozwiązania związane z dostępnością cyfrową i informacyjno-komunikacyjną, takie jak materiały w prostym języku, alternatywne formy komunikacji czy dostosowanie strony internetowej do standardu WCAG. Są one postrzegane jako mniej pilne lub mniej oczywiste, mimo że mają duże znaczenie dla wielu grup pacjentów. Wyniki pokazują więc, że myślenie o dostępności wciąż dominuje w wymiarze architektonicznym.

Kluczowe dostosowania z perspektywy osób z niepełnosprawnościami

Podobne obserwacje wynikają z analizy wywiadów pogłębionych prowadzonych z osobami z niepełnosprawnościami oraz przedstawicielami organizacji pozarządowych. Wynika z nich, że osoby ze szczególnymi potrzebami zwracają uwagę na podstawowe, praktyczne dostosowania. Decydują one o tym czy wizyta w gabinecie jest w ogóle możliwa, bezpieczna i mniej stresująca. Kluczowe znaczenie mają rozwiązania, które zwiększają samodzielność pacjenta, przewidywalność wizyty oraz poczucie szacunku.

Dostosowania architektoniczne jako warunek podstawowy

Najczęściej wskazywanym i uznawanym za najważniejszy obszarem są dostosowania architektoniczne. Bez nich inne rozwiązania tracą znaczenie, ponieważ pacjent nie jest w stanie skorzystać z usługi. Do najistotniejszych należą:

- brak schodów lub obecność podjazdu,
- szerokie drzwi,
- możliwość swobodnego manewrowania wózkiem,
- gabinet i rejestracja na tym samym poziomie,
- dostępna toaleta.

Respondenci podkreślali, że nawet jeden stopień lub brak poręczy może uniemożliwić wizytę osobie z niepełnosprawnością ruchową lub zwiększyć jej stres. Z perspektywy osób z niepełnosprawnościami są to rozwiązania niezbędne.

Fotel stomatologiczny i wyposażenie gabinetu

Drugą kluczową kategorią są dostosowania związane z fotelem stomatologicznym i wyposażeniem gabinetu. Respondenci zwracali uwagę na możliwość bezpiecznego i spokojnego zajęcia miejsca na fotelu.

Istotne są takie aspekty, jak:

- stabilność fotela,
- możliwość regulacji wysokości,
- czas na spokojne przesiadanie się,
- wsparcie personelu w tym procesie.

„Bardzo często potrzebuje pomocy osób trzecich, żeby pomogły jej wejść na fotel”. [IDI z przedstawicielami NGO]

Brak odpowiedniego sprzętu lub brak umiejętności jego użycia powoduje, że pacjent czuje się zależny i zagrożony.

Ograniczenie bodźców sensorycznych (hałas, światło, bodźce)

Dla wielu osób kluczowe znaczenie mają dostosowania ograniczające bodźce sensoryczne, szczególnie dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, w spektrum autyzmu oraz z nadwrażliwością sensoryczną. Najważniejsze potrzeby w tym zakresie to:

- ograniczenie hałasu,
- możliwość wyciszenia poczekalni,
- spokojne, nieoślepiające światło,
- mniejsza liczba bodźców wizualnych.

„Najbardziej ten hałas, te brzęczenie tego sprzętu”.

[IDI z osobą z niepełnosprawnością narządu wzroku do 16 roku życia]

Respondenci podkreślali, że nawet drobne rozwiązania, takie jak krótszy czas oczekiwania czy spokojniejsza atmosfera, znacząco poprawiają komfort wizyty.

Dostosowania informacyjno-komunikacyjne

Bardzo ważnym obszarem są dostosowania informacyjno-komunikacyjne. Często nie wymagają one dużych nakładów finansowych, a mają duży wpływ na doświadczenie pacjenta. Za najistotniejsze uznawano:

- mówienie prostym, spokojnym językiem,

- informowanie pacjenta o kolejnych etapach wizyty,
- uprzedzanie o dotyku i dźwiękach,
- możliwość zadawania pytań.

„Personel, który jest taki przyjazny. Wszystko tak mówi, co będzie robić i nie traktuje mnie jakbym była jakąś inną osobą”. [IDI z osobą z niepełnosprawnością narządu wzroku do 16 roku życia]

W przypadku osób niewidomych szczególnie ważne jest opisywanie otoczenia i czynności, co zwiększa poczucie bezpieczeństwa.

Respondenci zwracali również uwagę na znaczenie rozwiązań organizacyjnych, które często są ważniejsze niż specjalistyczny sprzęt. Najczęściej wskazywano:

- możliwość umówienia wizyty w spokojniejszych godzinach,
- krótszy czas oczekiwania w poczekalni,
- elastyczne podejście do długości wizyty,
- możliwość obecności opiekuna/osoby wspierającej.

„Jak jest tak cicho i nie ma aż tak dużo ludzi w poczekalni, to nawet lubię”. [IDI z osobą z niepełnosprawnością narządu wzroku do 16 roku życia]

Takie rozwiązania zmniejszają stres i zwiększają gotowość pacjentów do regularnych wizyt.

Sprzęt wspierający dostępność

Respondenci rzadko wskazywali na zaawansowane technologie jako kluczowe dla zapewnienia dostępności z ich punktu widzenia. Znacznie częściej mówili o prostych sprzętach i rozwiązaniach, takich jak poręcze, stabilne krzesła, regulowane fotele oraz wyraźne oznaczenia przestrzeni. Brak tych elementów bywał oceniany jako poważna bariera, nawet jeśli gabinet był nowoczesny pod względem medycznym. Z perspektywy osób ze szczególnymi potrzebami najważniejsze są te dostosowania, które umożliwiają samodzielność, zmniejszają stres i niepewność, dają poczucie bezpieczeństwa czy pokazują szacunek do pacjenta.

„No, przede wszystkim mieć podejście do takich dzieci. Być bardzo spokojnym, empatycznym, empatycznym. Żeby dziecko czuło się bezpiecznie, żeby nie było nerwowej atmosfery”. [IDI z osobą w spektrum autyzmu do 16 roku życia]

Z perspektywy osób z niepełnosprawnościami najistotniejsze dostosowania w gabinetach stomatologicznych to rozwiązania podstawowe, praktyczne i dostępne. Obejmują one dostępność architektoniczną, odpowiedni fotel i wyposażenie, ograniczenie bodźców sensorycznych, dostosowaną komunikację oraz elastyczną organizację wizyt. Ich znaczenie wynika z tego, że decydują o realnej możliwości skorzystania z usług stomatologicznych, a nie tylko o komforcie wizyty.

Odmowy świadczenia usług stomatologicznych pacjentom/pacjentkom z niepełnosprawnościami

Dostępność usług stomatologicznych można oceniać nie tylko przez pryzmat wyposażenia czy kompetencji personelu, ale także przez to czy pacjent faktycznie otrzymuje pomoc, gdy jej potrzebuje. Sytuacje odmowy lub ograniczenia leczenia są szczególnie istotne z perspektywy osób z niepełnosprawnościami, ponieważ nawet pojedyncze doświadczenie takiej sytuacji może prowadzić do rezygnacji z dalszego leczenia i pogorszenia stanu zdrowia. Analiza tego obszaru pozwala lepiej zrozumieć skalę problemu oraz to, w jakim stopniu bariery dostępności przekładają się na realne decyzje podejmowane w gabinetach.

Wyniki badania pokazują, że otwarta odmowa lub ograniczenie leczenia osób z niepełnosprawnościami nie jest zjawiskiem powszechnym, ale jednocześnie nie można go uznać za marginalne. Większość przedstawicieli gabinetów stomatologicznych (74,2%) deklaruje, że w ich gabinecie nigdy nie doszło do takiej sytuacji, co wskazuje na ogólną gotowość do udzielania świadczeń tej grupie pacjentów.

Jednocześnie około 5% gabinetów przyznaje, że odmowa lub ograniczenie leczenia miały miejsce – w tym 0,8% wskazuje, że zdarzało się to więcej niż jeden raz, a 4,2%, że wystąpiło jednorazowo. Choć odsetki te są niewielkie, oznaczają realne przypadki, w których pacjent z niepełnosprawnością nie otrzymał pełnej pomocy stomatologicznej.

Istotną grupę stanowią również respondenci, którzy nie potrafili jednoznacznie ocenić, czy takie sytuacje miały miejsce (18,5%). Może to świadczyć o braku jasnych procedur, nieformalnym charakterze decyzji lub niskiej świadomości personelu co do tego, czym w praktyce jest odmowa lub ograniczenie leczenia.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że 2,2% gabinetów deklaruje, iż w ogóle nie przyjmuje osób z niepełnosprawnościami. Choć jest to niewielki odsetek, z perspektywy dostępności oznacza to całkowite wykluczenie tej grupy pacjentów z dostępu do usług.

Tabela 17. Wystąpienie w gabinetach stomatologicznych objętych badaniem sytuacji odmowy lub ograniczenia leczenia pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami

Wystąpienie sytuacji odmowy	%
Tak, zdarzyło się to więcej niż jeden raz	0,8%
Tak, zdarzyło się to jeden raz	4,2%
Nie, nigdy się to nie zdarzyło	74,2%
Trudno powiedzieć	18,6%
Nie przyjmujemy osób z niepełnosprawnościami	2,2%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Przeprowadzona analiza pokazuje, że deklaracje dotyczące odmowy lub ograniczenia leczenia pacjentów z niepełnosprawnościami są rzadkie. Są jednocześnie obarczone istotnym poziomem niepewności odpowiedzi, co utrudnia jednoznaczną ocenę skali zjawiska.

W odniesieniu do wielkości miejscowości dominuje odpowiedź „nie, nigdy się to nie zdarzyło”, niezależnie od lokalizacji gabinetu. Najczęściej wskazują ją gabinety z mniejszych miejscowości (76,1%) oraz z miast powiatowych (73,3%), a nieco rzadziej z miast wojewódzkich (72%) i ze wsi (74,5%). Jednocześnie w miastach powiatowych oraz mniejszych miejscowościach pojawiają się deklaracje, że odmowa lub ograniczenie leczenia zdarzyły się co najmniej raz (odpowiednio 6,2% i 4,4%). Istotny jest także wysoki udział odpowiedzi „trudno powiedzieć”, szczególnie w miastach wojewódzkich (24%) i na wsi (21,3%). Może to wskazywać na trudność w interpretacji czy dana sytuacja stanowiła odmowę leczenia, czy była rezygnacją po stronie pacjenta/pacjentki.

Analiza według liczby stanowisk pokazuje większe zróżnicowanie. W najmniejszych gabinetach (1 stanowisko) najczęściej deklarowany jest brak takich sytuacji (77,9%), natomiast w gabinetach z 2-3 stanowiskami odsetek ten spada do 64,6%, a jednocześnie częściej pojawiają się wskazania, że odmowa zdarzyła się co najmniej raz (łącznie 12,6%). W gabinetach z 4-5 stanowiskami widoczny jest najwyższy udział odpowiedzi „tak, zdarzyło się to więcej niż jeden raz” (9,1%), a także wysoki odsetek odpowiedzi „trudno powiedzieć” (27,3%). W największych gabinetach (6 lub więcej stanowisk) dominuje brak odmów (62,5%), ale jednocześnie bardzo wysoki jest poziom niepewności odpowiedzi (37,5%), co może wynikać z rozproszenia odpowiedzialności i trudności w ocenie wszystkich przypadków.

Uwzględnienie wieku pacjentów pokazuje dużą stabilność wyników. Niezależnie od tego, czy gabinet obsługuje dzieci, młodzież czy osoby dorosłe, około trzy czwarte respondentów deklaruje, że odmowy lub ograniczenia leczenia nigdy się nie zdarzyły (od 73,3% do 75,3%). Jednocześnie w każdej z tych grup około 5-6% wskazuje, że taka sytuacja miała miejsce co najmniej raz. Wysoki pozostaje także udział odpowiedzi „trudno powiedzieć” (17,4-19,6%), co sugeruje, że granica między odmową a inną formą ograniczenia leczenia bywa niejasna.

Wyraźniejsze różnice pojawiają się w kontekście świadczenia usług w znieczuleniu ogólnym. W gabinetach, które świadczą takie usługi osobom dorosłym, rzadziej deklarowany jest jednoznaczny brak odmów (66,7%) niż w gabinetach, które ich nie świadczą (75,1%). Jednocześnie w tej grupie wyraźnie częściej pojawiają się odpowiedzi „trudno powiedzieć” (33,3% wobec 17,2%). Może to wskazywać, że w przypadku bardziej złożonych procedur decyzje o ograniczeniu leczenia są trudniejsze do jednoznacznego zaklasyfikowania.

Najsilniejsze zróżnicowanie widoczne jest przy analizie według oceny przygotowania personelu. W gabinetach, w których przygotowanie personelu oceniane jest jako „raczej słabe”, relatywnie częściej pojawiają się deklaracje, że odmowa lub ograniczenie leczenia zdarzyły się co najmniej raz (11,1%). W grupie gabinetów deklarujących bardzo dobre przygotowanie personelu dominuje odpowiedź „nie, nigdy się to nie zdarzyło” (69,4%).

Analiza przyczyn odmowy lub ograniczenia leczenia pokazuje, że **najczęściej nie są one wynikiem braku dobrej woli, lecz ograniczeń organizacyjnych**

i systemowych. Kluczowym powodem jest brak możliwości leczenia w znieczuleniu ogólnym, co wskazuje, że część pacjentów wymaga warunków, których standardowe gabinety nie są w stanie zapewnić. Często pojawiają się także sytuacje, w których stan zdrowia pacjenta lub ryzyko medyczne wymuszają skierowanie do placówki specjalistycznej lub szpitalnej.

Drugą grupę przyczyn stanowią ograniczenia czasu i organizacji wizyty. Zbyt krótki czas przewidziany na wizytę oraz brak możliwości stworzenia bezpiecznych i spokojnych warunków leczenia prowadzą do rezygnacji lub ograniczenia świadczenia. Wskazuje to na niedopasowanie standardowego modelu pracy gabinetu do potrzeb części pacjentów z niepełnosprawnościami. Rzadziej, ale nadal istotnie, pojawiają się bariery związane z brakiem sprzętu, wsparcia personelu pomocniczego oraz niewystarczającymi kompetencjami w zakresie komunikacji i pracy z konkretnymi rodzajami niepełnosprawności.

Tabela 18. Przyczyny wystąpienia w gabinetach stomatologicznych objętych badaniem sytuacji odmowy lub ograniczenia leczenia pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami

Przyczyny wystąpienia odmowy lub ograniczenia leczenia	%
Brak możliwości leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym	38,9%
Stan zdrowia pacjenta/pacjentki wymagał leczenia w warunkach szpitalnych lub specjalistycznych	22,2%
Zbyt duże ryzyko medyczne według lekarza prowadzącego	16,7%
Zbyt krótki czas na wizytę/brak możliwości zapewnienia odpowiednich warunków	16,7%
Brak odpowiedniego sprzętu medycznego	11,1%
Brak personelu do pomocy przy przenoszeniu lub asekuracji pacjenta/pacjentki	5,6%
Brak doświadczenia lub wiedzy personelu w pracy z osobami z określoną niepełnosprawnością	5,6%
Trudności w komunikacji z pacjentem/pacjentką (np. osoba niesłysząca, niemówiąca)	5,6%
Brak windy, rampy lub możliwości wjazdu wózkiem	0,0%
Brak tłumacza języka migowego lub osoby wspierającej komunikację	0,0%

Przyczyny wystąpienia odmowy lub ograniczenia leczenia	%
Osoba chciała wejść do gabinetu z psem asystującym	0,0%
Wiek pacjenta (nie obsługujemy dzieci/młodzieży)	0,0%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=18

Analiza rodzajów niepełnosprawności pokazuje, że najczęściej odmowy lub ograniczenia dotyczyły osób z niepełnosprawnością intelektualną (33,3%) oraz osób w spektrum autyzmu (33,3%), a także pacjentów z niepełnosprawnością ruchu (27,8%). Są to grupy, które wymagają więcej czasu, wsparcia komunikacyjnego lub specjalnych warunków leczenia. Znacznie rzadziej sytuacje te dotyczyły osób z niepełnosprawnością wzroku lub słuchu, co może świadczyć o tym, że ich potrzeby są łatwiejsze do uwzględnienia w standardowych warunkach gabinetu.

Tabela 19. Rodzaje niepełnosprawności, których dotyczyły sytuacje odmowy lub ograniczenia leczenia pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami

Rodzaje niepełnosprawności	%
Niepełnosprawność intelektualna	33,3%
Osoby w spektrum autyzmu	33,3%
Niepełnosprawność ruchu (osoby poruszające się na wózku, o kulach)	27,8%
Zaburzenia psychiczne	22,2%
Niepełnosprawność wzroku (osoby niewidome, słabowidzące)	5,6%
Niepełnosprawność słuchu (osoby niesłyszące, niedosłyszące)	5,6%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=18

Jeśli chodzi o wiek pacjentów, odmowy i ograniczenia leczenia dotyczyły zarówno dzieci, jak i osób dorosłych, przy czym nieco częściej wskazywano na osoby dorosłe. Pokazuje to, że problem nie ogranicza się do stomatologii dziecięcej, lecz dotyczy całego systemu opieki stomatologicznej. W przypadku dzieci dodatkowym wyzwaniem może być konieczność współpracy z opiekunem/osobą wspierającą oraz większa wrażliwość na stres i bodźce.

Tabela 20. Wiek pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami, których dotyczyły sytuacje odmowy lub ograniczenia leczenia

Wiek pacjentów/pacjentek	%
Dzieci	44,4%
Młodzież	16,7%
Osoby dorosłe	50,0%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=18

Potwierdzenia powyższych ustaleń dostarcza analiza wywiadów pogłębionych z osobami z niepełnosprawnościami. Wynika z niej, że bezpośrednie i jawne odmowy przyjęcia pacjenta ze względu na niepełnosprawność nie są zjawiskiem powszechnym, jednak osoby ze szczególnymi potrzebami doświadczają pośrednich form odmowy oraz ograniczania zakresu świadczeń. Zjawisko to ma charakter bardziej subtelny i systemowy niż otwarcie dyskryminacyjny.

Charakter odmów

Respondenci rzadko opisywali sytuacje jednoznacznej odmowy typu „nie przyjmujemy takich pacjentów”. Częściej wskazywano na sytuacje, w których pacjent sam rezygnował po doświadczeniu barier lub był kierowany do innej placówki bez realnej alternatywy.

„Kiedyś musiałam zmienić gabinet, bo był na piętrze bez windy, a schody były bardzo strome i też nie było takiej spokojnej poczekalni. A hałas u mnie powoduje duże napięcie. Personel też nie wiedział jak zareagować. Tak się czułam, że dla nich jestem kłopotem, a nie pacjentem”.

[IDI z osobą z niepełnosprawnością intelektualną powyżej 16 roku życia]

W tym sensie odmowa miała charakter pośredni, tzn. gabinet formalnie świadczył usługi, ale nie był dostępny dla konkretnego pacjenta.

Ograniczanie zakresu świadczeń

Znacznie częściej niż odmowy pojawia się problem ograniczania zakresu leczenia. Dotyczy to sytuacji, w których:

- wizyty są skracane,

- leczenie odkładane na później,
- proponowane są tylko podstawowe zabiegi,
- pacjent nie otrzymuje pełnej informacji o możliwościach leczenia.

Respondenci wskazywali, że ograniczenia te wynikają najczęściej z braku czasu, braku przygotowania personelu lub braku warunków lokalowych.

„Jak wiem, że coś boli, to no to czuję taką potrzebę wizyty i wtedy jestem bardziej zmotywowana, ale regularne chodzenie jest dla mnie trudne”. [IDI z osobą z niepełnosprawnością intelektualną powyżej 16 roku życia]

W praktyce oznacza to, że leczenie stomatologiczne bywa prowadzone reaktywnie, a nie profilaktycznie.

Zróżnicowanie w zależności od rodzaju niepełnosprawności

Osoby z niepełnosprawnością ruchową częściej doświadczają odmowy faktycznej, wynikającej z niedostępności architektonicznej. Gabinet nie odmawia formalnie, ale nie jest w stanie zapewnić warunków do realizacji świadczenia.

„Nawet jak jest informator o terminach leczenia na stronie Funduszu Zdrowia, to po prostu dodać znaczek, że na przykład ten jest dostępny dla osób na wózkach, ten jest dostępny dla osób niesłyszących. Ostatnio umawiałam pana, który ma amputowane obie nogi. Pani doktor od razu go przyjęła na opiekę, więc bez skierowania może tam do końca życia się zgłosić, ale niestety jest na pierwszym piętrze bez windy”. [IDI z przedstawicielami NGO]

W takich przypadkach pacjent może być zmuszony szukać innej placówki, często oddalonej o wiele kilometrów.

W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną częściej występuje ograniczanie zakresu leczenia, a nie odmowa. Personel bywa nieprzygotowany do pracy z pacjentem, który potrzebuje więcej czasu, przerw lub spokojniejszego tempa. Efektem bywa skracanie wizyt lub niepodejmowanie bardziej złożonych procedur.

W przypadku osób niewidomych i słabowidzących jawne odmowy są rzadkie. Ograniczenia dotyczą raczej braku dostosowania komunikacji, co wpływa na komfort i bezpieczeństwo wizyty, ale nie zawsze prowadzi do odmowy wykonania świadczenia.

„Personel, który jest taki przyjazny. Wszystko tak mówi, co będzie robić”. [IDI z osobą z niepełnosprawnością narządu wzroku do 16 roku życia]

Zróżnicowanie w zależności od wieku

W przypadku dzieci i młodzieży respondenci rzadko wskazywali na odmowy przyjęcia. Częściej pojawiały się ograniczenia wynikające z reakcji dziecka na stres, hałas lub ból. W takich sytuacjach wizyty były przerywane lub rozkładane na kilka krótszych spotkań. Decyzja o przerwaniu wizyty często zapadała wspólnie z opiekunem/osobą wspierającą, a nie była formalną odmową ze strony gabinetu.

U dorosłych częściej występuje samowykluczenie wynikające z wcześniejszych negatywnych doświadczeń, kosztów leczenia lub braku dostępności.

„Raz zrezygnowałam też, bo koszt leczenia był duży”. [IDI z osobą z niepełnosprawnością intelektualną powyżej 16 roku życia]

Choć formalnie nie jest to odmowa, w praktyce prowadzi do ograniczenia korzystania z usług.

Zróżnicowanie w zależności od miejsca zamieszkania

W miastach wojewódzkich rzadziej dochodzi do odmów, ale pojawiają się ograniczenia czasowe i długie kolejki, co skutkuje odkładaniem leczenia.

W mniejszych miejscowościach problemem jest natomiast brak alternatywy. Jeśli jedyny dostępny gabinet nie jest dostosowany, oznacza to faktyczną odmowę.

„Tutaj w okolicy nas [mała miejscowość – red.] jest jeden gabinet, który jest kompletnie dostosowany”.
[IDI z przedstawicielami NGO]

Na wsi dostęp do usług stomatologicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami jest najtrudniejszy. Brak gabinetów, konieczność dojazdu oraz koszty powodują, że świadczenia są często ograniczone do minimum lub odkładane w czasie.

Całość wyników wskazuje, że odmowa leczenia rzadko ma charakter otwarty, a częściej przyjmuje formę ograniczeń pośrednich: niepewności, braku decyzji, odsuwania odpowiedzialności lub nieprzygotowania zespołu. Oznacza to, że poprawa dostępności wymaga nie tylko inwestycji w dostosowania architektoniczne oraz w sprzęt i wyposażenie wspierające obsługę pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami. Powinna przede wszystkim polegać na wzmocnieniu kompetencji personelu oraz wprowadzeniu jasnych zasad postępowania, które ograniczą ryzyko wykluczenia pacjentów w praktyce codziennej pracy gabinetów.

Możliwości i bariery rozwoju dostępności gabinetów stomatologicznych w ramach istniejących przepisów prawnych

Rozwój dostępności gabinetów stomatologicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami odbywa się w ramach określonych przepisów prawa, które wyznaczają zarówno minimalne obowiązki świadczeniodawców, jak i granice możliwych działań. Obowiązujące regulacje tworzą formalne podstawy do likwidowania barier architektonicznych, cyfrowych oraz informacyjno-komunikacyjnych, jednak nie przekładają się na jednolity i jasno zdefiniowany standard funkcjonowania gabinetów stomatologicznych. W praktyce oznacza to, że dostępność zależy nie tylko od przepisów, ale także od interpretacji prawa, decyzji organizacyjnych oraz realnych możliwości finansowych i lokalowych poszczególnych podmiotów.

Analiza ram prawnych pokazuje, że obowiązki w zakresie dostępności są rozproszone pomiędzy różne akty prawne i odnoszą się do różnych aspektów działalności gabinetów.³¹ Z jednej strony regulacje te wskazują kierunek działań i potwierdzają prawo osób z niepełnosprawnościami do równego dostępu do leczenia stomatologicznego. Z drugiej strony brak szczegółowych wytycznych operacyjnych powoduje, że wiele kwestii pozostaje niejednoznacznych, a odpowiedzialność za wdrażanie rozwiązań dostępnościowych spoczywa w dużej mierze na kierownikach i właścicielach gabinetów.

³¹ Aspekt wymogów prawnych w zakresie dostępności został szerzej opisany w podrozdziale „Standardy i wytyczne w zakresie dostępności”

W tym kontekście kluczowe staje się rozpoznanie, jakie realne możliwości rozwoju dostępności dają obecne przepisy, a jakie bariery wynikają z ich fragmentaryczności, ogólności lub ograniczonego zakresu. Zestawienie wymogów krajowych i unijnych pozwala lepiej zrozumieć, gdzie prawo tworzy przestrzeń do systemowych zmian, a gdzie pozostawia luki, które utrudniają wdrażanie spójnych i trwałych rozwiązań na poziomie praktyki stomatologicznej.

Analiza wywiadów z przedstawicielami organizacji pozarządowych reprezentujących osoby z niepełnosprawnościami pokazuje, że dostęp do usług stomatologicznych jest wciąż nierówny i w dużej mierze zależny od miejsca zamieszkania, rodzaju niepełnosprawności oraz indywidualnego podejścia personelu. Co istotne, respondenci podkreślali, że wiele potrzeb pacjentów mogłoby być zaspokojonych już w ramach obowiązujących przepisów, jednak w praktyce nie są one realizowane w sposób powszechny.

Dostępność architektoniczna jako podstawowy warunek korzystania z usług

Najczęściej wskazywaną potrzebą była dostępność architektoniczna gabinetów stomatologicznych. Bariery w tym obszarze obejmują schody, progi, brak wind, wąskie drzwi, brak dostosowanych toalet oraz niewystarczającą przestrzeń manewrową w samym gabinecie. Problem ten dotyczy przede wszystkim gabinetów prywatnych, które często funkcjonują w mieszkaniach lub starszych budynkach.

Respondenci zwracali uwagę, że nowe placówki coraz częściej spełniają standardy dostępności, jednak zdecydowana większość gabinetów działających od wielu lat pozostaje niedostosowana. Nie wynika to wyłącznie z braku przepisów, lecz z kosztów adaptacji oraz braku realnych zachęt finansowych.

„Jak myślę o tym, gdzie dostać się do stomatologa, no to w większości są to takie prywatne gabinety gdzieś w prywatnych mieszkaniach tak robione”.

[IDI z przedstawicielami NGO]

Jednocześnie podkreślano, że nawet minimalne dostosowania, takie jak likwidacja progów, montaż poręczy czy zakup prostych urządzeń wspomagających, mogłyby znacząco poprawić sytuację pacjentów, gdyby były systemowo wspierane.

Bariery informacyjno-komunikacyjne i organizacyjne

Drugim kluczowym obszarem są bariery informacyjno-komunikacyjne, które pojawiają się często jeszcze przed dotarciem pacjenta do gabinetu. Respondenci wskazywali na problemy z rejestracją, szczególnie wtedy, gdy dostępny jest tylko jeden kanał kontaktu (np. formularz internetowy niedostosowany do czytników ekranu). Brak jasnych informacji o lokalizacji, sposobie dojścia, dostępności windy czy parkingu stanowi istotną przeszkodę dla osób z zaburzeniami sensorycznymi i ograniczeniami ruchowymi.

„Jeżeli Pani ma tylko jeden kanał rejestracji cyfrowy i mamy niedostępny formularz dla czytników ekranu, dla zmiany kontrastu. Po drugie mamy osobę, która nie jest cyfrowo zaawansowana. No to jakby już nam się nakłada to, że nie mamy dostępności w ogóle do samej usługi”.

[IDI z przedstawicielami NGO]

Problemy te pogłębia brak spójnych standardów komunikacji w gabinetach. Respondenci podkreślali, że dostępność informacyjna jest często utożsamiana jedynie z posiadaniem strony internetowej, podczas gdy jej treść bywa nieczytelna, nieintuicyjna lub niedostosowana do potrzeb różnych grup pacjentów.

Komunikacja interpersonalna i brak procedur

Istotnym wątkiem była komunikacja personelu z pacjentami z niepełnosprawnościami. W wielu przypadkach dobra jakość obsługi wynikała z empatii i indywidualnych cech lekarza lub personelu, a nie z obowiązujących procedur. Respondenci wskazywali, że takie podejście, choć pozytywne, prowadzi do dużych nierówności.

„Ja dzisiaj opowiadałam o mojej ukochanej dentystce. Jest mega babką i mogę zrobić fanklub, ale to jest jej osobowość taka. To nie jest procedura. Ja bym bardziej wolała procedurę”. [IDI z przedstawicielami NGO]

Brak standardów powoduje, że pacjent nie ma pewności, jak zostanie potraktowany, czy otrzyma informacje w zrozumiałej formie oraz czy jego potrzeby zostaną uwzględnione. Szczególnie dotyczy to osób z niepełnosprawnością wzroku, które

zwracały uwagę na brak przedstawiania się personelu, brak uprzedzania o dotyku czy brak opisu wykonywanych czynności.

Bariery finansowe i ograniczenia refundacji

Respondenci jednoznacznie wskazywali, że koszty leczenia stomatologicznego stanowią jedną z największych barier w dostępie do usług. Dotyczy to zarówno leczenia prywatnego, jak i ograniczonego zakresu refundacji w systemie publicznym. Osoby z niepełnosprawnościami często wymagają leczenia kompleksowego i długotrwałego, które nie mieści się w standardowych limitach.

„Największą bolączką może być teraz cennik usług, który jest niedostępny dla większości osób”. [IDI z przedstawicielami NGO]

W opinii respondentów obecny system refundacji nie uwzględnia realnych potrzeb pacjentów i nie daje lekarzom elastyczności w planowaniu leczenia. Brak jest również mechanizmów wsparcia finansowego dla osób, które muszą korzystać z usług prywatnych z powodu niedostępności gabinetów publicznych.

Przyczyny niezaspokajania potrzeb

Podsumowując wątek można wskazać, że główne przyczyny niezaspokajania potrzeb osób z niepełnosprawnościami w zakresie usług stomatologicznych nie zawsze wynikają z niedoskonałości przepisów prawa. Poza brakiem systemowych standardów dostępności należą do nich:

- niewystarczające wsparcie finansowe dla gabinetów i pacjentów,
- uzależnienie jakości usług od indywidualnej empatii personelu,
- niska świadomość praktyczna w zakresie dostępności,
- brak spójnego nadzoru i monitorowania dostępności.

Bariery i trudności w rozwoju dostępności gabinetów stomatologicznych

Rozwój dostępności gabinetów stomatologicznych napotyka na bariery, które mają zarówno charakter organizacyjny i finansowy, jak i systemowy. Część z nich wynika z uwarunkowań infrastrukturalnych lub technicznych, inne są efektem ograniczeń

kadrowych, braku specjalistycznych rozwiązań medycznych czy niewystarczającego wsparcia ze strony systemu ochrony zdrowia. Zrozumienie, które trudności są postrzegane jako kluczowe przez kadrę zarządczą, pozwala lepiej ocenić realne możliwości zmian oraz wskazać obszary wymagające interwencji na poziomie lokalnym i systemowym.

Z perspektywy kadry zarządczej **najpoważniejszą barierą w zapewnieniu dostępności usług stomatologicznych jest brak możliwości leczenia w znieczuleniu ogólnym**, na który wskazało 57,9% respondentów. Pokazuje to, że ograniczenia o charakterze stricte medycznym i organizacyjnym mają dziś większe znaczenie niż bariery architektoniczne oraz wyposażenie w sprzęt wspierający dostępność. Problem ten dotyczy przede wszystkim pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami psychicznymi czy ze spektrum autyzmu, dla których standardowe warunki leczenia są często niewystarczające.

Drugą istotną grupą barier są **kwestie finansowe** – brak środków finansowych został wskazany przez 25,3% badanych. Oznacza to, że nawet przy świadomości potrzeb i gotowości do zmian, wiele gabinetów napotyka realne ograniczenia ekonomiczne, które spowalniają lub uniemożliwiają inwestycje w dostępność. W tym kontekście bariery architektoniczne (19,4%) i sprzętowe (10,4%) mają charakter wtórny – są dostrzegane, ale ich usunięcie często zależy właśnie od dostępnych zasobów finansowych.

Relatywnie rzadziej wskazywano **bariery komunikacyjne (8,7%) i informacyjne (9,6%)**, a brak wiedzy personelu pojawia się marginalnie (3,4%). Może to sugerować, że kadra zarządcza częściej postrzega problemy dostępności przez pryzmat dostępności architektonicznej, wyposażenia w sprzęt i organizacji świadczeń niż kompetencji miękkich personelu. Choć analizy szczegółowe pokazują, że te obszary również wymagają wzmocnienia. Jednocześnie 21,1% respondentów deklaruje brak barier, co wskazuje na zróżnicowanie sytuacji gabinetów oraz na istnienie grupy placówek, które nie identyfikują lub nie dostrzegają istotnych ograniczeń w dostępie do usług.

Tabela 21. Bariery utrudniające pacjentom i pacjentkom z niepełnosprawnościami korzystanie z usług w gabinetach stomatologicznych według kadry zarządczej

Rodzaje barier	%
Brak możliwości leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym	57,9%
Brak środków finansowych	25,3%
Bariery architektoniczne	19,4%
Bariery sprzętowe	10,4%
Bariery informacyjne	9,6%
Bariery komunikacyjne	8,7%
Wiek pacjenta/pacjentki (nie udzielamy świadczeń dzieciom lub młodzieży lub dorosłym)	5,3%
Brak wiedzy personelu	3,4%
Nie ma takich barier	21,1%
Brak asystenta dla pacjenta	1,1%
Brak refundacji niektórych usług przez NFZ, kiedy osoba z niepełnosprawnością wymaga szczególnej opieki	1,1%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Najczęściej wskazywana bariera, czyli brak możliwości leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym, dominuje we wszystkich typach miejscowości. Osiąga najwyższe wartości w mniejszych miejscowościach (61,1%) oraz na wsi (59,6%), przy czym są one nieco niższe w miastach wojewódzkich (54%) i powiatowych (56,2%). Podobna skala widoczna jest przy podziale według liczby stanowisk – od 51,9% w gabinetach z 2-3 stanowiskami do 63,6% w gabinetach z 4-5 stanowiskami. W analizie według wieku pacjentów bariera ta utrzymuje się na bardzo wysokim i zbliżonym poziomie (55,2-57,3%) niezależnie od tego czy gabinet obsługuje dzieci, młodzież, czy osoby dorosłe. Jednocześnie w gabinetach, które świadczą usługi w znieczuleniu ogólnym, bariera ta nie występuje, co potwierdza jej kluczowy charakter systemowy.

Drugą istotną kategorią barier są braki finansowe, które częściej wskazywane są w większych ośrodkach i w określonych typach gabinetów. Najwyższy odsetek takich wskazań występuje w miastach wojewódzkich (38%), a niższy w miastach powiatowych (22,6%), mniejszych miejscowościach (25,7%) i na wsi (19,1%).

Według liczby stanowisk brak środków finansowych najczęściej pojawia się w gabinetach z 6 lub więcej stanowiskami (50%) oraz w gabinetach z 4-5 stanowiskami (27,3%). W analizie według wieku pacjentów bariera ta utrzymuje się na zbliżonym poziomie (22,6-25,2%). Wyraźne różnice widać natomiast przy ocenie przygotowania personelu. Brak środków finansowych częściej wskazują osoby oceniające przygotowanie jako „bardzo dobre” (39,5%) niż jako „raczej dobre” (16,7%) czy „raczej słabe” (19%). Zaobserwowane prawidłowości mogą wynikać z większej świadomości kosztów realnych dostosowań wśród lepiej przygotowanych zespołów.

Bariery architektoniczne najczęściej pojawiają się w miastach powiatowych (24%) oraz mniejszych miejscowościach (18,6%), a rzadziej na wsi (12,8%) i w miastach wojewódzkich (14%). Według liczby stanowisk są one najczęstsze w gabinetach z 2-3 stanowiskami (25,3%) i z 1 stanowiskiem (18,6%), a nie występują w gabinetach z 4-5 stanowiskami (0%). W analizie według wieku pacjentów wartości są stabilne (około 19-20%), natomiast bardzo silne zróżnicowanie pojawia się przy ocenie przygotowania personelu. Bariery architektoniczne wskazuje aż 52,4% respondentów oceniających przygotowanie jako „raczej słabe” oraz 100% w grupie „bardzo słabo”. Wskazuje to na ścisły związek między kompetencjami zespołu a identyfikacją barier architektonicznych.

Bariery sprzętowe, komunikacyjne i informacyjne mają mniejsze znaczenie ilościowe, ale ich rozkład również nie jest przypadkowy. Bariery sprzętowe częściej wskazywane są w mniejszych miejscowościach (12,4%) i w gabinetach z 4-5 stanowiskami (18,2%). Bariery komunikacyjne częściej pojawiają się w miastach powiatowych (11%) oraz w gabinetach z 6 lub więcej stanowiskami (25%). Bariery informacyjne są szczególnie widoczne w gabinetach z 4-5 stanowiskami (36,4%) oraz w większych jednostkach (25%). W analizie według oceny przygotowania personelu wszystkie te bariery osiągają najwyższe wartości w grupie „raczej słabo”, co potwierdza, że niska ocena kompetencji sprzyja kumulacji różnych typów barier.

Brak wiedzy personelu jako bariera jest rzadziej deklarowany, jednak jego znaczenie rośnie wraz ze spadkiem oceny przygotowania zespołu. W grupie „raczej słabo” wskazuje go 9,5% respondentów, podczas gdy w grupach „bardzo dobrze” i „bardzo słabo” praktycznie nie występuje. Może to oznaczać, że brak wiedzy jest barierą częściowo uświadamianą, ale nie zawsze nazywaną wprost.

Odsetek wskazań na brak jakichkolwiek barier utrzymuje się na poziomie około jednej piątej w większości typów miejscowości (19,1-22%) oraz według liczby stanowisk (20,3-21,7%), jednak jej odsetek gwałtownie spada w gabinetach z 4-5 stanowiskami (9,1%) oraz w grupie respondentów oceniających przygotowanie personelu jako „raczej słabe” (4,8%). Jednocześnie w gabinetach świadczących usługi w znieczuleniu ogólnym odsetek ten rośnie do 50%, co sugeruje, że dostęp do kluczowych procedur istotnie zmniejsza postrzeganie barier.

Całościowo wyniki pokazują, że bariery w dostępie do usług stomatologicznych dla osób z niepełnosprawnościami mają charakter systemowy, a nie incydentalny. Najważniejsze z nich – brak leczenia w znieczuleniu ogólnym oraz ograniczenia finansowe – są silnie powiązane z organizacją systemu świadczeń. Jednocześnie niski poziom przygotowania personelu sprzyja kumulacji barier architektonicznych, sprzętowych i komunikacyjnych. Oznacza to, że skuteczne zwiększanie dostępności wymaga działań równoległych: organizacyjnych, finansowych i kompetencyjnych, a nie wyłącznie punktowych inwestycji w infrastrukturę.

Przedstawiciele gabinetów stomatologicznych dostrzegają również szereg przeszkód utrudniających rozwój dostępności placówek. Z perspektywy kadry zarządczej kluczową przeszkodą we wprowadzaniu rozwiązań poprawiających dostępność jest **niewielka liczba pacjentów z niepełnosprawnościami korzystających z usług gabinetu**. Wskazuje na nią blisko dwie trzecie respondentów, co sugeruje, że decyzje inwestycyjne są silnie uzależnione od postrzeganego popytu. Dostępność traktowana jest często jako koszt, który trudno uzasadnić ekonomicznie przy sporadycznym kontakcie z tą grupą pacjentów.

Z tym podejściem ściśle wiążą się **ograniczenia finansowe oraz niska opłacalność inwestycji**, które są wskazywane porównywalnie często (každorazowo przez 37,4% respondentów). Brak środków i obawa przed nieadekwatnym zwrotem z inwestycji tworzą wspólnie barierę o charakterze ekonomicznym, wzmacniającą zachowawcze postawy wobec zmian. W tym kontekście dostępność nie jest postrzegana jako element standardu usług, lecz jako dodatkowe, trudne do sfinansowania udogodnienie.

Istotne znaczenie mają także **uwarunkowania infrastrukturalne**, takie jak trudności techniczne budynków czy brak odpowiedniego sprzętu. Bariery te pojawiają się

częściej niż problemy kompetencyjne personelu, co wskazuje, że nawet przy gotowości zespołu do pracy z pacjentami o szczególnych potrzebach, fizyczne ograniczenia przestrzeni i wyposażenia mogą skutecznie blokować wdrażanie zmian.

Bariery związane z wiedzą personelu, komunikacją i dostępnością cyfrową są wskazywane rzadziej, ale nie są marginalne. Ich obecność sugeruje, że dostępność bywa postrzegana wąsko, głównie przez pryzmat dostępności architektonicznej. Aspekty informacyjne, komunikacyjne i organizacyjne pozostają natomiast niedostatecznie rozpoznane jako równie ważne elementy procesu leczenia. Jednocześnie stosunkowo niewielki odsetek respondentów deklaruje brak jakichkolwiek przeszkód, co potwierdza, że w większości gabinetów dostępność napotyka realne ograniczenia.

Tabela 22. Przeszkody/trudności we wprowadzaniu rozwiązań poprawiających dostępność gabinetów stomatologicznych według kadry zarządczej

Przeszkody/trudności	%
Mała liczba pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami	65,4%
Niska opłacalność inwestycji w udogodnienia	37,4%
Ograniczony budżet lub brak środków finansowych	37,4%
Trudności techniczne budynku (np. wąskie korytarze, brak windy)	26,1%
Brak odpowiedniego sprzętu lub jego wysoka cena	15,4%
Bariery komunikacyjne/informacyjne (np. brak tłumacza PJM, brak materiałów w prostym języku)	11,0%
Brak wiedzy lub doświadczenia personelu w obsłudze osób ze szczególnymi potrzebami	9,6%
Trudności w adaptacji strony internetowej lub systemu rejestracji (np. zgodność z WCAG)	6,7%
Brak zaangażowania kierownictwa lub wsparcia w realizacji zmian	4,2%
Nie wiem/trudno powiedzieć	3,7%
Nie mam/ nie widzę przeszkód	11,0%
Wynajmuję pomieszczenie	0,6%
Mała powierzchnia pomieszczeń	0,3%
Odległe terminy	0,3%
Nie mam potrzeby inwestowania	2,0%

Przeszkody/trudności	%
Nie jestem zainteresowany/a takimi udogodnieniami	0,6%
Brak asystenta dla pacjenta	0,8%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Analiza zróżnicowania barier według wielkości miejscowości i skali działalności gabinetu pokazuje, że podstawowy układ przeszkód jest podobny we wszystkich typach placówek, jednak ich natężenie i charakter zmieniają się wraz z kontekstem lokalnym i organizacyjnym. Niezależnie od lokalizacji, najczęściej wskazywaną trudnością pozostaje mała liczba pacjentów z niepełnosprawnościami. Wzmacnia to przekonanie, że inwestycje w dostępność są rzadko wykorzystywane i trudne do uzasadnienia. To podejście jest szczególnie widoczne w mniejszych miejscowościach oraz w gabinetach o mniejszej liczbie stanowisk.

Czynniki finansowe – zarówno w postaci ograniczonego budżetu, jak i niskiej opłacalności inwestycji – są silniej akcentowane w mniejszych miejscowościach oraz w gabinetach średniej wielkości. W największych placówkach problem finansowy również występuje, ale częściej towarzyszy mu świadomość skali potrzeb i większa gotowość do zmian. W praktyce oznacza to, że bariery ekonomiczne nie znikają wraz ze wzrostem gabinetu, lecz zmienia się sposób ich postrzegania – z bariery absolutnej na problem do zarządzania.

Bariery architektoniczne i sprzętowe są szczególnie widoczne w mniejszych i starszych obiektach, a także tam, gdzie liczba stanowisk jest ograniczona. W takich gabinetach trudności techniczne budynku oraz wysoki koszt sprzętu częściej blokują realne działania. Jednocześnie w placówkach większych te bariery są zgłaszane rzadziej, co sugeruje, że skala działalności ułatwia zarówno modernizację przestrzeni, jak i zakup wyposażenia.

Zależność między barierami a poziomem przygotowania personelu jest wyraźna. Tam, gdzie personel jest oceniany jako słabo przygotowany, częściej pojawiają się wskazania na bariery architektoniczne, sprzętowe i komunikacyjne. W gabinetach z dobrze przygotowanym zespołem problemy te są rzadziej identyfikowane, co może oznaczać, że wiedza i doświadczenie pozwalają lepiej radzić sobie z ograniczeniami lub zmniejszają ich subiektywne znaczenie.

Istotne jest również to, że gabinetom świadczącym usługi w znieczuleniu ogólnym znacznie rzadziej towarzyszy poczucie barier, zarówno architektonicznych, jak i organizacyjnych. Wskazuje to, że rozszerzony zakres świadczeń idzie w parze z wyższym poziomem przygotowania i większą świadomością potrzeb pacjentów ze szczególnymi wymaganiami.

Całościowo dane pokazują, że bariery rozwoju dostępności nie wynikają z jednego dominującego czynnika. Są efektem nakładania się ograniczeń finansowych, organizacyjnych, infrastrukturalnych i percepcyjnych, przy czym kluczową rolę odgrywa sposób myślenia o dostępności, jako o koszcie uzależnionym od liczby pacjentów, a nie jako o elemencie standardu opieki. To właśnie ten mechanizm w największym stopniu spowalnia realne zmiany, niezależnie od wielkości gabinetu czy jego lokalizacji.

Dobre praktyki

Dobre praktyki w zakresie obsługi pacjentów i pacjentek z niepełnosprawnościami pokazują, jakie rozwiązania – z perspektywy codziennego funkcjonowania gabinetów – realnie poprawiają dostępność i jakość świadczonych usług. Analiza tych doświadczeń pozwala zidentyfikować działania sprawdzone w praktyce, a jednocześnie ujawnia luki i obszary, w których potencjał poprawy nie jest jeszcze w pełni wykorzystywany. W tym sensie dobre praktyki stanowią ważne uzupełnienie analiz barier i potrzeb, pokazując, co faktycznie działa w różnych typach gabinetów i zespołów.

Zestawienie odpowiedzi udzielonych przez personel gabinetów stomatologicznych wyraźnie pokazuje, że znaczna jego część nie identyfikuje żadnych dobrych praktyk lub ma trudność z ich wskazaniem. Odsetek odpowiedzi „żadne” rośnie wraz z oddaleniem od poziomu zarządczego: od 16,9% wśród kadry zarządczej do ponad połowy wśród personelu niemedycznego (52%). Może to świadczyć o ograniczonej widoczności działań dostępnościowych dla pracowników bezpośrednio zaangażowanych w obsługę pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami albo o tym, że wdrożone rozwiązania są postrzegane jako standardowe, a nie jako celowe dobre praktyki.

Wśród najczęściej wskazywanych rozwiązań dominują działania wzmacniające dostępność architektoniczną, takie jak poszerzenie drzwi i korytarzy, podjazdy

i rampy, windy lub platformy oraz dostosowane toalety. Są to praktyki relatywnie łatwe do zauważenia i jednoznacznie kojarzone z dostępnością. Rzadziej, choć nadal zauważalnie, wskazywane są rozwiązania organizacyjne, takie jak przyjazna atmosfera w gabinecie czy odpowiednie przeszkolenie personelu.

Dobre praktyki związane z komunikacją, organizacją wizyty i elastycznością obsługi (wydłużenie czasu wizyty, skrócenie czasu oczekiwania, rezerwowanie porannych godzin, ułatwienia w rejestracji, obecność opiekuna/osoby wspierającej) pojawiają się sporadycznie i niemal wyłącznie w odpowiedziach kadry zarządczej lub lekarzy. Podobnie marginalnie wskazywane są rozwiązania bardziej zaawansowane, takie jak asystent obsługi osób z niepełnosprawnościami ze strony personelu gabinetu, możliwość leczenia na wózku czy wejście z psem asystującym.

Całość wyników sugeruje, że dobre praktyki są obecnie rozumiane głównie jako pojedyncze, architektoniczne i sprzętowe udogodnienia, a znacznie rzadziej jako zestaw spójnych działań organizacyjnych, komunikacyjnych i kompetencyjnych. Wskazuje to na potrzebę lepszego upowszechniania wiedzy o dostępności jako procesie. Konieczne jest także wzmacnianie roli personelu w identyfikowaniu i współtworzeniu dobrych praktyk, także tych niematerialnych, które często mają kluczowe znaczenie dla doświadczenia pacjenta.

Tabela 23. Rozwiązania w zakresie obsługi osób z niepełnosprawnościami wprowadzone w gabinetach stomatologicznych, które najbardziej się sprawdziły/są godne polecenia (dobre praktyki)

Dobre praktyki z gabinetów stomatologicznych	Kadra zarządcza	Lekarze / lekarki	Personel medyczny - pomocnicy	Personel niemedyczny
Żadne	16,9%	38,4%	43,9%	52,0%
Trudno powiedzieć	11,3%	9,8%	14,5%	13,4%
Zamontowanie windy/platformy/schodolazu	9,6%	8,4%	6,8%	7,7%
Podjazd/rampa	10,2%	10,4%	5,1%	5,4%
Poszerzenie drzwi/korytarzy	12,8%	13,9%	14,2%	13,9%

Dobre praktyki z gabinetów stomatologicznych	Kadra zarządcza	Lekarze / lekarki	Personel medyczny - pomocniczy	Personel niemedyczny
Wydłużenie czasu wizyty	0,3%	2,9%	1,1%	0,0%
Toaleta dla osób z niepełnosprawnością	8,7%	6,1%	7,1%	4,3%
Przystosowany fotel stomatologiczny	5,8%	4,9%	5,4%	7,4%
Usunięcie progów	7,0%	4,9%	6,6%	6,3%
Nie wiem/nie mam zdania	24,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Współpraca z innymi instytucjami (np. DPS)	0,6%	0,6%	0,6%	0,3%
Odpowiednio przeszkolony personel	7,0%	2,3%	1,1%	1,1%
Komunikatywność, np. znajomość języka migowego/tłumacz migowy	1,5%	0,3%	0,0%	0,3%
Przyjazna atmosfera w gabinecie	7,6%	7,5%	6,8%	4,8%
Zmiany architektoniczne	10,8%	8,1%	5,4%	3,7%
Asystent obsługi osób z niepełnosprawnością	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Miejsce postojowe na parkingu	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na wizytę/przyjmowanie bez kolejki	1,2%	0,3%	0,0%	0,0%
Rezerwowanie dla pacjentów z niepełnosprawnościami porannych godzin	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Przekształcenie przestrzeni gabinetu (np. opracowanie systemu wjazdu i wyjazdu pacjenta z gabinetu)	0,3%	5,8%	1,7%	1,1%
Możliwość wejścia z psem	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%

Dobre praktyki z gabinetów stomatologicznych	Kadra zarządcza	Lekarze / lekarki	Personel medyczny - pomocniczy	Personel niemedyczny
asystującym				
Pomoc przy wejściu do budynku, otwieraniu drzwi (domofon)	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Ułatwienia w rejestracji	0,9%	0,6%	0,3%	0,0%
Lokalizacja gabinetu na parterze, gabinet i poczekalnia na tym samym poziomie	1,2%	1,4%	0,3%	0,3%
Możliwość wejścia do budynku od samych drzwi z samochodu	0,6%	0,6%	0,0%	0,0%
Leczenie w znieczuleniu ogólnym/leczenie chirurgiczne	0,9%	0,6%	0,3%	0,0%
Pracownik/asystent lekarza	0,0%	1,2%	0,0%	0,3%
Wsparcie i obecność opiekuna podczas wizyty	0,0%	1,4%	0,3%	0,0%
Podnośnik dla pacjentów	0,0%	0,9%	0,3%	0,0%
Możliwość wjechania z pacjentem na łóżku	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%
Możliwość leczenia pacjenta na jego wózku	0,0%	0,3%	0,3%	0,6%
Strona internetowa	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Potwierdzenia powyższych ustaleń dostarcza analiza wywiadów pogłębionych. Wynika z niej, że dobre praktyki w obsłudze osób ze szczególnymi potrzebami już istnieją, ale mają charakter rozproszony i niesystemowy. Najczęściej wynikają one z postawy konkretnych zespołów, a nie z formalnych standardów. Respondenci wyraźnie wskazywali, że nawet niewielkie działania organizacyjne i komunikacyjne mogą znacząco poprawić komfort i poczucie bezpieczeństwa pacjentów.

Przyjazna i przewidywalna komunikacja

Najczęściej wskazywaną dobrą praktyką jest spokojna, jasna i uprzedzająca komunikacja. Pacjenci doceniają, gdy personel przedstawia się na początku wizyty, mówi, co będzie robił, uprzedza o dotyku i dźwiękach, jak również używa prostych słów i spokojnego tonu.

„Oni byli cierpliwi, nie spieszyli się i bardzo mi to pomogło. Mówili do mnie spokojnie i nie używali trudnych słów, co sprawiało, że czułam się bardziej pewnie. I też nikt się nie dziwił, nie oceniał. Gdy miałam trudności z siedzeniem nieruchomo, że czułam, że tak traktują mnie z szacunkiem. Ta wizyta była mniej stresująca przez to”. [IDI z osobą z niepełnosprawnością intelektualną powyżej 16 roku życia]

Takie podejście zmniejsza lęk, szczególnie u osób niewidomych, z niepełnosprawnością intelektualną oraz w spektrum autyzmu. Respondenci podkreślali, że brak tej komunikacji bywa bardziej stresujący niż sam zabieg.

Partnerskie traktowanie pacjenta

Kolejną dobrą praktyką jest traktowanie pacjenta po partnersku. Oznacza to respektowanie granic, cierpliwość oraz gotowość do dostosowania tempa wizyty. Respondenci podkreślali, że takie podejście buduje zaufanie i sprawia, że pacjenci chętniej wracają do tego samego gabinetu.

Elastyczność organizacyjna wizyty

Za bardzo dobrą praktykę uznawano elastyczne podejście do organizacji wizyty, w tym:

- możliwość robienia przerw,
- skracanie lub wydłużanie wizyty w zależności od potrzeb,
- umawianie wizyt w spokojniejszych godzinach,
- ograniczanie czasu oczekiwania w poczekalni.

„Do gabinetu tak można było łatwo wejść, bo były szerokie drzwi i był podjazd. No i też dojazd był prosty, bo jechałyśmy samochodem. Były tam miejsca parkingowe, natomiast poczekalnia była ciasna. I to już wywołuje u mnie stres.

Ale szybko mnie poproszono do środka”. [IDI z osoba z niepełnosprawnością intelektualną powyżej 16 roku życia]

Elastyczność ta ma szczególne znaczenie dla dzieci, osób z nadwrażliwością sensoryczną oraz osób z zaburzeniami lękowymi.

Możliwość obecności osoby wspierającej

Respondenci bardzo często wskazywali na obecność opiekuna lub osoby wspierającej jako kluczową dobrą praktykę, szczególnie w przypadku dzieci i osób wymagających wsparcia. Obecność osoby wspierającej zwiększa poczucie bezpieczeństwa i ułatwia współpracę podczas zabiegu. Respondenci negatywnie oceniali sytuacje, w których personel próbował ograniczać tę obecność bez uzasadnienia.

Stołość personelu i relacji

Za dobrą praktykę uznawano także stołość personelu i możliwość leczenia u tego samego lekarza. Znajomość pacjenta i jego potrzeb zmniejsza stres i pozwala lepiej planować leczenie.

„Taki stały dentysta to zna moje potrzeby i wie, że muszę mieć więcej przerw. A gdy zmienia się lekarz, to czuje duży niepokój. I tak trudniej mi jest się otworzyć. Wolę jak znam miejsce, jak znam ludzi”. [IDI z osobą z niepełnosprawnością intelektualną powyżej 16 roku życia]

Stołość relacji jest szczególnie ważna dla osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz dla dzieci.

Życzliwa atmosfera w gabinecie

Respondenci wielokrotnie podkreślali znaczenie atmosfery, nie tylko w samym gabinecie, ale już w recepcji i poczekalni. Uśmiech, spokojne powitanie i brak pośpiechu były wskazywane jako elementy, które realnie wpływają na komfort wizyty.

„Po prostu atmosfera i ludzie bardzo mili”. [IDI z osobą z niepełnosprawnością narządu wzroku do 16 roku życia]

Atmosfera ta bywa ważniejsza niż formalne udogodnienia techniczne. Dobrą praktyką jest również otwartość personelu na uczenie się i zadawanie pacjentowi

prosty pytań o potrzeby, zamiast zakładania ich z góry. Respondenci doceniali, gdy personel nie bał się przyznać do braku wiedzy, ale jednocześnie wykazywał chęć dostosowania się.

Praktyki identyfikowane przez organizacje pozarządowe

Przedstawiciele NGO wskazywali, że najlepsze gabinety to te, które:

- traktują dostępność jako element jakości usług,
- wdrażają proste procedury,
- szkolą cały personel, a nie tylko lekarzy.

„To jest dla mnie dobry gabinet, gdzie jest wytłumaczone co będzie robione. Ta komunikacja jest ważna”.

[IDI z przedstawicielami NGO]

Podsumowując można wskazać, że dobre praktyki w obsłudze osób ze szczególnymi potrzebami w gabinetach stomatologicznych koncentrują się wokół:

- dobrej komunikacji,
- empatii i partnerskiego podejścia,
- elastycznej organizacji wizyty,
- obecności opiekuna/osoby wspierającej,
- stałości relacji,
- życzliwej atmosfery,
- gotowości do uczenia się.

Analiza pokazuje, że wiele z tych praktyk nie wymaga dużych nakładów finansowych, lecz w dużej mierze zmiany podejścia do pacjentów i organizacji pracy. Potwierdzają to ustalenia panelu eksperckiego. Według jego uczestników dobre praktyki w obsłudze osób ze szczególnymi potrzebami nie ograniczają się tylko do rozwiązań technicznych. Mają przede wszystkim charakter organizacyjny i komunikacyjny. Eksperci wskazywali, że skuteczna dostępność zaczyna się na etapie pierwszego kontaktu z gabinetem, obejmując sposób rejestracji, udzielania informacji oraz przygotowania pacjenta do wizyty. Dobre praktyki polegają na zapewnieniu przewidywalności procesu leczenia, jasnym informowaniu o jego przebiegu oraz

elastycznym dostosowaniu organizacji wizyty do możliwości pacjenta (czas, przerwy, obecność opiekuna/osoby wspierającej).

Istotnym elementem dobrych praktyk jest także ograniczanie bodźców sensorycznych oraz spokojna organizacja przestrzeni i pracy zespołu. Eksperti podkreślali, że nawet przy ograniczonej dostępności architektonicznej czy braku odpowiedniego sprzętu i wyposażenia odpowiednie podejście personelu i organizacja wizyty mogą znacząco zwiększyć bezpieczeństwo i komfort pacjenta. Jednocześnie panel wskazał, że dobre praktyki mają dziś często charakter indywidualny i niesformalizowany, co ogranicza ich trwałość i skalowalność.

VIII. Przygotowanie, doświadczenia i potrzeby szkoleniowe personelu gabinetów stomatologicznych w zakresie obsługi pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami

Obsługa pacjentów i pacjentek z niepełnosprawnościami w gabinetach stomatologicznych w dużej mierze zależy nie tylko od warunków lokalowych czy wyposażenia, ale także od kompetencji, doświadczeń i postaw personelu. To właśnie personel jest pierwszym ogniwem kontaktu z pacjentem, a jego przygotowanie wpływa na poczucie bezpieczeństwa, zrozumienia i realnej dostępności usług. W praktyce nawet dobrze wyposażony gabinet może pozostać trudno dostępny, jeśli zespół nie posiada odpowiedniej wiedzy, umiejętności komunikacyjnych lub doświadczenia w pracy z osobami ze szczególnymi potrzebami.

Jednocześnie praca z pacjentami z różnymi rodzajami niepełnosprawności stawia przed personelem gabinetów stomatologicznych specyficzne wyzwania. Obejmują one m.in. radzenie sobie z sytuacjami stresowymi, dostosowanie sposobu komunikacji, współpracę z opiekunami/osobami wspierającymi oraz elastyczne reagowanie na indywidualne potrzeby pacjentów. W tym kontekście przygotowanie personelu i dostęp do adekwatnych form wsparcia szkoleniowego stają się kluczowym elementem budowania realnie dostępnej stomatologii.

Przygotowanie i doświadczenie personelu gabinetów stomatologicznych do obsługi pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami

Zapewnienie realnego dostępu do usług stomatologicznych dla osób z niepełnosprawnościami nie zależy wyłącznie od dostępności architektonicznej czy wyposażenia gabinetu, lecz w dużym stopniu od kompetencji, postaw i doświadczenia personelu, który ma bezpośredni kontakt z pacjentem. To właśnie pracownicy, zarówno personel medyczny, jak i niemedyczny, odpowiadają za sposób komunikacji, reagowanie na sytuacje trudne, organizację wizyty oraz poczucie bezpieczeństwa pacjentów i pacjentek z różnymi potrzebami zdrowotnymi, sensorycznymi, poznawczymi. Poziom przygotowania personelu wpływa więc nie tylko na jakość samego świadczenia, ale także na gotowość gabinetów do przyjmowania osób z niepełnosprawnościami oraz na ograniczanie sytuacji odmowy

lub pośredniego wykluczenia. W tym kontekście kluczowe staje się zrozumienie, na ile personel gabinetów stomatologicznych posiada odpowiednią wiedzę, doświadczenie i wsparcie organizacyjne, a także jakie luki kompetencyjne mogą stanowić barierę w zapewnianiu równego dostępu do opieki stomatologicznej.

Przygotowanie personelu do obsługi pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami według kadry zarządczej

W ocenie kadry zarządczej przygotowanie personelu do obsługi pacjentów i pacjentek z niepełnosprawnościami jest raczej wystarczające, ale nie w pełni kompletne. Zdecydowana większość respondentów ocenia je pozytywnie – ponad połowa uznaje, że personel jest „raczej dobrze” przygotowany, co oznacza posiadanie podstawowej wiedzy i doświadczenia, przy jednoczesnej potrzebie dalszych szkoleń lub wsparcia. Jedna trzecia kadry zarządczej gabinetów deklaruje bardzo dobre przygotowanie personelu, co sugeruje istnienie grupy placówek, w których kompetencje w tym zakresie są już ugruntowane i praktycznie wykorzystywane. Jednocześnie niewielki, lecz istotny odsetek wskazań na słabe lub bardzo słabe przygotowanie pokazuje, że w części gabinetów nadal występują wyraźne luki kompetencyjne, mogące wpływać na jakość obsługi lub gotowość do przyjmowania pacjentów z bardziej złożonymi potrzebami. Zauważalny udział odpowiedzi „trudno powiedzieć” może dodatkowo świadczyć o braku jednoznacznych standardów oceny kompetencji personelu lub ograniczonej wiedzy kadry zarządczej na temat faktycznego poziomu przygotowania zespołu.

Tabela 24. Ocena przygotowania personelu do obsługi pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami z perspektywy kadry zarządczej gabinetów stomatologicznych

Ocena przygotowania	%
Bardzo dobrze – personel jest dobrze przygotowany, posiada wiedzę i doświadczenie	34,8%
Raczej dobrze – personel potrzebuje dodatkowych szkoleń lub wsparcia	52,3%
Raczej słabo – większość personelu nie jest przygotowana do pracy z osobami z niepełnosprawnościami	5,9%
Bardzo słabo – personel nie ma wiedzy ani doświadczenia w obsłudze pacjentów/pacjentek ze szczególnymi potrzebami	0,3%

Ocena przygotowania	%
Nie wiem/trudno powiedzieć	6,7%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Istotne zróżnicowania w tym aspekcie widoczne są według wielkości miejscowości. We wszystkich typach gabinetów dominuje odpowiedź „raczej dobrze”. Oznacza to, że personel posiada podstawowe doświadczenia i wiedzę, lecz wymaga dodatkowych szkoleń lub wsparcia. Odsetek tej odpowiedzi rośnie wraz ze zmniejszaniem się wielkości miejscowości: od 36% w miastach wojewódzkich do 59,6% na wsi. Jednocześnie odpowiedź „bardzo dobrze” jest wyraźnie częstsza w miastach wojewódzkich (52%) niż w miastach powiatowych (32,2%), mniejszych miejscowościach (32,7%) i na wsi (29,8%). Wynika z tego, że w większych ośrodkach kadra zarządcza częściej postrzega przygotowanie personelu jako pełne i wystarczające. W mniejszych miejscowościach dominuje z kolei przekonanie o konieczności dalszego rozwoju kompetencji.

Zróżnicowanie widoczne jest także w zależności od liczby stanowisk w gabinecie. W placówkach z 1 stanowiskiem oraz z 2-3 stanowiskami najczęściej wskazywana jest odpowiedź „raczej dobrze” (odpowiednio 53,5% i 46,8%), natomiast odsetek ocen „bardzo dobrze” utrzymuje się na poziomie około jednej trzeciej (34,1-36,7%). W gabinetach z 4-5 stanowiskami proporcje są podobne, przy czym relatywnie rzadziej pojawiają się odpowiedzi skrajnie negatywne. W gabinetach z 6 lub więcej stanowiskami dominuje ocena „raczej dobrze” (62,5%), a jednocześnie nie występują już oceny „raczej słabo” ani „bardzo słabo”. Większe zespoły są więc postrzegane jako bardziej stabilne kompetencyjnie, choć nadal wymagające systematycznych szkoleń.

Analiza według wieku obsługiwanych pacjentów pokazuje dużą spójność ocen. Oznacza to, że sam profil wiekowy pacjentów nie jest kluczowym czynnikiem różnicującym postrzeganie przygotowania personelu. Wyraźnie odmienna sytuacja dotyczy jednak gabinetów świadczących usługi w znieczuleniu ogólnym osobom dorosłym. W tej grupie zdecydowanie dominuje ocena „raczej dobrze” (83,3%), a ocena „bardzo dobrze” pojawia się znacznie rzadziej (16,7%). Może to wskazywać, że kadra zarządcza dostrzega tu szczególnie wysokie wymagania kompetencyjne i potrzebę dalszego doskonalenia personelu.

Samoocena personelu w zakresie przygotowania do obsługi pacjentów i pacjentek z niepełnosprawnościami

Samoocena personelu potwierdza obraz wyłaniający się z perspektywy kadry zarządczej. Przygotowanie do obsługi pacjentów i pacjentek z niepełnosprawnościami jest najczęściej oceniane jako „raczej dobre”, ale wymagające dalszego wzmocnienia. We wszystkich trzech grupach dominuje przekonanie, że personel posiada podstawowe kompetencje, jednak potrzebuje dodatkowych szkoleń lub wsparcia, aby swobodnie radzić sobie z bardziej złożonymi potrzebami pacjentów. Odsetek ocen „bardzo dobrze” jest umiarkowany i stopniowo maleje od lekarzy/lekarek dentystów, przez personel medyczny – pomocniczy, po personel niemedyczny. Wskazuje to na nierównomierne rozłożenie kompetencji w zespołach gabinetów.

Jednocześnie negatywne samooceny („raczej słabo” i „bardzo słabo”) pozostają na niskim poziomie, co sugeruje, że brak przygotowania nie jest zjawiskiem powszechnym, lecz dotyczy raczej pojedynczych osób lub placówek. Na uwagę zasługuje jednak relatywnie wysoki odsetek odpowiedzi „nie wiem/trudno powiedzieć”, szczególnie wśród personelu niemedycznego. Może to świadczyć o niepewności co do własnych kompetencji, ograniczonym udziale tej grupy w bezpośredniej obsłudze pacjentów z niepełnosprawnościami albo braku jasnych standardów i kryteriów oceny przygotowania. W efekcie wyniki te wskazują, że kluczowym kierunkiem dalszych działań powinno być systematyczne i zróżnicowane szkolenie personelu, dostosowane do pełnionych ról, tak aby podnieść nie tylko faktyczny poziom kompetencji, lecz także poczucie pewności i gotowości w codziennej pracy z pacjentami ze szczególnymi potrzebami.

Tabela 25. Samoocena przygotowania personelu gabinetów stomatologicznych do obsługi pacjentów/ pacjentek z niepełnosprawnościami

Samoocena przygotowania	Lekarze/ lekarki	Personel medyczny – pomocniczy	Personel niemedyczny
Bardzo dobrze – personel jest dobrze przygotowany, posiada wiedzę i doświadczenie	29,2%	25,3%	24,7%
Raczej dobrze – personel potrzebuje	59,3%	59,6%	54,2%

Samoocena przygotowania	Lekarze/ lekarki	Personel medyczny – pomocniczy	Personel niemedyczny
dodatkowych szkoleń lub wsparcia			
Raczej słabo – większość personelu nie jest przygotowana do pracy z osobami z niepełnosprawnościami	5,6%	5,9%	4,8%
Bardzo słabo – personel nie ma wiedzy ani doświadczenia w obsłudze pacjentów/pacjentek ze szczególnymi potrzebami	2,0%	0,8%	2,8%
Nie wiem/trudno powiedzieć	3,9%	8,4%	13,5%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Wyrażną prawidłowością w kontekście samooceny jest jej zależność od skali i zaplecza organizacyjnego gabinetu. Wraz ze wzrostem liczby stanowisk rośnie odsetek ocen „bardzo dobrze”, szczególnie widoczny wśród personelu medycznego pomocniczego i lekarzy w największych placówkach (4-5 oraz 6 i więcej stanowisk). Sugeruje to, że większe zespoły częściej pracują z pacjentami z niepełnosprawnościami, mają bardziej ustrukturyzowane procedury i lepsze warunki do nabywania doświadczenia. W małych gabinetach oraz jednoosobowych praktykach dominuje natomiast kategoria „raczej dobrze”, co wskazuje na poczucie częściowej gotowości, ale bez pełnego zaplecza kompetencyjnego.

Różnice według wielkości miejscowości są mniej jednoznaczne, ale zauważalne. W miastach wojewódzkich i na wsi relatywnie częściej pojawiają się oceny „bardzo dobrze”, podczas gdy w miastach powiatowych i mniejszych miejscowościach przeważają odpowiedzi „raczej dobrze”. Może to odzwierciedlać dwa odmienne mechanizmy: w dużych miastach występuje większy dostęp do szkoleń i zróżnicowanych pacjentów, a na wsi mamy do czynienia z większą koniecznością samodzielnego radzenia sobie z różnymi potrzebami pacjentów. Jednocześnie w mniejszych ośrodkach częściej pojawia się niepewność co do poziomu przygotowania, szczególnie wśród personelu niemedycznego.

Analiza według wieku pacjentów nie ujawnia istotnych różnic w samoocenie przygotowania personelu. Niezależnie od tego, czy gabinet obsługuje dzieci,

młodzież czy osoby dorosłe, rozkład odpowiedzi pozostaje bardzo podobny. Oznacza to, że personel nie postrzega pracy z różnymi grupami wiekowymi pacjentów z niepełnosprawnościami jako istotnie różnicującej poziom własnych kompetencji.

Najsilniej wyróżniającym czynnikiem jest natomiast świadczenie usług w znieczuleniu ogólnym. W gabinetach, które oferują takie procedury „wszystkim pacjentom”, zdecydowanie rośnie udział ocen „bardzo dobrze” we wszystkich grupach personelu, a odpowiedzi negatywne praktycznie nie występują. Potwierdza to, że placówki realizujące bardziej złożone i wymagające procedury medyczne dysponują zespołami o wyższym poziomie kompetencji i większym doświadczeniu w pracy z pacjentami o szczególnych potrzebach.

Na tle lekarzy i personelu medycznego pomocniczego personel niemedyczny charakteryzuje się podobną strukturą ocen, ale częściej wybiera odpowiedź „nie wiem/trudno powiedzieć”. Może to wskazywać na mniej jednoznaczne poczucie kompetencji w tej grupie oraz na brak jasno zdefiniowanych standardów i szkoleń dotyczących obsługi pacjentów z niepełnosprawnościami na poziomie administracyjnym i recepcyjnym.

Doświadczenia personelu w obsłudze pacjentów i pacjentek z niepełnosprawnościami

Doświadczenia personelu w bezpośredniej obsłudze pacjentów i pacjentek z niepełnosprawnościami mają charakter raczej sporadyczny niż regularny, niezależnie od pełnionej roli zawodowej. We wszystkich trzech grupach dominuje odpowiedź „rzadko”. Kontakt z pacjentami z niepełnosprawnościami nie jest zatem elementem codziennej praktyki większości gabinetów. Jednocześnie tylko niewielki odsetek respondentów deklaruje częsty kontakt. Systematyczne doświadczenie w tym zakresie dotyczy więc stosunkowo wąskiej grupy placówek lub osób.

Warto zwrócić uwagę, że **najwyższy poziom częstych kontaktów deklaruje personel niemedyczny.** Może to wynikać z jego roli w pierwszym etapie obsługi pacjenta (rejestracja, kontakt telefoniczny, organizacja wizyty). Z kolei personel medyczny pomocniczy relatywnie częściej niż inne grupy wskazuje, że nigdy nie miał do czynienia z pacjentami z niepełnosprawnościami lub ma trudność z jednoznaczną oceną częstotliwości takich kontaktów. Może to świadczyć o ograniczonym udziale

tej grupy w bezpośredniej obsłudze takich pacjentów albo o niejasnym rozpoznawaniu ich szczególnych potrzeb w codziennej pracy.

Tabela 26. Częstotliwość doświadczeń personelu gabinetów w zakresie obsługi pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami

Częstotliwość doświadczeń	Lekarze/lekarki	Personel medyczny - pomocniczy	Personel niemedyczny
Tak, często	11,5%	9,8%	12,4%
Tak, czasami	37,1%	31,2%	28,1%
Rzadko	45,5%	43,6%	48,9%
Nigdy	3,9%	8,4%	6,7%
Trudno powiedzieć	2,0%	7,0%	3,9%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Wyraźną zidentyfikowaną w tym obszarze prawidłowością jest zależność częstotliwości doświadczeń od skali i zaplecza organizacyjnego gabinetu. Zarówno wśród lekarzy, jak i personelu pomocniczego oraz niemedycznego, częstsze kontakty z pacjentami z niepełnosprawnościami występują w gabinetach z większą liczbą stanowisk oraz – w mniejszym stopniu – w miastach powiatowych i wojewódzkich. W najmniejszych gabinetach, zwłaszcza jednostanowiskowych, częściej pojawiają się odpowiedzi „rzadko” lub „nigdy”. Wskazuje to, że większe podmioty, obsługujące większą liczbę pacjentów, mają większe prawdopodobieństwo styczności z osobami o szczególnych potrzebach.

Analizy według wieku pacjentów pokazują, że częstotliwość kontaktu jest zbliżona niezależnie od grupy wiekowej, zarówno w przypadku dzieci, młodzieży, jak i osób dorosłych. Oznacza to, że ograniczona częstotliwość doświadczeń nie dotyczy jednej, konkretnej grupy pacjentów, lecz ma charakter ogólny. Jednocześnie gabinety deklarujące świadczenie usług w znieczuleniu ogólnym wyraźnie częściej wskazują odpowiedzi „często” lub „czasami”, co sugeruje, że specjalistyczna oferta sprzyja częstszemu kontaktowi z pacjentami z bardziej złożonymi potrzebami zdrowotnymi i funkcjonalnymi.

Istotna zależność pojawia się również w kontekście oceny przygotowania personelu. W każdej z grup zawodowych doświadczenia w pracy z pacjentami z niepełnosprawnościami częściej deklarują osoby oceniające swoje przygotowanie

jako „bardzo dobre” lub „raczej dobre”. Z kolei tam, gdzie przygotowanie oceniane jest jako słabe, dominuje odpowiedź „rzadko”, a sporadycznie pojawia się także „nigdy”. Wskazuje to na sprzężenie zwrotne: ograniczony kontakt może utrwalać niską pewność kompetencyjną, a brak kompetencji może zniechęcać do podejmowania pracy z pacjentami o szczególnych potrzebach.

Zestawienie tych wyników z wcześniejszą oceną przygotowania personelu pokazuje istotną zależność: ograniczona częstotliwość kontaktów przekłada się na mniejsze doświadczenie praktyczne, a tym samym na poczucie potrzeby dodatkowych szkoleń i wsparcia. Rzadkie kontakty utrudniają bowiem utrwalanie kompetencji i budowanie pewności w pracy z pacjentami z niepełnosprawnościami. W konsekwencji rozwój dostępności usług stomatologicznych powinien obejmować nie tylko inwestycje w zakresie dostępności architektonicznej czy wyposażenia w odpowiedni sprzęt. Powinien także obejmować działania wzmacniające praktyczne doświadczenie personelu, np. poprzez szkolenia oparte na realnych scenariuszach, mentoring lub współpracę z placówkami częściej obsługującymi pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

Zakres doświadczeń personelu gabinetów stomatologicznych w zakresie obsługi pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami

Doświadczenia personelu medycznego w pracy z pacjentami i pacjentkami z niepełnosprawnościami mają wyraźnie zróżnicowany charakter i koncentrują się przede wszystkim na tych obszarach, które najczęściej pojawiają się w codziennej praktyce gabinetów stomatologicznych. Zarówno lekarze dentyści, jak i personel medyczny pomocniczy najczęściej wskazują doświadczenie w obsłudze osób z niepełnosprawnością fizyczną i ruchową. Jest to najbardziej rozpowszechniony typ kontaktu, co koresponduje z dominującym profilem dostosowań architektonicznych oraz sprzętowych deklarowanych przez gabinety.

Relatywnie wysoki odsetek personelu deklaruje także doświadczenie w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną oraz z osobami w spektrum autyzmu. Jednocześnie doświadczenia te są częściej deklarowane przez lekarzy/lekarki (61%) niż przez personel pomocniczy (53,7%). Może to wynikać z ich bezpośredniej odpowiedzialności za przebieg leczenia oraz podejmowanie decyzji klinicznych. W przypadku obsługi osób z chorobami psychicznymi oraz w zakresie ogólnej

komunikacji z osobami z różnymi rodzajami niepełnosprawności poziom doświadczeń jest umiarkowany i zbliżony w obu grupach zawodowych.

Znacznie rzadziej personel deklaruje doświadczenie w obsłudze sprzętu wspomagającego oraz w tworzeniu materiałów w prostym języku (4,5-7,6%). Są to obszary o najniższym poziomie praktycznych kompetencji, co wskazuje na istotną lukę pomiędzy deklarowaną gotowością do obsługi pacjentów z niepełnosprawnościami a faktycznymi umiejętnościami technicznymi i komunikacyjnymi. Dostępność w gabinetach jest zatem w większym stopniu oparta na indywidualnych doświadczeniach personelu niż na systemowych rozwiązaniach wspierających.

Istotnym wnioskiem jest również to, że doświadczenie w radzeniu sobie w sytuacjach stresowych deklaruje mniej niż 40% personelu obu grup. W kontekście obsługi pacjentów z niepełnosprawnościami – zwłaszcza intelektualnymi, psychicznymi czy ze spektrum autyzmu – wskazuje to na potencjalne ryzyko przeciążenia personelu w sytuacjach wymagających większej elastyczności, czasu i wsparcia. Jednocześnie niemal całkowity brak odpowiedzi „nie mam takiego doświadczenia” sugeruje, że personel ma przynajmniej incydentalny kontakt z pacjentami z niepełnosprawnościami. Zakres i głębokość tych doświadczeń pozostają jednak ograniczone. Wymagają także dalszego wzmacniania poprzez ukierunkowane szkolenia oraz praktyczne narzędzia wsparcia.

Tabela 27. Zakres doświadczeń personelu medycznego gabinetów w zakresie obsługi pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami

Zakres doświadczeń	Lekarze/lekarki	Personel medyczny - pomocniczy
Obsługa osób z niepełnosprawnością fizyczną i ruchową (np. wózek, kule, ograniczona mobilność)	77,0%	66,9%
Obsługa osób z chorobami psychicznymi (np. zaburzenia afektywne, schizofrenia, zaburzenia lękowe)	41,9%	43,8%
Obsługa osób z niepełnosprawnością intelektualną	61,0%	53,7%

Zakres doświadczeń	Lekarze/lekarki	Personel medyczny - pomocniczy
Obsługa osoby w spektrum autyzmu	50,0%	47,2%
Komunikacja z osobami z różnymi rodzajami niepełnosprawności	41,3%	41,6%
Tworzenie materiałów w prostym języku, łatwym do czytania i rozumienia	7,6%	4,5%
Obsługa sprzętu wspomagającego (np. fotel dentystyczny z regulowaną wysokością, podnośnik pacjenta, deska transferowa, pętla indukcyjna, system FM, rampa najazdowa, winda platformowa)	16,0%	17,4%
Umiejętność radzenia sobie w sytuacjach stresowych	37,9%	37,6%
Nie mam takiego doświadczenia	1,1%	0,0%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Zakres czynności wykonywanych przez personel medyczny - pomocniczy podczas wizyt pacjentów i pacjentek z niepełnosprawnościami pokazuje, że to właśnie ta grupa pracowników w największym stopniu realizuje praktyczną dostępność gabinetu w codziennym kontakcie z pacjentem. Dominują działania bezpośrednio związane z mobilnością i bezpieczeństwem pacjenta. Zdecydowana większość personelu pomaga w wejściu do gabinetu, przesiadaniu się na fotel oraz zajęciu wygodnej pozycji. Wysoki odsetek wskazań dotyczących przygotowania stanowiska pracy oraz asysty przy zabiegu potwierdza, że personel pomocniczy pełni kluczową rolę w dostosowaniu wizyty do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Istotnym elementem pracy personelu pomocniczego jest również wsparcie emocjonalne i komunikacyjne. Ponad dwie trzecie respondentów deklaruje utrzymywanie kontaktu z pacjentem poprzez rozmowę, uspokajanie i bieżące reagowanie na jego potrzeby. W kontekście pacjentów z niepełnosprawnościami, zwłaszcza intelektualnymi, psychicznymi czy w spektrum autyzmu, wskazuje to na dużą odpowiedzialność tej grupy za przebieg wizyty i komfort pacjenta. Jednocześnie czynności te często wykraczają poza standardowy zakres technicznej asysty

i wymagają kompetencji miękkich, które nie zawsze są formalnie wzmacniane szkoleniami.

Relatywnie wysoki odsetek personelu deklaruje umiejętność obsługi i regulacji sprzętu stomatologicznego (54,8%) oraz pomoc przy korzystaniu ze sprzętu wspomagającego (56,5%). Pokazuje to, że dostępność techniczna w praktyce jest w dużej mierze „przenoszona” na personel pomocniczy. Jednocześnie fakt, że nie są to wskazania powszechne, może sugerować ograniczoną dostępność takiego sprzętu w części gabinetów albo brak pełnego przygotowania personelu do jego obsługi.

Wyraźnie rzadziej wskazywanym obszarem jest komunikacja z osobą wspierającą/opiekunem pacjenta lub pośredniczenie w przekazywaniu informacji (38,2%). Rola ta jest w wielu gabinetach przypisywana innym pracownikom lub realizowana w sposób nieformalny. W szerszym ujęciu dane te pokazują, że personel medyczny pomocniczy jest filarem praktycznej dostępności gabinetów stomatologicznych. Zakres wykonywanych czynności często jednak opiera się na doświadczeniu i improwizacji, a nie na systemowych rozwiązaniach organizacyjnych i jasno zdefiniowanych standardach pracy.

Tabela 28. Zakres czynności wykonywanych przez personel medyczny – pomocniczy podczas wizyt pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami

Zakres czynności	%
Pomagam pacjentowi/pacjentce wejść do gabinetu lub przesiąść się na fotel	88,0%
Pomagam pacjentowi/pacjentce zająć wygodną pozycję na fotelu	76,7%
Przygotowuję stanowisko pracy dostosowane do potrzeb pacjenta/pacjentki	75,1%
Pomagam w utrzymaniu higieny i porządku po wizycie	73,4%
Utrzymuję kontakt z pacjentem/pacjentką (rozmowa, wsparcie, uspokojenie)	70,1%
Asystuję lekarzowi podczas zabiegu	65,4%
Pomagam w obsłudze sprzętu wspomagającego (np. podnośnik, fotel regulowany)	56,5%
Obsługuję lub reguluję sprzęt stomatologiczny podczas wizyty	54,8%

Zakres czynności	%
Udzielam informacji opiekunowi osoby z niepełnosprawnościami lub pomagam w komunikacji	38,2%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Zakres obowiązków personelu niemedycznego pokazuje, że to właśnie ta grupa pracowników tworzy pierwszy i najczęściej najważniejszy punkt kontaktu pacjenta z gabinetem. Zdecydowana większość zadań koncentruje się na organizacji dostępu do świadczeń. Niemal wszyscy pracownicy zajmują się rejestracją pacjentów, ustalaniem terminów wizyt oraz prowadzeniem kalendarza gabinetu. Oznacza to, że personel niemedyczny ma realny wpływ na to, czy pacjent – w tym pacjent z niepełnosprawnością – w ogóle będzie w stanie skorzystać z usługi i w jaki sposób zostanie do niej przygotowany.

Bardzo istotna jest również rola informacyjna. Duża część personelu udziela informacji o godzinach przyjęć, zakresie usług, dokumentach i płatnościach, a także przyjmuje pacjentów w recepcji i kieruje ich do odpowiednich gabinetów.

W kontekście dostępności oznacza to, że jasność przekazu, sposób komunikacji i umiejętność reagowania na szczególne potrzeby pacjenta już na tym etapie mogą decydować o komforcie wizyty lub jej przerwaniu.

Relatywnie wysoki odsetek wskazań dotyczy pomocy w wypełnianiu dokumentów oraz prowadzenia dokumentacji medycznej i administracyjnej. Są to czynności szczególnie ważne dla pacjentów z niepełnosprawnościami poznawczymi, intelektualnymi lub zaburzeniami sensorycznymi, dla których formalności mogą stanowić istotną barierę. Jednocześnie tylko około połowa personelu deklaruje bezpośrednią pomoc pacjentom z niepełnosprawnościami, taką jak pomoc przy wejściu, otwieranie drzwi czy kontakt z personelem medycznym. Może to oznaczać, że zakres tej pomocy nie jest jasno określony jako standard, lecz zależy od indywidualnych decyzji i możliwości pracownika.

Najrzadziej wskazywane są zadania związane z przygotowywaniem materiałów informacyjnych lub ich przekazywaniem pacjentom. W połączeniu z wcześniejszymi wynikami dotyczącymi niskiej dostępności materiałów w prostym języku sugeruje to, że obszar komunikacji pisemnej i informacyjnej jest w gabinetach słabiej rozwinięty

i nie jest traktowany jako kluczowy element obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

Całościowo dane potwierdzają, że personel niemedyczny pełni kluczową, choć często niedocenianą rolę w budowaniu dostępności usług stomatologicznych, szczególnie na etapie rejestracji, informacji i pierwszego kontaktu z pacjentem.

Tabela 29. Zakres obowiązków wykonywanych przez personel niemedyczny

Zakres obowiązków	%
Rejestracja pacjentów/pacjentek (osobiście, telefonicznie lub przez internet)	93,8%
Ustalanie terminów wizyt i prowadzenie kalendarza gabinetu	92,4%
Udzielanie informacji o godzinach przyjęć, usługach, dokumentach, płatnościach	82,0%
Prowadzenie dokumentacji medycznej lub administracyjnej	69,9%
Przyjmowanie pacjentów/pacjentek w recepcji i kierowanie ich do odpowiedniego gabinetu	69,1%
Pomoc pacjentom/pacjentkom w wypełnianiu dokumentów lub ankiet	68,8%
Obsługa systemu komputerowego gabinetu (rejestracja, rozliczenia, faktury)	56,7%
Pomoc w utrzymaniu porządku w części recepcyjnej i poczekalni	52,8%
Wsparcie personelu medycznego w organizacji pracy gabinetu	43,3%
Pomoc pacjentom/pacjentkom z niepełnosprawnościami (np. otwieranie drzwi, pomoc przy wejściu, kontakt z personelem)	49,2%
Kontakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) lub ubezpieczycielem	40,4%
Przygotowywanie materiałów informacyjnych lub przekazywanie informacji pacjentom/pacjentkom	30,6%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Trudności doświadczane przez personel gabinetów w pracy z pacjentami/pacjentkami z niepełnosprawnościami

Dane pokazują, że najczęściej doświadczaną trudnością w pracy z pacjentami/pacjentkami z niepełnosprawnościami są bariery komunikacyjne.

Wskazuje je niemal połowa lekarzy dentystów (45,1%) oraz personelu medycznego pomocniczego (48,8%). Oznacza to, że problemy z porozumiewaniem się, np. wynikające z ograniczeń mowy, słuchu lub rozumienia, stanowią kluczowe

wyzwanie w codziennej praktyce klinicznej i mają bezpośredni wpływ na przebieg wizyty, poczucie bezpieczeństwa pacjenta oraz komfort pracy personelu.

Drugą istotną grupę trudności stanowią czynniki emocjonalne i organizacyjne. Około jedna czwarta respondentów obu grup deklaruje stres związany z obsługą pacjentów z niepełnosprawnościami, a także obawy przed nieodpowiednim zachowaniem wobec pacjenta lub pacjentki. Równocześnie część personelu wskazuje na brak wystarczającej ilości czasu podczas wizyty, co sugeruje, że standardowy model organizacji pracy gabinetu nie zawsze jest dostosowany do potrzeb tej grupy pacjentów i może potęgować napięcie zarówno po stronie personelu, jak i pacjentów.

Problemy w zakresie dostępności architektonicznej i sprzętowe są zgłaszane rzadziej, lecz nadal pozostają zauważalne. Ograniczoną przestrzeń w gabinecie wskazuje 14,9% lekarzy i 11,6% personelu pomocniczego, a brak odpowiedniego sprzętu medycznego lub komunikacyjnego – od kilku do kilkunastu procent badanych. Choć odsetki te są niższe niż w przypadku barier komunikacyjnych czy stresu, pokazują one, że środowisko pracy nie zawsze sprzyja bezpiecznej i komfortowej obsłudze pacjentów z ograniczoną mobilnością lub szczególnymi potrzebami.

Warto zwrócić uwagę na wyraźną różnicę między grupami w odpowiedzi „brak trudności”. Prawie jedna czwarta lekarzy/lekarek deklaruje, że nie doświadcza żadnych trudności, podczas gdy wśród personelu pomocniczego taka odpowiedź nie występuje wcale. Może to wskazywać na odmienne role w procesie obsługi pacjenta. Personel pomocniczy częściej ma bezpośredni, fizyczny i długotrwały kontakt z pacjentem, co sprawia, że trudności są przez niego silniej odczuwane i częściej identyfikowane.

Całościowo wyniki podkreślają, że kluczowym obszarem wymagającym wsparcia są kompetencje komunikacyjne, organizacja czasu pracy oraz wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa i pewności personelu, a nie wyłącznie doposażenie gabinetów.

Tabela 30. Trudności doświadczane przez lekarzy/lekarki i personel medyczny – pomocniczy w trakcie pracy z pacjentami/pacjentkami z niepełnosprawnościami

Doświadczane trudności	Lekarze/lekarki	Personel medyczny - pomocniczy
------------------------	-----------------	--------------------------------

Doświadczane trudności	Lekarze/lekarki	Personel medyczny - pomocniczy
Trudności w komunikacji (np. pacjent/pacjentka nie mówi, nie słyszy lub ma problemy z rozumieniem)	45,1%	48,8%
Poczucie braku wiedzy jak pracować z osobami z niepełnosprawnościami	11,0%	10,0%
Brak odpowiedniego sprzętu medycznego (np. fotela z regulacją, podnośnika, windy)	5,1%	4,7%
Brak odpowiedniego sprzętu do komunikacji z pacjentem/pacjentką	7,8%	5,0%
Ograniczona przestrzeń w gabinecie (np. trudno manewrować wózkiem)	14,9%	11,6%
Brak wystarczającej ilości czasu podczas wizyty (np. konieczność wydłużenia procedur)	17,3%	13,3%
Obawy przed nieodpowiednim zachowaniem wobec pacjenta/pacjentki	16,1%	19,3%
Stres związany z obsługą pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami	26,3%	25,2%
Brak personelu do pomocy przy przenoszeniu lub asekuracji pacjenta/pacjentki	6,9%	4,7%
Brak trudności	24,8%	0,0%
Nie pamiętam	0,6%	0,0%
Trudności z komunikacją z opiekunem osoby z niepełnosprawnością	0,6%	0,0%
Zbyt krótki czas wizyty	0,3%	0,0%
Brak możliwości leczenia w znieczuleniu ogólnym	0,3%	0,0%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Wyniki pokazują, że personel niemedyczny najczęściej mierzy się z trudnościami komunikacyjnymi w kontakcie z pacjentami z niepełnosprawnościami. Ponad połowa respondentów (50,3%) wskazuje na problemy w porozumiewaniu się, wynikające m.in. z barier słuchu, mowy lub trudności poznawczych pacjentów. Jest to zdecydowanie najczęściej identyfikowane wyzwanie i potwierdza kluczową rolę recepcji oraz pierwszego kontaktu w zapewnianiu dostępności usług stomatologicznych.

Istotną grupę problemów stanowią także czynniki organizacyjne i kompetencyjne. Blisko jedna piąta personelu niemedycznego deklaruje brak czasu na spokojną rozmowę lub udzielenie wsparcia (19,2%) oraz brak wiedzy, jak reagować w sytuacjach stresu lub dezorientacji pacjenta (17,6%). Podobny odsetek respondentów wskazuje obawy przed popełnieniem błędu lub urażeniem pacjenta (17,9%) oraz brak informacji o szczególnych potrzebach pacjenta przed wizytą (16,7%). Wyniki te sugerują, że trudności nie wynikają wyłącznie z postaw personelu, lecz w dużej mierze z braku systemowych rozwiązań wspierających przygotowanie do kontaktu z pacjentem.

Bariery związane z brakiem narzędzi i procedur również są wyraźnie widoczne. Co dziesiąty respondent wskazuje brak materiałów w prostym języku oraz brak jasnych procedur postępowania z pacjentami z niepełnosprawnościami (po 11,3%). Rzadziej, lecz nadal zauważalnie, pojawiają się problemy infrastrukturalne i mobilnościowe, takie jak utrudnienia architektoniczne (6,3%) czy trudności w udzielaniu pomocy osobom poruszającym się na wózku lub o kulach (4,7%). Brak tłumacza języka migowego lub wsparcia komunikacyjnego wskazuje 7,2% personelu.

Warto podkreślić, że 17,6% personelu niemedycznego deklaruje brak trudności, co pokazuje zróżnicowanie doświadczeń w zależności od specyfiki gabinetu i częstotliwości kontaktu z pacjentami z niepełnosprawnościami. Jednocześnie całłościowy obraz wyników wskazuje, że kluczowe wyzwania dotyczą przede wszystkim komunikacji, organizacji pracy i dostępu do jasnych procedur oraz materiałów wspierających. To właśnie te obszary wydają się najbardziej istotne z punktu widzenia dalszego wzmocnienia kompetencji personelu niemedycznego i poprawy dostępności usług stomatologicznych.

Tabela 31. Trudności doświadczane przez personel niemedyczny podczas kontaktu z pacjentami/pacjentkami z niepełnosprawnościami

Doświadczane trudności	Personel niemedyczny
Trudności w porozumiewaniu się z pacjentem/pacjentką (np. nie słyszy, nie mówi, ma trudności poznawcze)	50,3%
Zbyt mało czasu na spokojną rozmowę lub udzielenie pomocy	19,2%
Obawa przed popełnieniem błędu lub urażeniem pacjenta	17,9%
Brak wiedzy, jak reagować w sytuacjach stresu lub dezorientacji pacjenta/pacjentki	17,6%
Brak informacji o potrzebach pacjenta przed wizytą	16,7%
Stres lub niepewność, jak prawidłowo się zachować	12,3%
Brak materiałów w prostym języku lub w formie łatwej do czytania	11,3%
Brak jasnych procedur postępowania z pacjentami/pacjentkami z niepełnosprawnościami	11,3%
Brak tłumacza języka migowego lub osoby wspierającej komunikację	7,2%
Utrudnienia architektoniczne (np. wąskie przejścia, brak windy, brak rampy)	6,3%
Trudności w udzielaniu pomocy pacjentom/pacjentkom poruszającym się na wózku lub o kulach	4,7%
Brak wsparcia ze strony innych pracowników	1,6%
Nie doświadczyłem/doświadczyłam takich trudności	17,6%
Trudności z komunikacją z opiekunem osoby z niepełnosprawnością	0,3%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Analizy przeprowadzone w obszarze przygotowania i doświadczenia personelu gabinetów stomatologicznych do obsługi pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami wskazują, że kadra dysponuje podstawowym doświadczeniem i kompetencjami. Pozwala to na realizację świadczeń dla pacjentów z niepełnosprawnościami, jednak brakuje im charakteru systemowego i pogłębionego. Kluczowym wnioskiem jaki wyłania się z tej części analizy jest potrzeba regularnych szkoleń, jasnych procedur, wsparcia organizacyjnego oraz lepszej koordynacji pracy zespołów, szczególnie w mniejszych gabinetach i w odniesieniu do personelu niemedycznego. Wzmocnienie tych obszarów stanowi warunek realnej poprawy dostępności i jakości opieki stomatologicznej dla osób z niepełnosprawnościami.

Potrzeby w zakresie szkoleń

Zapewnienie dostępnych i wysokiej jakości usług stomatologicznych dla pacjentów i pacjentek z niepełnosprawnościami wymaga nie tylko odpowiednich rozwiązań w zakresie dostępności architektonicznej, zakupu sprzętu i wyposażenie oraz organizacyjnych. Konieczny jest także systematyczny rozwój kompetencji personelu. Dotychczasowe analizy pokazują, że doświadczenie w pracy z tą grupą pacjentów ma często charakter okazjonalny, a poziom przygotowania personelu jest oceniany jako wystarczający, ale niepełny. W tym kontekście kluczowe znaczenie zyskuje identyfikacja potrzeb szkoleniowych, zarówno w zakresie wiedzy medycznej i procedur, jak i umiejętności komunikacyjnych, organizacyjnych oraz radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Poglądy kadry zarządczej na temat potrzeb szkoleniowych zespołów stomatologicznych wskazują na zróżnicowany i selektywny charakter zapotrzebowania na rozwój kompetencji, przy jednoczesnym istnieniu wyraźnej grupy podmiotów, które nie widzą potrzeby podejmowania szkoleń w obszarze dostępności. Najczęściej wskazywanym obszarem wymagającym wsparcia jest komunikacja z pacjentami i pacjentkami z różnymi rodzajami niepełnosprawności (25%), w tym z osobami niesłyszącymi, g/Głuchymi oraz niewidomymi. Wysokie odsetki wskazań dotyczą również postępowania w sytuacjach stresowych i zarządzania kryzysem (22,2%) oraz obsługi pacjentów w spektrum autyzmu (21,9%), co potwierdza, że największe trudności są dostrzegane w obszarach

wymagających elastycznych kompetencji miękkich i reagowania na niestandardowe sytuacje kliniczne.

Relatywnie często wskazywano także potrzebę szkoleń dotyczących obsługi pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną (16%), chorobami psychicznymi (16,3%) oraz aspektów prawnych dostępności i obowiązków świadczeniodawcy (16,3%). Wyniki te sugerują, że kadra zarządcza dostrzega luki nie tylko w wiedzy praktycznej, lecz także w znajomości ram prawnych i odpowiedzialności instytucjonalnej związanej z udzielaniem świadczeń osobom z niepełnosprawnościami. Mniej wskazań dotyczyło szkoleń stricte technicznych, takich jak obsługa sprzętu wspierającego (7,9%) czy tworzenie materiałów w prostym języku/ETR (6,5%), co może oznaczać, że te potrzeby są postrzegane jako drugorzędne lub przenoszone na inne role w organizacji.

Jednocześnie istotnym sygnałem płynącym z danych jest fakt, że aż 43,8% kadry zarządczej deklaruje brak zainteresowania szkoleniami z zakresu dostępności, a kolejne 8,1% nie ma w tej kwestii sprecyzowanej opinii. Wskazuje to na istnienie wyraźnej bariery mentalnej lub organizacyjnej, która może ograniczać skalę wdrażania działań rozwojowych.

Tabela 32. Szkolenia najbardziej potrzebne zespołom zatrudnionym w gabinetach stomatologicznych uczestniczących w badaniu według kadry zarządczej

Zakresy szkoleń	%
Komunikacja z pacjentami/pacjentkami z różnymi rodzajami niepełnosprawności (m.in. niesłyszącymi/głuchymi, niewidomymi)	25,0%
Postępowanie w sytuacjach stresowych i zarządzanie kryzysem (w kontekście pacjentów/pacjentek ze szczególnymi potrzebami)	22,2%
Obsługa pacjenta/pacjentki w spektrum autyzmu	21,9%
Obsługa pacjentów/pacjentek z chorobami psychicznymi (np. zaburzenia afektywne, schizofrenia, zaburzenia lękowe)	16,3%

Zakresy szkoleń	%
Aspekty prawne dostępności i obowiązki świadczeniodawcy w zakresie osób z niepełnosprawnościami	16,3%
Obsługa pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnością intelektualną	16,0%
Obsługa pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnością fizyczną i ruchową (np. wózek, kule, ograniczona mobilność)	12,9%
Savoir-vivre wobec osób z niepełnosprawnościami	12,1%
Obsługa sprzętu wspierającego (fotel regulowany, podnośnik, systemy wspomagające)	7,9%
Tworzenie materiałów w prostym języku/ETR	6,5%
Dostępna usługa stomatologiczna	3,9%
Nie interesują mnie szkolenia z zakresu dostępności	43,8%
Nie wiem/trudno powiedzieć	8,1%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Analiza potrzeb szkoleniowych kadry zarządczej pokazuje, że **potrzeby szkoleniowe są silnie zróżnicowane ze względu na skalę działalności gabinetu.**

W większych placówkach (4-5 oraz 6 i więcej stanowisk) częściej wskazywane są niemal wszystkie typy szkoleń, w tym obsługa pacjentów z niepełnosprawnością ruchową, chorobami psychicznymi, komunikacja alternatywna czy zarządzanie kryzysem. Jednocześnie to właśnie w najmniejszych gabinetach (1 stanowisko) oraz w mniejszych miejscowościach najczęściej pojawia się deklaracja, że szkolenia z zakresu dostępności nie są potrzebne. Wskazuje to na zależność między stopniem formalizacji organizacji a gotowością do inwestowania w rozwój kompetencji zespołu.

Ocena potrzeb szkoleniowych pozostaje także w ścisłym związku z poziomem przygotowania personelu. Gabinety, w których kadra zarządcza ocenia przygotowanie personelu jako „raczej słabe”, znacznie częściej wskazują potrzebę szkoleń z zakresu komunikacji, obsługi pacjentów z niepełnosprawnością ruchową, intelektualną oraz zarządzania sytuacjami trudnymi. Z kolei tam, gdzie personel oceniany jest jako „bardzo dobrze przygotowany”, dominuje przekonanie o braku potrzeby dalszych szkoleń. Może to oznaczać, że personel ocenia swoje kompetencje coraz wyżej, niezależnie od obiektywnych wyzwań występujących w pracy z pacjentami z niepełnosprawnościami.

Świadczenie usług w znieczuleniu ogólnym wyraźnie zmienia profil

deklarowanych potrzeb. W tej grupie znacznie częściej wskazywane są szkolenia dotyczące dostępnej usługi stomatologicznej, obsługi sprzętu wspierającego, materiałów w prostym języku oraz aspektów prawnych dostępności. Sugeruje to, że gabinety oferujące bardziej zaawansowane procedury medyczne częściej postrzegają dostępność jako element systemowy, obejmujący organizację pracy, komunikację i zgodność z regulacjami, a nie wyłącznie indywidualne kompetencje personelu.

Z przeprowadzonych wywiadów wyłania się także spójny, ale wyraźnie zróżnicowany obraz potrzeb szkoleniowych w zależności od roli pełnionej w gabinecie. Niezależnie od stanowiska, na pierwszym planie pojawiają się kompetencje związane z bezpośrednim kontaktem z pacjentem. Chodzi zwłaszcza o komunikację, radzenie sobie w sytuacjach stresowych oraz obsługę pacjentów z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Jednocześnie zakres i intensywność deklarowanych potrzeb różnią się w zależności od odpowiedzialności zawodowej i charakteru wykonywanych zadań.

W przypadku lekarzy/lekarek oraz personelu medycznego pomocniczego najwyżej wskazywane są szkolenia z zakresu komunikacji z pacjentami z niepełnosprawnościami, obsługi pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną i w spektrum autyzmu, a także postępowania w sytuacjach stresowych i kryzysowych. Odzwierciedla to codzienne wyzwania kliniczne, w których kluczowe znaczenie ma nie tylko wiedza medyczna, ale również umiejętność dostosowania sposobu pracy do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz jego reakcji emocjonalnych i poznawczych.

Personel niemedyczny w dużym stopniu artykułuje podobne potrzeby jak personel medyczny. Stawia się jednak silniejszy akcent na komunikację, radzenie sobie ze stresem oraz obsługę pacjentów z chorobami psychicznymi i niepełnosprawnością intelektualną. Wynika to z ich roli pierwszego kontaktu z pacjentem i opiekunem, a także z konieczności reagowania na trudne sytuacje organizacyjne i emocjonalne, często bez bezpośredniego wsparcia klinicznego.

Z kolei kadra zarządcza częściej niż pozostałe grupy wskazuje potrzebę szkoleń z zakresu aspektów prawnych dostępności i obowiązków świadczeniodawcy.

Wskazuje się także – choć w niższym zakresie – na działania związane z poprawą dostępności architektonicznej, cyfrowej i informacyjno-komunikacyjnej. Pokazuje to bardziej systemowe i regulacyjne spojrzenie na dostępność, charakterystyczne dla osób odpowiedzialnych za organizację pracy gabinetu i zgodność z przepisami.

Jednocześnie we wszystkich grupach personelu utrzymuje się wysoki odsetek osób deklarujących brak zainteresowania szkoleniami z zakresu dostępności, szczególnie wśród kadry zarządczej. Wskazuje to na fakt, że dostępność bywa nadal postrzegana jako temat dodatkowy lub niepriorytetowy. Jednocześnie jednak te same osoby identyfikują liczne konkretne obszary wymagające wsparcia kompetencyjnego.

Jak widać potrzeby szkoleniowe są silnie powiązane z rolą zawodową. Łączy je jednak wspólny mianownik, jakim jest koncentracja na praktycznych umiejętnościach pracy z pacjentem oraz na kompetencjach komunikacyjnych i psychospołecznych. Skuteczna oferta szkoleniowa powinna więc być modułowa i dopasowana do grup zawodowych. Powinna jednocześnie wspierać zmianę myślenia o dostępności jako integralnym elemencie jakości i bezpieczeństwa usług stomatologicznych.

Tabela 33. Szkolenia najbardziej potrzebne poszczególnym członkom personelu zatrudnionego w gabinetach stomatologicznych uczestniczących w badaniu

Zakresy szkoleń	Kadra zarządcza	Lekarze/lekarki	Personel medyczny - pomocniczy	Personel niemedyczny
Wdrażanie działań służących poprawie dostępności architektonicznej	3,4%	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy
Wdrażanie działań służących poprawie dostępności cyfrowej	9,6%	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy
Wdrażanie działań służących poprawie dostępności	7,6%	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy

Zakresy szkoleń	Kadra zarządcza	Lekarze/lekarki	Personel medyczny - pomocniczy	Personel niemedyczny
informacyjno-komunikacyjnej				
Obsługa pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnością fizyczną i ruchową (np. wózek, kule, ograniczona mobilność)	6,5%	10,7%	12,4%	14,3%
Obsługa pacjentów/pacjentek z chorobami psychicznymi (np. zaburzenia afektywne, schizofrenia, zaburzenia lękowe)	12,6%	19,4%	22,2%	18,5%
Obsługa pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnością intelektualną	13,5%	23,9%	24,7%	19,7%
Obsługa pacjenta/pacjentki w spektrum autyzmu	18,8%	23,9%	20,5%	20,2%
Komunikacja z pacjentami/pacjentkami z różnymi rodzajami niepełnosprawności (m.in. głuchymi, niewidomymi)	21,6%	23,0%	24,4%	24,2%
Postępowanie w sytuacjach stresowych i zarządzanie kryzysem (w kontekście pacjentów/pacjentek ze szczególnymi potrzebami)	18,0%	28,7%	21,1%	25,3%
Savoir-vivre wobec osób z niepełnosprawnościami	8,1%	15,2%	11,0%	13,2%
Dostępna usługa stomatologiczna	3,4%	4,8%	4,5%	2,8%
Tworzenie materiałów	6,7%	7,6%	5,9%	5,9%

Zakresy szkoleń	Kadra zarządcza	Lekarze/lekarki	Personel medyczny - pomocniczy	Personel niemedyczny
w prostym języku/ETR				
Obsługa sprzętu wspierającego (fotel regulowany, podnośnik, systemy wspomagające)	3,1%	5,3%	7,9%	4,8%
Aspekty prawne dostępności i obowiązki świadczeniodawcy w zakresie osób z niepełnosprawnościami	20,2%	26,1%	12,9%	17,7%
Nie interesują mnie szkolenia z zakresu dostępności	45,2%	36,5%	37,6%	40,2%
Nie wiem/trudno powiedzieć	5,9%	5,6%	5,6%	7,0%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Na fakt, że szkolenia z zakresu dostępności usług stomatologicznych są niezbędne i powinny obejmować wszystkie grupy związane z funkcjonowaniem gabinetu wskazuje jednoznacznie analiza wywiadów pogłębionych. Respondenci podkreślali w ich trakcie, że dostępność nie jest wyłącznie kwestią medyczną, lecz organizacyjną i komunikacyjną.

„Wiedza na temat danej niepełnosprawności zarówno przyda się pani na recepcji, jak i lekarzowi, tak żeby wiedzieć jak rozmawiać, jak podejść do danego pacjenta. Może upadek na wózku zdarzyć się w recepcji, może zdarzyć się w gabinecie, więc ja uważam, że to każdy powinien być tak samo przeszkolony”. [IDI z przedstawicielami NGO]

Personel gabinetów stomatologicznych

Potrzeby szkoleniowe personelu gabinetów stomatologicznych mają charakter zróżnicowany, ale wspólnym mianownikiem jest konieczność lepszego rozumienia potrzeb pacjentów z niepełnosprawnościami oraz umiejętnego reagowania na nie w codziennej praktyce. W przypadku lekarzy i lekarek kluczowe jest połączenie kompetencji klinicznych z umiejętnościami komunikacyjnymi i organizacyjnymi.

Szkolenia powinny wspierać jasne informowanie pacjentów o przebiegu leczenia, budowanie poczucia bezpieczeństwa oraz poszanowanie granic pacjenta, w tym uprzedzanie o kolejnych etapach i możliwych bodźcach w trakcie wizyty.

Personel medyczny pomocniczy potrzebuje przede wszystkim praktycznych umiejętności związanych z bezpieczną obsługą pacjentów wymagających wsparcia. Dotyczy to m.in. asekuracji, pomocy przy przesiadaniu się na fotel czy reagowania w sytuacjach stresowych. Brak takich kompetencji zwiększa ryzyko zarówno dla pacjentów, jak i dla samego personelu, dlatego szkolenia w tym obszarze są istotnym elementem poprawy jakości i bezpieczeństwa świadczeń. Równie ważna jest współpraca w zespole i spójne podejście do pacjenta na każdym etapie wizyty.

W przypadku personelu niemedycznego oraz kadry zarządczej kluczowe znaczenie mają kompetencje komunikacyjne i organizacyjne. Pracownicy rejestracji powinni być przygotowani do jasnego przekazywania informacji, obsługi różnych kanałów kontaktu oraz wczesnego rozpoznawania barier, z jakimi mierzą się pacjenci. Z kolei kadra zarządcza odgrywa decydującą rolę w planowaniu i wdrażaniu zmian – od organizacji szkoleń, przez wprowadzanie procedur, po budowanie kultury pracy opartej na jakości i równości dostępu.

Panel ekspercki jednoznacznie potwierdził, że największe luki kompetencyjne dotyczą komunikacji i organizacji pracy, a nie procedur typowo medycznych.

Programy szkoleniowe powinny mieć charakter praktyczny, oparty na scenariuszach, przykładach i symulacjach oraz obejmować cały zespół gabinetu:

- lekarze/lekarzki – szkolenia powinny łączyć wiedzę kliniczną z kompetencjami komunikacyjnymi i organizacyjnymi, w tym informowaniem pacjenta o przebiegu leczenia, uprzedzaniem o dotyku, poszanowaniem granic oraz postępowaniem w sytuacjach trudnych;
- personel medyczny – pomocniczy – kluczowe są praktyczne umiejętności bezpiecznej obsługi pacjenta, reagowania na stres i kryzysy oraz współpracy zespołowej przy pacjentach wymagających zwiększonego wsparcia;
- personel niemedyczny (rejestracja, recepcja) – badanie podkreśliło kluczową rolę tej grupy w dostępności. Szkolenia powinny obejmować komunikację z osobami z różnymi potrzebami, stosowanie prostego języka, udzielanie

jasnych informacji oraz rozpoznawanie barier już na etapie pierwszego kontaktu;

- kadra zarządcza – programy szkoleniowe powinny koncentrować się na planowaniu dostępności jako elementu jakości usług, wdrażaniu standardów i procedur, zarządzaniu zespołem oraz świadomym korzystaniu z instrumentów wsparcia.

Studenci kierunków lekarsko-dentystycznych

Respondenci wywiadów pogłębionych jednoznacznie wskazywali na konieczność włączenia zagadnień dostępności do programów studiów. Szczególnie wysoko oceniano szkolenia praktyczne i doświadczalne.

„Akurat mogę tutaj wypowiedzieć się, że my jako fundacja bardzo często jeździmy na uczelnie i takie szkolenia wśród studentów AWF-u i rehabilitacji przeprowadzamy. I jest zainteresowanie tym. Czyli młodzi ludzie, którzy będą za niedługo kończyć swoje studia i będą wchodzili w tę rolę stomatologa czy innych lekarzy, będą wiedzę taką posiadali. Bardzo często działamy na tym obszarze i szkolimy”. [IDI z przedstawicielami NGO]

Takie podejście pozwala przyszłym lekarzom lepiej zrozumieć perspektywę pacjenta i budować postawy oparte na szacunku i świadomości. Również uczestnicy panelu eksperckiego jednoznacznie wskazali na potrzebę włączenia zagadnień dostępności, komunikacji i pracy z pacjentami ze szczególnymi potrzebami już na etapie kształcenia przeddyplomowego. Pozwoliłoby to ograniczyć późniejsze braki kompetencyjne i intuicyjny charakter wiedzy.

Charakter szkoleń

Przedstawiciele organizacji pozarządowych reprezentujących osoby z niepełnosprawnościami wskazywali, że szkolenia powinny być:

- praktyczne, a nie wyłącznie teoretyczne,
- cykliczne, a nie jednorazowe,
- dostosowane do roli zawodowej,

- powiązane z certyfikacją lub systemem zachęt.

IX. Perspektywy wykorzystania grantów na poprawę dostępności gabinetów stomatologicznych

Możliwość wykorzystania środków zewnętrznych na poprawę dostępności gabinetów stomatologicznych stanowi istotny aspekt przesądzający o realnych możliwościach ograniczania barier w dostępie do opieki stomatologicznej dla osób z niepełnosprawnościami. Analiza tego obszaru pozwala spojrzeć nie tylko na deklaratywne postawy wobec dostępności, lecz także na gotowość organizacyjną i strategiczną placówek do podejmowania inwestycji wymagających dodatkowych zasobów finansowych. W niniejszym rozdziale skoncentrowano się na ocenie poziomu zainteresowania pozyskiwaniem środków zewnętrznych, identyfikacji czynników sprzyjających i hamujących takie działania oraz na wskazaniu, w jakich typach gabinetów potencjał wykorzystania dostępnych instrumentów wsparcia jest największy, a gdzie wymaga on dodatkowych działań informacyjnych i systemowych.

Perspektywy rozwoju dostępności gabinetów stomatologicznych

Dostępność gabinetów stomatologicznych nie jest stanem stałym, lecz procesem, który rozwija się wraz ze zmianami społecznymi, regulacyjnymi i technologicznymi. Rosnąca liczba pacjentów ze szczególnymi potrzebami, większa świadomość praw osób z niepełnosprawnościami oraz coraz wyższe oczekiwania dotyczące jakości i równości w dostępie do świadczeń zdrowotnych sprawiają, że temat ten zyskuje na znaczeniu. Z dotychczas zaprezentowanych wyników badania wyłania się złożony obraz perspektywy rozwoju dostępności. Zależy ona nie tylko od infrastruktury i zasobów finansowych gabinetów, lecz także od podejścia kadry zarządzającej, kompetencji personelu oraz gotowości do stopniowego wprowadzania rozwiązań organizacyjnych, cyfrowych i komunikacyjnych, które realnie poprawiają komfort i bezpieczeństwo pacjentów.

Wyniki badania przeprowadzonego z przedstawicielami gabinetów stomatologicznych pokazują, że plany dalszego rozwoju ich dostępności są ograniczone. **Tylko 13,2% badanych deklaruje zamiar wprowadzenia kolejnych udogodnień i dostosowań dla osób z niepełnosprawnościami.** Zdecydowana większość, bo 58,4%, nie planuje takich działań, a 28,4% nie ma w tej kwestii jednoznacznego stanowiska.

Wyniki te wskazują na niski poziom gotowości do dalszych inwestycji w dostępność, co jest spójne z wcześniej identyfikowanymi barierami, takimi jak brak środków finansowych, niska opłacalność inwestycji czy mała liczba pacjentów z niepełnosprawnościami. Jednocześnie wysoki odsetek odpowiedzi „nie wiem/trudno powiedzieć” sugeruje brak strategicznego podejścia do dostępności oraz niepewność decyzyjną, zwłaszcza w mniejszych gabinetach.

Tabela 34. Plany wprowadzenia kolejnych udogodnień i dostosowań związanych ze świadczeniem usług stomatologicznych dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności

Plany udogodnień/dostosowań	%
Tak	13,2%
Nie	58,4%
Nie wiem/trudno powiedzieć	28,4%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Najczęściej plany takie deklarują gabinety zlokalizowane w miastach wojewódzkich (14%) i miastach powiatowych (14,4%), nieco rzadziej w mniejszych miejscowościach (11,5%) i na wsi (12,8%). Jednocześnie w każdej z tych kategorii dominuje odpowiedź „nie”. W mniejszych miejscowościach brak planów deklaruje aż 65,5% gabinetów, a na wsi 51,1%. Wysoki jest także udział odpowiedzi „nie wiem/trudno powiedzieć”, szczególnie w miastach wojewódzkich (40%) i na wsi (36,2%), co sugeruje brak wyraźnej strategii rozwoju dostępności.

Jeszcze wyraźniejsze różnice widoczne są przy analizie według liczby stanowisk. Najczęściej plany wprowadzenia kolejnych udogodnień deklarują największe gabinety, z 6 lub więcej stanowiskami (37,5%). Jednocześnie w tej grupie relatywnie niski jest odsetek odpowiedzi „nie wiem/trudno powiedzieć” (12,5%), co wskazuje na większą klarowność decyzyjną. Gabinety średniej wielkości, z 4-5 stanowiskami, rzadziej deklarują plany dalszych inwestycji (18,2%), a ponad połowa z nich nie potrafi jednoznacznie określić swoich zamiarów (54,5%). W najmniejszych gabinetach, z 1 stanowiskiem, dominują odpowiedzi negatywne (62%), a plany rozwoju dostępności deklaruje jedynie 10,9%. Pokazuje to, że gotowość do wdrażania nowych rozwiązań rośnie wraz ze skalą organizacyjną, ale nawet w dużych podmiotach nie jest powszechna.

Analiza według wieku obsługiwanych pacjentów wskazuje na dużą stabilność deklaracji. Niezależnie od tego czy gabinet obsługuje dzieci (14,6%), młodzież (13,8%) czy osoby dorosłe (13,9%), odsetek gabinetów planujących kolejne udogodnienia pozostaje bardzo zbliżony. Nieco odmienna sytuacja widoczna jest w kontekście świadczenia usług w znieczuleniu ogólnym. W gabinetach, które świadczą takie usługi osobom dorosłym, plany dalszych udogodnień deklaruje 16,7% respondentów, a brak planów – 66,7%. W gabinetach oferujących znieczulenie ogólne wszystkim pacjentom plany takie pojawiają się rzadziej (7,7%), natomiast wysoki jest udział odpowiedzi „nie wiem/trudno powiedzieć” (38,5%). Można to interpretować dwojako. Z jednej strony w placówkach realizujących bardziej zaawansowane procedury zasoby organizacyjne mogą być w dużej mierze zaangażowane w bieżące funkcjonowanie. Ogranicza to przestrzeń do planowania kolejnych zmian. Z drugiej strony podobny mechanizm może dotyczyć także mniejszych gabinetów – fakt świadczenia bardziej złożonych procedur dla szerokiej grupy pacjentów może oznaczać, że placówki te są już w znacznym stopniu dostosowane, a potrzeba dalszych modyfikacji jest postrzegana jako mniejsza lub mniej pilna.

Kluczowe znaczenie ma natomiast ocena przygotowania personelu. W gabinetach, w których przygotowanie personelu oceniane jest jako „raczej dobrze”, odsetek deklaracji planowanych udogodnień jest najwyższy (18,8%). W grupie oceniającej przygotowanie „bardzo dobrze” plany takie pojawiają się rzadziej (7,3%), a częściej występuje brak jednoznacznych deklaracji (36,3%). W gabinetach, gdzie przygotowanie oceniane jest jako „raczej słabe”, plany rozwoju dostępności deklaruje 14,3%, jednak równocześnie ponad połowa wskazuje brak takich planów (52,4%). W skrajnych ocenach („bardzo słabo” oraz „nie wiem/trudno powiedzieć”) nie pojawiają się deklaracje planowanych działań, co wskazuje na niski poziom gotowości organizacyjnej do zmian.

Całościowo wyniki pokazują, że **gabinety planujące dalsze udogodnienia to przede wszystkim jednostki większe, o bardziej stabilnej strukturze organizacyjnej i względnie lepszym przygotowaniu personelu**. W większości gabinetów brak jest jednak jasno sformułowanych planów rozwoju dostępności, a wysoki udział odpowiedzi niejednoznacznych sugeruje, że temat ten nie jest traktowany jako element długofalowej strategii. Rozwój dostępności ma więc w dużej

mierze charakter reaktywny i zależny od bieżących możliwości, a nie planowy i systemowy.

Analiza przyczyn braku planów rozwoju dostępności gabinetów

stomatologicznych pokazuje, że dominującym powodem jest przekonanie

o braku potrzeby takich działań. Ponad jedna trzecia respondentów wskazujących na brak planów rozwojowych w tym zakresie wskazuje, że nie widzi uzasadnienia dla dalszych inwestycji w dostępność. Niewielki jest także udział wskazań na małą liczbę pacjentów z niepełnosprawnościami, co może wpływać na brak potrzeby w tym zakresie. Głównym czynnikiem hamującym plany rozwojowe w zakresie rozwoju dostępności gabinetów jest zatem subiektywna ocena zasadności zmian.

Pozostałe powody były wskazywane rzadziej. Wyraźną grupę barier stanowią uwarunkowania organizacyjne i decyzyjne, niezależne bezpośrednio od personelu lub kierownictwa gabinetu. Część respondentów wskazuje, że decyzje dotyczące inwestycji nie leżą po ich stronie, a inne osoby planują zamknięcie gabinetu lub są w wieku przedemerytalnym. Te odpowiedzi sugerują, że brak planów rozwojowych często wynika z krótkiej perspektywy funkcjonowania placówki lub ograniczonej sprawczości decyzyjnej, a nie z braku świadomości problemu dostępności.

Znacznie rzadziej jako przyczyny wskazywane są bariery finansowe, techniczne czy budowlane, a także niska opłacalność inwestycji. Ich marginalny udział w strukturze odpowiedzi sugeruje, że w deklaracjach respondentów czynniki ekonomiczne i infrastrukturalne pełnią rolę wtórną wobec postaw i ocen strategicznych. Oznacza to, że w wielu przypadkach brak planów dostosowań nie jest efektem pojedynczej bariery, lecz sumą przekonań o braku potrzeby zmian oraz ograniczonej motywacji do długofalowego rozwoju dostępności.

Najczęściej planowanym działaniem poprawiającym dostępność gabinetów

stomatologicznych jest ich **doposażenie w sprzęt medyczny**. Wskazuje to, że personel postrzega braki sprzętowe jako jedną z głównych barier w obsłudze pacjentów z niepełnosprawnościami. Jest to obszar relatywnie łatwiejszy do zaplanowania i realizacji niż kosztowne zmiany budowlane, a jednocześnie bezpośrednio wpływający na bezpieczeństwo i komfort wizyty.

W dalszej kolejności respondenci wskazują na **działania informacyjne i komunikacyjne**, takie jak udostępnianie informacji o rozkładzie pomieszczeń,

materiały w prostym języku, dostosowanie strony internetowej do standardu WCAG oraz publikowanie treści w różnych formatach. Pokazuje to rosnącą świadomość znaczenia informacji i komunikacji, zwłaszcza dla osób z zaburzeniami sensorycznymi i poznawczymi, choć nadal nie są to działania najczęściej planowane.

Stosunkowo rzadziej planowane są **kluczowe dostosowania architektoniczne**, takie jak likwidacja progów, montaż wind, podnośników czy kompleksowe dostosowanie toalet. Może to wynikać z wysokich kosztów, ograniczeń technicznych budynków lub braku możliwości ingerencji w infrastrukturę, szczególnie w lokalach wynajmowanych. Jednocześnie wskazuje to na lukę między świadomością potrzeb a realnymi możliwościami ich wdrożenia.

Warto zwrócić uwagę na **znaczący udział planowanych szkoleń personelu**, co potwierdza, że gabinety coraz częściej dostrzegają rolę kompetencji zespołu w zwiększaniu dostępności.

Jednocześnie fakt, że część placówek deklaruje brak planów zmian lub nie potrafi wskazać planowanych działań, pokazuje, że proces poprawy dostępności jest nierówny i w dużej mierze zależny od indywidualnych zasobów, motywacji i wsparcia zewnętrznego.

Planowane działania w zakresie dostosowania gabinetów koncentrują się przede wszystkim na rozwiązaniach „osiągalnych” organizacyjnie i finansowo, natomiast najbardziej kosztowne i strukturalne zmiany architektoniczne są odkładane lub planowane rzadziej. Wskazuje to na potrzebę wsparcia systemowego, które ułatwi gabinetom przejście od deklaracji do realnych, kompleksowych dostosowań.

Tabela 35. Zakres planowanych udogodnień i dostosowań związanych ze świadczeniem usług stomatologicznych dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności

Zakres planowanych udogodnień/dostosowań	%
Ułatwienie poruszania się po budynku – brak progów, schodów i innych barier	13,9%
Montaż urządzeń lub wprowadzenie rozwiązań, które pozwalają wejść do wszystkich pomieszczeń	10,4%
Dostosowanie toalety	9,7%
Montaż windy/podnośnika/pochylni	11,8%

Zakres planowanych udogodnień/dostosowań	%
Doposażenie w sprzęt medyczny	43,1%
Umożliwienie wejścia do budynku osobie z psem asystującym	10,4%
Zapewnienie bezpiecznej ewakuacji osób z niepełnosprawnościami w razie zagrożenia	18,8%
Zamieszczenie informacji na temat rozkładu pomieszczeń dostępnej w formie wizualnej i dotykowej lub głosowej	22,9%
Dostosowanie strony internetowej do zasad dostępności (WCAG)	20,8%
Opracowanie aplikacji do umawiania wizyt zgodnej z WCAG	17,4%
Udostępnienie tłumacza języka migowego online – przez stronę internetową lub aplikację	16,7%
Zainstalowanie urządzeń pomagających osobom słabosłyszącym (np. pętla indukcyjna, system FM)	16,7%
Umieszczenie na stronie internetowej informacji o działalności gabinetu w kilku formatach: tekst czytany przez komputer, film w języku migowym i wersja w tekście łatwym do czytania (ETR)	22,2%
Wprowadzenie materiałów w prostym języku	20,8%
Szkolenia personelu	27,1%
Nie planujemy	11,1%
Trudno powiedzieć	1,4%
Możliwość umawiania online	1,4%
Parking	0,7%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=148

Zainteresowanie gabinetów stomatologicznych pozyskaniem środków zewnętrznych

Analiza deklaracji kadry zarządczej dotyczących zainteresowania pozyskaniem środków zewnętrznych na poprawę dostępności pokazuje niski poziom gotowości do sięgania po takie instrumenty wsparcia. Tylko niewielka część respondentów jednoznacznie deklaruje zainteresowanie finansowaniem zewnętrznym, podczas gdy niemal połowa wprost wskazuje brak takiego zainteresowania. Jednocześnie wysoki odsetek odpowiedzi „nie wiem/trudno powiedzieć” sugeruje nie tyle świadomą

rezygnację, ile brak wiedzy, rozeznania lub przekonania co do realnej dostępności i opłacalności takich źródeł finansowania.

Wyniki te wpisują się w szerszy obraz barier rozwojowych identyfikowanych wcześniej w badaniu. Z jednej strony kadra zarządcza często wskazuje na ograniczenia finansowe jako istotną przeszkodę we wdrażaniu udogodnień, z drugiej zaś nie przekłada się to automatycznie na aktywne poszukiwanie zewnętrznego wsparcia. Może to świadczyć o niskiej dostępności informacji o programach finansowania, obawach przed formalnościami lub przekonaniu, że skala potrzeb gabinetu nie uzasadnia angażowania się w proces pozyskiwania środków.

W praktyce oznacza to, że potencjał zewnętrznych instrumentów wsparcia pozostaje w dużej mierze niewykorzystany, a decyzje inwestycyjne są podejmowane głównie w oparciu o bieżące możliwości finansowe gabinetu. Brak jednoznacznej orientacji w tym obszarze dodatkowo wzmacnia zachowawcze podejście do rozwoju dostępności i utrwala przekonanie, że zmiany są trudne do realizacji bez znaczącego obciążenia własnych zasobów.

Tabela 36. Zainteresowanie kadry zarządczej pozyskaniem środków zewnętrznych na poprawę dostępności gabinetów stomatologicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami

Zainteresowanie pozyskaniem środków zewnętrznych	%
Tak	15,2%
Nie	48,3%
Nie wiem/trudno powiedzieć	36,5%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=356

Zidentyfikowaną prawidłowością jest silny związek zainteresowania środkami zewnętrznymi z wielkością gabinetu, mierzoną liczbą stanowisk. Im większy gabinet, tym wyższe zainteresowanie pozyskaniem środków zewnętrznych na poprawę dostępności gabinetów stomatologicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami.

W gabinetach z 6 lub więcej stanowisk połowa kadry zarządczej deklaruje zainteresowanie pozyskaniem finansowania, podczas gdy w najmniejszych placówkach dominują odpowiedzi „nie” lub brak zdania. Sugeruje to, że większe podmioty częściej postrzegają inwestycje w dostępność jako realne i potencjalnie opłacalne, a także dysponują większym zapleczem organizacyjnym do aplikowania

o środki zewnętrzne. Z kolei mniejsze gabinety częściej traktują takie działania jako obciążenie lub temat drugorzędny.

Mniejsze znaczenie różnicujące ma wielkość miejscowości, choć widoczny jest trend wyższego zainteresowania w miastach wojewódzkich niż w mniejszych miejscowościach i na wsi. Na obszarach wiejskich i w mniejszych miastach szczególnie wysoki jest udział odpowiedzi niezdecydowanych, co może wskazywać na niższy poziom informacji, mniejszy dostęp do wsparcia instytucjonalnego lub słabsze zakorzenienie tematu dostępności w lokalnych strategiach rozwoju usług zdrowotnych.

Analiza według profilu pacjentów oraz organizacji świadczeń pokazuje, że najwyższe zainteresowanie finansowaniem zewnętrznym występuje w gabinetach świadczących usługi w znieczuleniu ogólnym, co sugeruje większą świadomość barier dostępności i kosztów ich przewyżczania w tej grupie placówek. Natomiast wiek obsługiwanych pacjentów nie różnicuje istotnie postaw – we wszystkich grupach dominuje brak zainteresowania lub brak jednoznacznej decyzji. Równie istotna jest zależność od oceny przygotowania personelu: im słabiej oceniane jest przygotowanie zespołu, tym częściej pojawia się zainteresowanie środkami zewnętrznymi. Oznacza to, że finansowanie zewnętrzne jest traktowane jako sposób na doraźne uzupełnienie braków kompetencyjnych, ale także braków organizacyjnych, rozumianych jako brak jasnych procedur obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami, niewystarczające dostosowanie organizacji wizyty oraz brak spójnych standardów pracy zespołu. W takim ujęciu środki zewnętrzne nie są elementem proaktywnej strategii rozwoju gabinetu.

Łącznie wyniki wskazują, że **zainteresowanie środkami zewnętrznymi ma charakter selektywny i koncentruje się głównie w większych, lepiej zorganizowanych gabinetach lub tam, gdzie bariery dostępności są szczególnie odczuwalne**. W pozostałych przypadkach dominuje niepewność lub brak potrzeby, co sugeruje, że potencjał instrumentów finansowych w obszarze poprawy dostępności pozostaje w dużej mierze niewykorzystany, głównie z powodów informacyjnych, decyzyjnych i strategicznych, a nie wyłącznie finansowych.

Analiza przyczyn zainteresowania pozyskaniem środków zewnętrznych pokazuje, że motywacje mają przede wszystkim charakter jakościowy i operacyjny, a dopiero

w drugiej kolejności inwestycyjny. Najczęściej wskazywanym powodem jest chęć podniesienia standardu świadczonych usług dla osób z niepełnosprawnościami, co sugeruje, że część kadry zarządczej postrzega dostępność jako element jakości opieki, a nie wyłącznie obowiązek formalny. Istotnym impulsem jest również brak własnych środków finansowych na samodzielne dostosowania, co potwierdza, że finansowanie zewnętrzne traktowane jest jako warunek umożliwiający realizację potrzebnych zmian. Rzadziej pojawiają się motywy stricte inwestycyjne lub technologiczne (np. poprawa stopy zwrotu, rejestracja online), co wskazuje, że dostępność nie jest jeszcze szeroko ujmowana w kategoriach długofalowej strategii rozwoju gabinetu.

Tabela 37. Przyczyny zainteresowania kadry zarządczej pozyskaniem środków zewnętrznych na poprawę dostępności gabinetów stomatologicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami

Przyczyny zainteresowania	%
Zwiększenie standardu świadczonych usług dla osób z niepełnosprawnością	58,5%
Nie mamy środków finansowych samodzielne dostosowanie	24,5%
Ułatwienie pracy z pacjentami z niepełnosprawnością	7,5%
Montaż windy	5,7%
Okazja do rozwoju	3,8%
Poprawienie stopy zwrotu inwestycji	1,9%
Wprowadzenie możliwości umawiania wizyt online	1,9%
Przeprowadzenie szkoleń i polepszenie komunikacji	1,9%
Trudno powiedzieć	3,8%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=53

Z kolei analiza przyczyn braku zainteresowania ujawnia wyraźnie dominującą barierę mentalno-organizacyjną, a nie proceduralną. Zdecydowana większość respondentów wskazuje, że „nie ma takiej potrzeby”, co może świadczyć o niskiej świadomości skali barier doświadczanych przez pacjentów z niepełnosprawnościami lub o przekonaniu, że obecna oferta gabinetu jest wystarczająca. Wśród pozostałych powodów pojawiają się czynniki strukturalne i życiowe, takie jak plany zakończenia działalności, wynajmowanie lokalu czy ograniczenia decyzyjne, które realnie ograniczają możliwość podejmowania inwestycji. Stosunkowo rzadko wskazywane są natomiast bariery proceduralne (złożoność wniosków, brak czasu), co sugeruje,

że to nie formalności, lecz brak motywacji i percepcja niskiej zasadności inwestycji stanowią główne hamulce.

Tabela 38. Przyczyny braku zainteresowania pozyskaniem środków zewnętrznych na poprawę dostępności gabinetów stomatologicznych dla osób ze szczególnymi potrzebami

Przyczyny braku zainteresowania	%
Nie ma takiej potrzeby	60,4%
Plany zamknięcia gabinetu (wiek przedemerytalny)	14,8%
Wynajmowany gabinet - brak możliwości inwestycji	5,3%
Mała liczba pacjentów z niepełnosprawnościami	4,7%
Zbyt duże koszty inwestycyjne	4,1%
Nie jesteśmy zainteresowani	4,1%
Ograniczenia lokalowe (np. budynek jest zbyt stary, znajduje się w bloku)	2,4%
Nie ma takiej możliwości	2,4%
Decyzja nie zależy ode mnie (np. od rady gminy, wójta, właściciela)	1,8%
Zbyt skomplikowane procedury ubiegania się o finansowanie	1,8%
Powody osobiste	1,2%
Trudno powiedzieć	1,2%
Brak czasu	0,6%

Źródło: Badanie ilościowe (CATI/CAWI), n=169

Łącznie wyniki te pokazują wyraźny rozdźwięk między rozpoznanymi w badaniu potrzebami w zakresie dostępności a gotowością części gabinetów do aktywnego korzystania z dostępnych instrumentów wsparcia. Zainteresowanie środkami zewnętrznymi pojawia się głównie tam, gdzie dostępność jest postrzegana jako realna wartość dodana lub konieczność organizacyjna, natomiast brak zainteresowania dominuje tam, gdzie nie dostrzega się ani presji popytowej, ani strategicznych korzyści z inwestowania w dostępność.

Proponowane kryteria naboru grantobiorców

Zgodnie z przyjętym założeniem projekt „Dostępna stomatologia” będzie obejmował etap testowania standardu w gabinetach stomatologicznych, które otrzymają na ten cel finansowanie w ramach grantu. Analiza wyników badań oraz dyskusja ekspercka wskazują, że skuteczność tego etapu będzie zależeć od precyzyjnego ukierunkowania wsparcia, zarówno terytorialnie, jak i merytorycznie. W pierwszej kolejności należy zagwarantować możliwie równomierny rozkład gabinetów na terenie Polski, które otrzymają granty na podniesienie poziomu dostępności do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami (zgodnie z założeniami projektu minimum 32 gabinety). W związku z tym należy ustalić maksymalną liczbę grantów w danym województwie (w zależności od liczby mieszkańców w województwie, od 1 do 3 grantów). Rekomenduje się zastosowanie zestawu kryteriów, które pozwolą wybrać gabinety o największym potencjale poprawy dostępności.

Do każdego kryterium został także zaproponowany system punktowy dla wyboru grantobiorców projektu „Dostępna stomatologia”. Ma on na celu zapewnienie transparentnego, obiektywnego i porównywalnego sposobu oceny zgłaszanych przedsięwzięć. Jego zadaniem jest premiowanie tych gabinetów stomatologicznych, które w największym stopniu przyczynią się do realnej poprawy dostępności usług dla osób ze szczególnymi potrzebami.

System punktowy jest między innymi pochodną opinii uczestników panelu eksperckiego. Eksperci zgodzili się bowiem, że wsparcie grantowe powinno być precyzyjnie ukierunkowane, zarówno terytorialnie, jak i merytorycznie. Kluczowe znaczenie ma nie tylko lokalizacja gabinetu, ale też dobra komunikacja z innymi miejscowościami na danym obszarze, a także jego aktualny poziom dostępności.

Istotnym kryterium powinien być również charakter planowanych działań.

Preferowane powinny być przedsięwzięcia zintegrowane, łączące inwestycje w dostępność architektoniczną, informacyjno-komunikacyjną i cyfrową połączone z zakupem sprzętu oraz szkoleniami personelu gabinetu. Eksperci jednoznacznie wskazali, że same inwestycje bez zmiany kompetencji i procedur, nie prowadzą do trwałej poprawy dostępności. Zastosowanie punktacji umożliwia także zróżnicowanie wsparcia w zależności od lokalnych uwarunkowań oraz stopnia kompleksowości proponowanych rozwiązań.

1. Lokalizacja gabinetu (kryterium terytorialne – priorytetowe)

Preferowane będą gabinety zlokalizowane w pierwszej kolejności: w mieście wojewódzkim, w mieście powiatowym, w miejscowości niebędącej miastem powiatowym oraz na wsi, które posiadają dobrą komunikację z innymi miejscowościami na danym obszarze. Pod pojęciem dobrej komunikacji należy rozumieć realną możliwość dotarcia do gabinetu przez pacjentów/pacjentki z innych miejscowości (np. regularne połączenia transportu publicznego, dostępność dróg, bliskość węzłów komunikacyjnych).

Proponowany system punktacji dla kryterium 1 (maksymalnie 35 punktów)

- **Lokalizacja i typ miejscowości (maksymalnie 20 punktów):**
miasto wojewódzkie – 20 punktów; miasto powiatowe – 15 punktów, miejscowość niebędąca miastem powiatowym – 10 punktów; wieś – 5 punktów;
- **Dobra komunikacja (maksymalnie 15 punktów):**
gabinet jest dobrze skomunikowany z innymi miejscowościami – 15 punktów; ograniczone skomunikowanie (np. tylko PKP lub PKS) – 10 punktów; brak komunikacji – 0 punktów.

2. Poziom dostępności gabinetu

Kryterium powinno premiować przedsięwzięcia realizowane w gabinetach, które osiągnęły już minimalny poziom dostępności architektonicznej, umożliwiający fizyczne wejście pacjenta/pacjentki do gabinetu i poruszanie się w jego podstawowej przestrzeni oraz w gabinetach, gdzie sfinansowanie likwidacji takich barier jest możliwe w ramach grantu. W ramach kryterium nie powinny być preferowane jednak tylko przedsięwzięcia, w których całość grantu zostałaaby przeznaczona na jedno kosztowne rozwiązanie architektoniczne. Takie sytuacje ograniczałyby możliwość wdrożenia pozostałych niezbędnych dostosowań (sprzętowych, komunikacyjno-informacyjnych i cyfrowych), a w efekcie nie prowadziłyby do całościowego zwiększenia dostępności gabinetu.

Kryterium powinno wspierać przedsięwzięcia prowadzące do kompleksowej, wielowymiarowej dostępności gabinetów.

Proponowany system punktacji dla kryterium 2 (maksymalnie 25 punktów)

Kryterium ocenia zakres i wagę barier architektonicznych, które mają zostać usunięte w ramach przedsięwzięcia. Przyjmuje się założenie, że gabinet osiągnął już minimalny poziom dostępności, czyli istnieje możliwość fizycznego wejścia pacjenta/pacjentki do budynku oraz poruszania się w jego podstawowej przestrzeni lub w ramach grantu zaplanowano likwidację barier architektonicznych w tym zakresie, np. wykonanie podjazdu lub windy. Punktowane są wyłącznie działania, które prowadzą do faktycznego wzmocnienia dostępności.

Zasady punktacji:

- **25 punktów** otrzyma wniosek, który przewiduje działania służące likwidacji barier decydujących o realnej możliwości skorzystania z usługi.

Przykłady działań kwalifikujących się do 25 punktów: wykonanie podjazdu lub windy, dostosowanie lub wykonanie toalety dostępnej dla osób z niepełnosprawnością ruchową (jeśli wcześniej jej brakowało), wymiana drzwi, które uniemożliwiały poruszanie się wózkami, zapewnienie ciągów komunikacyjnych umożliwiających bezpieczne przemieszczanie się pacjenta/pacjentki w obrębie gabinetu, likwidacja progów lub różnic poziomów wewnątrz gabinetu, które blokowały dostęp do stanowiska leczenia, poszerzenie przejść, poprawa dostępności stanowiska zabiegowego (np. zapewnienie przestrzeni manewrowej przy fotelu stomatologicznym). Są to działania, które zmieniają status gabinetu z „formalnie dostępnego” na „faktycznie dostępny” i tworzą warunki do równoległego wdrażania dostosowań w innych obszarach dostępności.

- **10 punktów** otrzyma wniosek, który przewiduje wzmocnienie dostępności architektonicznej. Punktowane są przedsięwzięcia, które nie decydują o samym wejściu do gabinetu, ale w sposób istotny ułatwiają korzystanie z usługi osobom z niepełnosprawnościami.

Przykłady działań kwalifikujących się do 10 punktów: poprawa ergonomii przestrzeni bez pełnej przebudowy (np. reorganizacja układu pomieszczeń, zwiększenie przestrzeni manewrowej), dostosowanie toalety częściowo dostępnej (np. montaż uchwytów, poprawa układu przestrzeni), poprawa bezpieczeństwa poruszania się (np. antypoślizgowe nawierzchnie, kontrastowe oznaczenia poziomów, montaż poręczy/pochwyty), usprawnienie dostępu do stanowiska leczenia w ramach

istniejącej struktury gabinetu, montaż urządzeń głośnomówiących. Są to działania uzupełniające, które nie tworzą dostępności „od zera”, ale znacząco obniżają próg trudności dla pacjentów/pacjentek.

- **0 punktów** otrzyma wniosek, który przewiduje drobne udogodnienia bez wpływu na faktyczną dostępność. Nie są punktowane przedsięwzięcia, które poprawiają komfort, lecz nie zmieniają realnej możliwości skorzystania z usługi przez osoby z niepełnosprawnościami.

Przykłady działań niepunktowanych (0 punktów): estetyczne odświeżenie pomieszczeń bez zmiany funkcjonalnej, zakup elementów wyposażenia niepowiązanych z barierami architektonicznymi, drobne prace remontowe, które nie wpływają na ciągi komunikacyjne, udogodnienia skierowane wyłącznie do osób już korzystających z gabinetu, bez wpływu na poszerzenie grupy pacjentów.

3. Zakres poprawy dostępności informacyjno-komunikacyjnej i cyfrowej

Analizy ilościowe i jakościowe oraz wnioski z panelu eksperckiego jednoznacznie wskazują, że istotna część barier w dostępie do leczenia stomatologicznego ma charakter informacyjno-komunikacyjny i cyfrowy, a nie wyłącznie architektoniczny. Bariery te często decydują o tym czy pacjent/pacjentka z niepełnosprawnością w ogóle podejmie próbę skorzystania z usługi, nawet jeśli fizyczny dostęp do gabinetu jest możliwy.

Kryterium powinno premiować przedsięwzięcia, które w sposób praktyczny i mierzalny poprawiają komunikację z pacjentem/pacjentką na każdym etapie kontaktu z gabinetem – od rejestracji, przez przygotowanie do wizyty, po jej przebieg i przekazywanie zaleceń. Szczególny nacisk należy położyć na rozwiązania wspierające osoby z trudnościami poznawczymi, sensorycznymi i komunikacyjnymi.

Proponowany system punktacji dla kryterium 3 (maksymalnie 15 punktów)

Ocena w ramach kryterium powinna uwzględniać zakres, spójność i trwałość planowanych działań w dwóch komplementarnych obszarach:

- dostępność informacyjno-komunikacyjna – obejmująca sposób przekazywania informacji, organizację kontaktu i przebiegu wizyty oraz rozwiązania ograniczające bariery poznawcze i komunikacyjne,

- dostępność cyfrowa – obejmująca stronę internetową, system rejestracji oraz cyfrowe kanały kontaktu z pacjentem/pacjentką, umożliwiającą samodzielny kontakt pacjentów i pacjentek z gabinetem z wykorzystaniem narzędzi cyfrowych.

Wyższą punktację powinny otrzymywać przedsięwzięcia:

- obejmujące oba obszary (informacyjno-komunikacyjny i cyfrowy),
- wdrażające więcej niż jedno rozwiązanie w danym obszarze,
- prowadzące do trwałej zmiany standardu komunikacji i obsługi pacjenta, a nie jednorazowego działania informacyjnego.

Zasady punktacji:

15 punktów otrzyma wniosek, który:

- obejmuje zarówno dostępność informacyjno-komunikacyjną, jak i cyfrową oraz
- zakłada wdrożenie co najmniej pięciu rozwiązań, nie mniej niż dwa rozwiązania w jednym obszarze.

Przykładowe rozwiązania:

- obszar informacyjno-komunikacyjny: materiały i komunikaty w prostym języku/ETR czy PJM (np. informacje o wizycie, zasadach rejestracji, zalecenia), przewidywalna organizacja wizyty (np. opis przebiegu, czasu trwania, możliwych procedur), dostosowanie organizacji wizyt (np. wydłużony czas wizyty, wizyta adaptacyjna), rozwiązania organizacyjne lub proste wyposażenie ograniczające nadmiar bodźców (np. spokojniejsze godziny przyjęć, możliwość przyciemnienia światła, redukcja hałasu, spokojna przestrzeń oczekiwania);
- obszar cyfrowy: poprawa struktury i czytelności strony internetowej (logiczna nawigacja, czytelne treści), dostosowanie kluczowych funkcji strony lub rejestracji do zasad WCAG (np. kontrast, możliwość obsługi klawiaturą), alternatywne formy kontaktu cyfrowego (formularz, e-mail, SMS).

10 punktów otrzyma wniosek, który:

- obejmuje zarówno dostępność informacyjno-komunikacyjną, jak i cyfrową oraz

- zakłada wdrożenie co najmniej trzech rozwiązań, nie mniej niż jedno rozwiązanie w jednym obszarze.

5 punktów otrzyma wniosek, który:

- obejmuje tylko jeden z dwóch obszarów dostępności.

Przykładowe rozwiązania:

- wyłącznie wprowadzenie materiałów w prostym języku,
- wyłącznie zmiana organizacji wizyt bez działań cyfrowych,
- wyłącznie podstawowe poprawki strony internetowej bez zmian w komunikacji z pacjentem/pacjentką.

0 punktów otrzyma wniosek, który nie przewiduje żadnych działań w obszarze dostępności informacyjno-komunikacyjnej ani cyfrowej.

4. Udział personelu gabinetu stomatologicznego w szkoleniach

Rekomenduje się, aby objęcie szkoleniami personelu gabinetu było warunkiem formalnym lub kryterium punktowanym. Kryterium to powinno dotyczyć wszystkich kluczowych grup personelu: lekarzy/lekarek dentystów, personelu medycznego - pomocniczego, pracowników rejestracji oraz kadry zarządczej. Wyniki badań jednoznacznie pokazują, że brak lub niski poziom kompetencji w zespole znacząco obniża efektywność nawet dobrze zaprojektowanych rozwiązań z zakresu dostępności. Bez zaangażowania i kompetencji kadry działania szkoleniowe i inwestycyjne mają charakter punktowy i nietrwały.

Kryterium powinno premiować przedsięwzięcia, w których:

- szkolenia są spójne z planowanymi dostosowaniami,
- obejmują te obszary kompetencji, które realnie wpływają na poprawę jakości obsługi pacjentów i pacjentek z różnymi potrzebami.

Proponowany system punktacji dla kryterium 4 (maksymalnie 15 punktów)

Punkty przyznawane są za każdy odrębny obszar szkoleniowy, niezależnie od liczby przeszkolonych osób w danej grupie (co eliminuje barierę organizacyjną dla większych placówek).

Lista szkoleń/obszarów szkoleniowych kwalifikowanych do punktacji:

- **Komunikacja z pacjentami/pacjentkami ze szczególnymi potrzebami** – w tym z osobami z zaburzeniami sensorycznymi, poznawczymi i komunikacyjnymi;
- **Reagowanie na sytuacje trudne w gabinecie** – zarządzanie stresem, paniką, dezorientacją pacjenta/pacjentki, nadwrażliwością na bodźce oraz trudnymi zachowaniami pacjentów i pacjentek;
- **Savoir-vivre i standardy kontaktu z osobami z niepełnosprawnościami** – postawy, język, zachowania wspierające poczucie bezpieczeństwa i podmiotowości pacjenta/pacjentki;
- **Tworzenie i stosowanie dokumentów oraz materiałów w prostym języku/ETR** – formularze, informacje przed i po wizycie, instrukcje dla pacjentów i pacjentek;
- **Planowanie dostępności w gabinecie (dla kadry zarządczej)** – planowanie i zarządzanie dostępnością w wymiarze architektonicznym, informacyjno-komunikacyjnym i cyfrowym, a także wdrażanie standardów, procedur oraz trwałych rozwiązań organizacyjnych.

Zasady punktacji:

- **3 punkty** – za każde wskazane szkolenie z listy powyżej;
- **maksymalnie 15 punktów** – po przekroczeniu 5 szkoleń punktacja nie rośnie.

Punkty przyznawane są za każde odrębne szkolenie, a nie za liczbę przeszkolonych pracowników, co:

- umożliwia udział dużym placówkom, dla których pełne objęcie zespołu szkoleniami byłoby trudne organizacyjnie,
- nie premiuje gabinetów zatrudniających większą liczbę personelu,
- zachęca do planowania szkoleń modułowych,
- promuje systemowe podejście do budowania kompetencji zespołu.

5. Udział w szkoleniu z obsługi sprzętu zakupionego w ramach grantu

Skuteczność działań dostępnościowych zależy nie tylko od zakresu posiadanego sprzętu, ale także od przygotowania personelu do jego właściwego wykorzystania i codziennego stosowania w praktyce.

W tym kryterium będą przyznawane punkty dla wniosków, które przewidują szkolenia personelu gabinetów z zakresu obsługi sprzętu wspomagającego dostępność i komunikację, takiego jak: regulowane fotele, sprzęt do przemieszczania pacjenta/pacjentki, pętle indukcyjne i inne narzędzia wspierające kontakt z pacjentem/pacjentką.

Proponowany system punktacji dla kryterium 5 (maksymalnie 10 punktów)

Zasady punktacji:

- **10 punktów** – za dwa odrębne tematycznie szkolenia,
- **5 punktów** – za jedno szkolenie;
- **0 punktów** – za nieuwzględnienie we wniosku szkoleń z obsługi sprzętu.

Punkty przyznawane są za każdy odrębny obszar szkoleniowy, niezależnie od liczby przeszkolonych osób w danej grupie (co eliminuje barierę organizacyjną dla większych placówek).

X. Wnioski i rekomendacje

Rekomendacje do opracowania standardu dostępności gabinetów stomatologicznych

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
1.	Uwzględnienie potrzeb osób z trudnościami w przetwarzaniu bodźców sensorycznych oraz w funkcjonowaniu poznawczym jako stałego elementu standardu w obszarze informacyjno-komunikacyjnym. Rozwiązania ograniczające nadmiar bodźców oraz wspierające zrozumienie i poczucie bezpieczeństwa pacjenta/pacjentki powinny być potraktowane jako jeden z ważniejszych aspektów dostępności.	Dostępność nie dotyczy wyłącznie architektury, ale także sposobu komunikacji i organizacji wizyty.	Zarówno wyniki wywiadów pogłębionych, jak i wnioski z panelu eksperckiego jednoznacznie pokazują, że sposób organizacji wizyty oraz forma komunikacji z pacjentem mogą stanowić istotną barierę w korzystaniu z leczenia stomatologicznego. Nadmierny hałas, intensywne oświetlenie, szybkie tempo wizyty czy brak jasnego informowania o przebiegu procedur utrudniają skorzystanie z usług osobom z niepełnosprawnością intelektualną, osobom w spektrum autyzmu oraz osobom z zaburzeniami psychicznymi, co w praktyce prowadzi do unikania leczenia. Uwzględnienie tych elementów w standardzie jest naturalnym rozszerzeniem dostępności informacyjno-komunikacyjnej i cyfrowej, ponieważ dotyczy przewidywalności procesu leczenia, sposobu przekazywania informacji oraz organizacji

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
			kontakty z pacjentem/pacjentką. Takie podejście pozwala lepiej odpowiadać na rzeczywiste potrzeby pacjentów i wzmacnia funkcjonalny charakter standardu.
2.	Uwzględnienie konieczności informowania pacjentów/pacjentek o udogodnieniach w zakresie dostępności gabinetu. Standard powinien zawierać kompleksowe informacje na temat różnorodnych sposobów/kanałów informowania o dostępności – adekwatnie do potrzeb wszystkich grup osób ze szczególnymi potrzebami, w tym z niepełnosprawnościami (strona internetowa, rejestracja, materiały informacyjne itp.).	Brak informacji o dostępności powoduje samowykluczenie pacjentów/pacjentek jeszcze przed wizytą.	Z wywiadów pogłębionych jednoznacznie wynika, że brak jasnej i wyprzedzającej informacji o warunkach wizyty, w tym o możliwych bodźcach takich jak hałas, intensywne światło, zapachy czy tempo procedur, jest istotnym źródłem stresu i niepewności dla pacjentów/pacjentek z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Konieczność każdorazowego dopytywania o szczegóły wizyty powoduje, że część osób rezygnuje z leczenia jeszcze przed pierwszym kontaktem z gabinetem, co prowadzi do zjawiska samowykluczenia. Panel ekspercki potwierdził, że transparentna informacja o dostępnych udogodnieniach – w tym o możliwościach ograniczania bodźców i dostosowania organizacji wizyty – ma kluczowe znaczenie dla pacjentów/pacjentek z trudnościami

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
			poznawczymi, w spektrum autyzmu oraz z zaburzeniami psychicznymi. Dla tych grup przewidywalność i poczucie kontroli nad przebiegiem wizyty są warunkiem podjęcia decyzji o skorzystaniu z usługi, nawet jeśli dostęp architektoniczny gabinetu jest zapewniony. Jednocześnie eksperci wskazali, że informowanie o takich udogodnieniach jest rozwiązaniem relatywnie niskokosztowym, niewymagającym ingerencji infrastrukturalnej, a przynoszącym realny efekt dostępnościowy. Włączenie obowiązku komunikowania informacji o warunkach wizyty i możliwościach dostosowania gabinetu stanowi więc skuteczny sposób ograniczania barier o charakterze informacyjno-komunikacyjnym i organizacyjnym, które w praktyce decydują o faktycznym dostępie do leczenia stomatologicznego.
3.	Ujęcie odpowiedniej organizacji wizyty jako ważnego elementu	Dostępność gabinetów stomatologicznych dla osób	Wywiady pogłębione jednoznacznie wskazują, że sposób organizacji wizyty ma kluczowe znaczenie

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
	standardu dostępności. Organizacja wizyty (czas, przerwy, obecność opiekuna/osoby wspierającej, kolejność działań, możliwość wycofania się) powinna być bardziej sformalizowanym elementem standardu, a nie pozostawać w sferze nieformalnych praktyk.	z niepełnosprawnościami zależy nie tylko od infrastruktury, ale także od sposobu planowania i prowadzenia wizyty.	dla możliwości skorzystania z leczenia stomatologicznego przez osoby w spektrum autyzmu, z niepełnosprawnością intelektualną oraz z zaburzeniami psychicznymi. Możliwość wydłużenia wizyty, wprowadzenia przerw, ograniczenia bodźców w trakcie leczenia oraz obecność opiekuna lub osoby wspierającej często decydują o tym czy leczenie w ogóle może się odbyć. Brak elastyczności organizacyjnej prowadzi do skracania wizyt, przerywania leczenia lub całkowitej rezygnacji z dalszych kontaktów z gabinetem. Panel ekspercki potwierdził, że odpowiednia organizacja wizyty jest jednym z najskuteczniejszych narzędzi zwiększania dostępności, szczególnie w gabinetach o ograniczonych możliwościach infrastrukturalnych. Jasno określona kolejność działań, możliwość wycofania się na każdym etapie oraz przewidywalny przebieg wizyty znacząco obniżają poziom stresu

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
			i zwiększają poczucie bezpieczeństwa pacjenta. Włączenie zasad organizacji wizyty do standardu pozwala na ich systematyczne stosowanie, zamiast pozostawiania ich w sferze nieformalnych decyzji personelu. Jednocześnie doświadczenia pacjentów/pacjentek pokazują, że brak sformalizowanych rozwiązań organizacyjnych wymusza każdorazowe negocjowanie warunków wizyty. Jest to samo w sobie źródłem stresu i może prowadzić do rezygnacji z leczenia. Ujęcie organizacji wizyty jako stałego elementu standardu dostępności ogranicza tę niepewność. Zmniejsza tym samym ryzyko samowykluczenia pacjentów już na etapie planowania leczenia.

Rekomendacje do programu szkoleń dla personelu gabinetów stomatologicznych

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
1.	Szkolenia komunikacyjne dla personelu niemedycznego (rejestracja, recepcja).	Personel niemedyczny powinien być objęty obowiązkowymi szkoleniami z zakresu komunikacji z pacjentami/pacjentkami z różnymi rodzajami niepełnosprawności oraz pierwszego kontaktu z pacjentem/pacjentką. Szkolenia powinny obejmować w szczególności: - komunikację z osobami niesłyszącymi i g/Głuchymi i niewidomymi, - dostosowanie tempa, formy i kanału komunikacji, - obsługę	Dane ilościowe jednoznacznie potwierdzają, że personel niemedyczny należy do grup o najwyższej identyfikowanych potrzebach szkoleniowych w obszarze komunikacji i reagowania w sytuacjach trudnych. Wśród pracowników rejestracji i recepcji najczęściej wskazywane były szkolenia z komunikacji z osobami z różnymi rodzajami niepełnosprawności (24,2%) oraz postępowania w sytuacjach stresowych i zarządzania kryzysem (25,3%), co stanowi jedno z najwyższych wartości w tej grupie zawodowej. Wysoko oceniana była również potrzeba szkoleń z obsługi pacjentów/pacjentek w spektrum autyzmu (20,2%), z niepełnosprawnością intelektualną (19,7%) oraz z chorobami psychicznymi (18,5%). Wyniki te korespondują z wnioskami z badań jakościowych, które wskazują, że bariery dostępności bardzo często pojawiają się już na

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
		pacjentów/pacjentelek: w spektrum autyzmu, w kryzysie emocjonalnym, z chorobami psychicznymi oraz z niepełnosprawnością intelektualną, • identyfikację barier informacyjno-komunikacyjnych i reagowanie na nie, • podstawy prostego języka i jasnych procedur informowania pacjenta.	etapie pierwszego kontaktu z gabinetem, a więc podczas rejestracji wizyty, rozmowy telefonicznej lub kontaktu osobistego w recepcji. Brak kompetencji komunikacyjnych, trudność w rozpoznaniu potrzeb pacjenta/pacjentki lub niewłaściwa reakcja w sytuacji stresowej mogą skutkować rezygnacją z wizyty jeszcze przed rozpoczęciem leczenia. Czyni to personel niemedyczny jednym z kluczowych ogniw systemu dostępności gabinetu stomatologicznego i uzasadnia potrzebę priorytetowego uwzględnienia w standardzie dostępności szkoleń komunikacyjnych dla tej grupy personelu gabinetu.
2.	Szkolenia praktyczne dla personelu medycznego - pomocniczego.	Personel medyczny – pomocniczy powinien zostać objęty szkoleniami nastawionymi na praktyczne umiejętności bezpiecznej	Dane ilościowe jednoznacznie wskazują, że personel medyczny - pomocniczy zgłasza wysokie zapotrzebowanie na szkolenia o charakterze praktycznym, bezpośrednio związane z codzienną obsługą pacjentów z różnymi rodzajami

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
		obsługi pacjentów z różnymi ograniczeniami funkcjonalnymi. Szkolenia powinny obejmować: • bezpieczną asekurację pacjenta/pacjentki i pomoc w przesiadaniu się na fotel, • reagowanie w sytuacjach stresowych i kryzysowych, • współpracę z pacjentami/pacjentkami wymagającymi zwiększonego wsparcia organizacyjnego, • obsługę pacjentów/pacjenteń z niepełnosprawnością	niepełnosprawności. Najczęściej wskazywane obszary to komunikacja z pacjentami/pacjentkami z różnymi rodzajami niepełnosprawności (24,4%), obsługa osób z niepełnosprawnością intelektualną (24,7%), obsługa osób z chorobami psychicznymi (22,2%) oraz postępowanie w sytuacjach stresowych i zarządzanie kryzysem (21,1%). Wysokie wartości tych wskazań potwierdzają, że to właśnie personel medyczny - pomocniczy najczęściej mierzy się z sytuacjami wymagającymi szybkiej reakcji, wsparcia organizacyjnego i bezpośredniego kontaktu z pacjentem/pacjentką w trakcie wizyty. Analizy jakościowe uzupełniają ten obraz, pokazując, że brak praktycznych umiejętności w zakresie asekuracji pacjenta/pacjentki, pomocy w przemieszczaniu się, reagowania na lęk, dezorientację czy nadwrażliwość bodźcową może prowadzić zarówno do zagrożeń bezpieczeństwa

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
		ruchową, intelektualną, z chorobami psychicznymi oraz w spektrum autyzmu, • podstawy współpracy zespołowej przy osobach ze szczególnymi potrzebami.	pacjenta/pacjentki, jak i do przeciążenia personelu. W efekcie nawet dobrze przygotowany gabinet pod względem infrastrukturalnym nie zapewnia realnej dostępności, jeśli personel pomocniczy nie posiada kompetencji pozwalających na sprawne i bezpieczne wsparcie pacjenta/pacjentki w trakcie całego procesu leczenia. Z tego względu szkolenia dla personelu medycznego - pomocniczego powinny mieć przede wszystkim charakter praktyczny i obejmować ćwiczenia z zakresu bezpiecznego przemieszczania pacjenta/pacjentki, współpracy z osobami wymagającymi większego wsparcia organizacyjnego, reagowania w sytuacjach stresowych oraz pracy zespołowej z lekarzem/lekarką. Tylko takie podejście pozwala na trwałe zwiększenie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń oraz realne ograniczenie barier doświadczanych przez pacjentów/pacjentek

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
			z niepełnosprawnościami.
3.	Szkolenia kliniczne i komunikacyjne dla lekarzy/lekarek dentystów.	Lekarze/lekarki dentyści powinni być objęci szkoleniami łączącymi wiedzę kliniczną z kompetencjami komunikacyjnymi i organizacyjnymi w pracy z pacjentami/pacjentkami z niepełnosprawnościami. Szkolenia powinny obejmować: • charakterystykę głównych typów niepełnosprawności i ich skutków funkcjonalnych, • informowanie pacjenta/pacjentki o przebiegu zabiegu	Wyniki badania jednoznacznie wskazują, że lekarze/lekarki dentyści identyfikują istotne potrzeby szkoleniowe wykraczające poza czysto kliniczny wymiar leczenia. Najczęściej wskazywane obszary to postępowanie w sytuacjach stresowych i zarządzanie kryzysem (28,7%), komunikacja z pacjentami/pacjentkami z różnymi rodzajami niepełnosprawności (23%), a także obsługa pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnością intelektualną (23,9%) oraz w spektrum autyzmu (23,9%). Pokazuje to, że lekarze/lekarki dostrzegają trudności pojawiające się w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, związane z komunikacją, reakcjami emocjonalnymi oraz koniecznością dostosowania przebiegu leczenia do indywidualnych potrzeb. Jednocześnie relatywnie wysoki odsetek wskazań dotyczących aspektów prawnych dostępności

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
		i kolejnych etapach leczenia, • komunikację z pacjentami/pacjentkami z niepełnosprawnością intelektualną, psychiczną i w spektrum autyzmu, • poszanowanie granic pacjenta/pacjentki i uprzedzanie o dotyku, • postępowanie w sytuacjach trudnych i kryzysowych.	i obowiązków świadczeniodawcy (26,1%) sugeruje potrzebę wzmocnienia świadomości lekarzy/lekarek w zakresie odpowiedzialności zawodowej oraz standardów obsługi pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami. Połączenie komponentu klinicznego z kompetencjami komunikacyjnymi i organizacyjnymi jest kluczowe, ponieważ to lekarz/lekarka w największym stopniu kształtuje przebieg wizyty, tempo leczenia oraz poczucie bezpieczeństwa pacjenta/pacjentki. Analizy jakościowe potwierdzają, że brak przygotowania lekarzy/lekarek do pracy z pacjentami/pacjentkami o szczególnych potrzebach może prowadzić do skracania wizyt, rezygnacji z leczenia lub unikania kolejnych kontaktów z gabinetem. Szkolenia kliniczne i komunikacyjne dla lekarzy/lekarek dentystów stanowią jeden z kluczowych warunków trwałej poprawy dostępności usług stomatologicznych,

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
			uzupełniając rozwiązania architektoniczne, sprzętowe i organizacyjne o kompetencje niezbędne w codziennej praktyce klinicznej.
4.	Szkolenia systemowe i organizacyjne dla kadry zarządczej.	Kadra zarządcza powinna być objęta odrębnym modulem szkoleniowym, koncentrującym się na planowaniu i wdrażaniu dostępności jako stałego elementu jakości usług. Szkolenia powinny obejmować: • aspekty prawne dostępności i obowiązki świadczeniodawcy, • planowanie dostępności w wymiarze architektonicznym, informacyjno-	Dane z badania jednoznacznie wskazują, że kadra zarządcza dostrzega potrzebę wzmacniania kompetencji związanych z planowaniem i wdrażaniem dostępności. Zakres tej wiedzy pozostaje jednak ograniczony i rozproszony. Relatywnie wysoki odsetek wskazań dotyczy aspektów prawnych dostępności i obowiązków świadczeniodawcy (20,2%), co pokazuje, że menedżerowie odczuwają niepewność w zakresie interpretacji przepisów i ich praktycznego zastosowania w codziennym funkcjonowaniu gabinetu. Jednocześnie niższe wskazania dotyczą wdrażania działań z zakresu dostępności architektonicznej (3,4%), informacyjno-komunikacyjnej (7,6%) i cyfrowej (9,6%), co sugeruje brak całościowego, strategicznego

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
		komunikacyjnym i cyfrowym, • wdrażanie standardów i procedur dostępności, • zarządzanie zespołem w kontekście pracy z pacjentami/pacjentkami ze szczególnymi potrzebami, • wykorzystanie programów dofinansowania i grantów.	spojrzenia na dostępność jako element jakości usług. Szkolenia dla kadry zarządczej są kluczowe, ponieważ to właśnie ta grupa odpowiada za podejmowanie decyzji inwestycyjnych, organizacyjnych i kadrowych. Bez odpowiedniego przygotowania zarządzających działania na rzecz dostępności mają charakter punktowy, reaktywny i nietrwały, co potwierdzają również wnioski z analiz jakościowych. Wzmocnienie kompetencji kadry zarządczej w zakresie planowania dostępności we wszystkich trzech wymiarach – architektonicznym, informacyjno-komunikacyjnym i cyfrowym – sprzyja lepszemu wykorzystaniu zasobów, właściwemu priorytetyzacji działań oraz łączeniu inwestycji technicznych ze zmianami organizacyjnymi i szkoleniami zespołu. Rekomendowane szkolenia powinny więc koncentrować się na przekładaniu wymogów

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
			prawnych i standardów dostępności na konkretne rozwiązania operacyjne, zarządzaniu zmianą oraz budowaniu kultury organizacyjnej opartej na równości dostępu. Tylko wówczas dostępność przestaje być pojedynczym projektem, a staje się trwałym elementem funkcjonowania gabinetu stomatologicznego.
5.	Szkolenia w zakresie dostępności i organizacji gabinetu stomatologicznego – dla całego zespołu (minimum programowe).	Niezależnie od specjalizacji, wszyscy członkowie zespołu powinni przejść wspólny, podstawowy moduł szkoleniowy budujący wspólny standard obsługi pacjenta. Moduł wspólny powinien obejmować: • świadomość barier architektonicznych, informacyjno-komunikacyjnych,	Wyniki badania jednoznacznie pokazują, że dostępność gabinetów stomatologicznych jest przez personel najczęściej rozumiana w sposób wąski – przede wszystkim jako kwestia barier architektonicznych. Zarówno w deklaracjach kadry zarządczej, jak i w wypowiedziach jakościowych, dostępność bywa utożsamiana głównie z obecnością podjazdu, windy czy dostosowanej toalety, przy znacznie mniejszej świadomości znaczenia dostępności informacyjno-komunikacyjnej, cyfrowej oraz organizacyjnej. Taki sposób myślenia przekłada się na fragmentaryczne

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
		cyfrowych i organizacyjnych, • role poszczególnych członków zespołu w procesie obsługi pacjenta.	działania, które nie prowadzą do trwałej poprawy realnego dostępu do usług dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Jednocześnie analizy pokazują, że wiele barier, z jakimi mierzą się pacjenci, ma charakter organizacyjny i proceduralny: dotyczy sposobu planowania wizyt, obiegu informacji, podziału funkcji w zespole, reagowania w sytuacjach trudnych czy braku spójnych standardów obsługi. Braki te nie wynikają wyłącznie z ograniczeń finansowych lub infrastrukturalnych, lecz z niewystarczającej wiedzy, jak planować dostępność w sposób całościowy i systemowy. W efekcie nawet gabinety posiadające podstawowe udogodnienia techniczne nie zawsze są w stanie zapewnić pacjentom i pacjentkom poczucie bezpieczeństwa, przewidywalności i realnej możliwości skorzystania z leczenia. Szkolenia w zakresie dostępności i organizacji gabinetu są zatem kluczowe dla poszerzenia

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
			perspektywy personelu – szczególnie kadry zarządczej – z podejścia „technicznego” na podejście procesowe. Powinny one wzmacniać rozumienie dostępności jako elementu jakości usług, obejmującego architekturę, komunikację, organizację pracy i cyfrowe kanały kontaktu. Tylko takie podejście umożliwia świadome planowanie zmian, racjonalne wykorzystanie środków oraz wdrażanie rozwiązań, które wzajemnie się uzupełniają, zamiast funkcjonować jako odrębne, incydentalne działania.
6.	Wdrożenie obowiązkowych, praktycznych szkoleń dla całego zespołu gabinetu z zakresu komunikacji z pacjentami/pacjentkami ze szczególnymi potrzebami oraz organizacji wizyty i reagowania na sytuacje trudne, obejmujących	Najistotniejsze deficyty kompetencyjne personelu gabinetów stomatologicznych dotyczą komunikacji z pacjentami/pacjentkami ze szczególnymi potrzebami oraz reagowania na sytuacje trudne, a nie samej wiedzy	Wyniki badania ilościowego (CATI/CAWI) jednoznacznie pokazują, że największe trudności personelu w pracy z pacjentami/pacjentkami ze szczególnymi potrzebami dotyczą komunikacji oraz reagowania w sytuacjach stresowych, a nie samych procedur medycznych. Jako najważniejszą potrzebę szkoleniową wskazywano komunikację z pacjentami/pacjentkami z różnymi rodzajami

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
	m.in.: • skuteczną i empatyczną komunikację, • planowanie i przebieg wizyty (czas, przerwy, przewidywalność), • reagowanie na stres, panikę, dezorientację i nadwrażliwość pacjentów/pacjentek, • ćwiczenia praktyczne (scenariusze, symulacje, studia przypadku).	medycznej. Brak umiejętności prowadzenia jasnej, empatycznej komunikacji oraz radzenia sobie ze stresem, paniką czy dezorientacją pacjentów/pacjentek jest jedną z głównych przyczyn skracania lub przerywania wizyt i wprost ogranicza skuteczność leczenia.	niepełnosprawności (25%) oraz postępowanie w sytuacjach stresowych i zarządzanie kryzysem (22,2%). Wysoki odsetek wskazań dotyczył także obsługi pacjentów/pacjentek w spektrum autyzmu (21,9%), z niepełnosprawnością intelektualną (16%) oraz z zaburzeniami psychicznymi (16,3%), co potwierdza, że personel doświadcza trudności głównie na poziomie kontaktu i organizacji wizyty. Jednocześnie badanie pokazuje, że poczucie niepewności i obawa przed nieodpowiednim zachowaniem wobec pacjenta/pacjentki z niepełnosprawnością są powszechne zarówno wśród personelu medycznego, jak i niemedycznego. Znaczna część respondentów wskazywała na stres towarzyszący pracy z osobami ze szczególnymi potrzebami oraz brak przygotowania do reagowania na panikę, dezorientację czy nadwrażliwość na bodźce. W praktyce prowadzi to do skracania wizyt,

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
			unikania bardziej złożonych świadczeń lub ograniczania kontaktu do minimum. Wywiady pogłębione potwierdzają te obserwacje wskazując, że spokojna, przewidywalna komunikacja oraz umiejętność reagowania w sytuacjach trudnych znacząco poprawiają doświadczenie pacjenta/pacjentki i poczucie bezpieczeństwa po obu stronach. Respondenci podkreślali, że brak takich kompetencji jest jedną z kluczowych barier po stronie personelu, nawet w gabinetach dobrze wyposażonych technicznie. Dlatego szkolenia powinny mieć charakter praktyczny, oparty na scenariuszach i symulacjach, a ich wartością dodaną może być udział osób z niepełnosprawnościami oraz przedstawicieli organizacji pozarządowych, co zwiększa realizm i skuteczność procesu szkoleniowego.
7.	Systemowe rozwiązanie – wdrożenie zmian w kształceniu	Brak systemowej edukacji powoduje, że wiedza	Badanie jednoznacznie wskazuje potrzebę zmian w kształceniu lekarzy/lekarek dentystów, personelu

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
	przeddyplomowym kadry gabinetów stomatologicznych. Uwzględnienie zagadnień z zakresu dostępności i pracy z pacjentami/pacjentkami ze szczególnymi potrzebami w kształceniu przeddyplomowym.	personelu ma charakter intuicyjny i nierówny.	medycznego – pomocniczego gabinetów stomatologicznych, w tym nauki kwalifikacji pacjentów/pacjentek do określonego trybu leczenia (leczenie ambulatoryjne, leczenie ambulatoryjne w znieczuleniu ogólnym, leczenie w warunkach szpitalnych), komunikacji i pracy interdyscyplinarnej. Wyniki CATI/CAWI potwierdzają zapotrzebowanie na takie kompetencje.

Rekomendacje do naboru grantobiorców

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
1.	Zwrócenie szczególnej uwagi na inwestycje celowane i funkcjonalnie uzasadnione, dotyczące konkretnych elementów zwiększających dostępność gabinetu (sprzęt oraz dostosowania architektoniczne). Inwestycje powinny wzmacniać już istniejący minimalny poziom dostępności. Powinny także być realizowane jako część zintegrowanego planu działań obejmującego również dostępność informacyjno-komunikacyjną, cyfrową oraz rozwój kompetencji personelu. Dobór przedsięwzięć powinien uwzględniać następujące aspekty: • preferowane powinny być inwestycje, które usuwają bariery wejścia do gabinetu i realnie umożliwiają korzystanie z usługi (np. toaleta	Same inwestycje architektoniczne lub sprzętowe nie są wystarczające do trwałej poprawy dostępności gabinetów stomatologicznych, jednak pozostają jej warunkiem koniecznym. Wsparcie grantowe powinno być kierowane przede wszystkim na takie elementy inwestycyjne, które w sposób bezpośredni i funkcjonalny znoszą realne bariery w korzystaniu z usług, a jednocześnie są powiązane z działaniami organizacyjnymi i kompetencyjnymi personelu.	Wyniki badania ilościowego pokazują, że dostępność w gabinetach stomatologicznych jest nadal postrzegana głównie przez pryzmat barier architektonicznych i sprzętowych, przy jednoczesnym niedocenianiu roli rozwiązań organizacyjnych i kompetencyjnych. Jednocześnie kadra zarządcza najczęściej wskazywała na brak możliwości leczenia w znieczuleniu ogólnym, bariery architektoniczne oraz ograniczenia sprzętowe jako istotne przeszkody w zapewnieniu równego dostępu do świadczeń. Oznacza to, że bez inwestycji w kluczowe elementy infrastruktury i wyposażenia wiele gabinetów nie jest w stanie w ogóle rozpocząć procesu poprawy dostępności. Analizy jakościowe oraz wnioski z panelu

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
	dostępna, przestrzeń manewrowa, ergonomia stanowiska zabiegowego), • zakup sprzętu powinien być traktowany jako inwestycja wspierająca dostępność, o ile odpowiada na konkretną barierę, jest powiązany z organizacją wizyty i przygotowaniem personelu oraz nie stanowi jedyne ani dominującego elementu projektu, • nie powinny być premiowane przedsięwzięcia skoncentrowane na pojedynczym, kosztownym rozwiązaniu, które ogranicza możliwość wdrożenia dostosowań w innych obszarach dostępności.		ekspertskiego jednoznacznie wskazują jednak, że inwestycje skoncentrowane na jednym kosztownym rozwiązaniu rzadko prowadzą do realnej poprawy sytuacji pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami. Eksperti podkreślali, że dopiero inwestycje celowane, takie jak dostosowanie toalety, poprawa przestrzeni manewrowej, zakup regulowanego fotela czy sprzętu wspierającego bezpieczne przemieszczanie pacjenta/pacjentki w połączeniu ze zmianą organizacji wizyty i przygotowaniem personelu, przynoszą trwały efekt dostępnościowy. Takie podejście pozwala wykorzystać środki grantowe w sposób bardziej efektywny, prowadząc do wielowymiarowej poprawy dostępności gabinetów stomatologicznych, a nie jedynie do

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
			punktowych modernizacji o ograniczonym wpływie na doświadczenie pacjentów i pacjentek.
2.	Powiązanie kryterium szkoleniowego z zakresem i charakterem planowanych działań dostępnościowych. Kryterium dotyczące szkoleń powinno promować projekty, w których istotny jest rozwój kompetencji personelu oraz jest spójny z planowanymi inwestycjami, w szczególności w zakresie obsługi sprzętu.	Skuteczność działań dostępnościowych zależy nie tylko od zakresu inwestycji (np. zakup sprzętu), ale także od przygotowania personelu do ich właściwego wykorzystania.	Wyniki badań ilościowych i jakościowych wskazują, że dostępność w gabinetach stomatologicznych jest często postrzegana wąsko, głównie przez pryzmat barier architektonicznych. Jednocześnie niedostrzegana jest rola komunikacji, organizacji wizyty i kompetencji personelu. Wywiady pogłębione pokazują, że nawet w gabinetach częściowo dostosowanych brak odpowiednich umiejętności zespołu w zakresie komunikacji, reagowania na sytuacje trudne czy korzystania z dostępnych rozwiązań znacząco ogranicza realny efekt wprowadzanych udogodnień. Panel ekspercki potwierdził ponadto, że szkolenia powiązane tematycznie z planowanymi

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
			dostosowaniami zwiększają trwałość wdrażanych zmian i zapobiegają sytuacjom, w których inwestycje pozostają niewykorzystane lub stosowane incydentalnie. Dlatego kryterium szkoleniowe powinno oceniać nie sam fakt udziału w szkoleniach, lecz ich adekwatność do zakresu projektu i realny wpływ na funkcjonowanie gabinetu zgodnie ze standardem dostępności.
3.	Premiowanie projektów kompleksowych, obejmujących jednocześnie kilka obszarów dostępności gabinetu stomatologicznego. Wsparcie grantowe powinno premiować przedsięwzięcia, które łączą rozwiązania z zakresu dostępności architektonicznej, informacyjno-komunikacyjnej, cyfrowej oraz organizacyjno-szkoleniowej. Tylko takie podejście pozwala osiągnąć realną	Dostępność gabinetu stomatologicznego ma charakter wielowymiarowy i nie może być skutecznie poprawiona poprzez pojedyncze, punktowe działania w jednym obszarze.	Wyniki badań ilościowych i jakościowych pokazują, że dostępność w praktyce jest często utożsamiana wyłącznie z barierami architektonicznymi, podczas gdy dla pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami równie istotne – a nierzadko decydujące – są bariery informacyjno-komunikacyjne i cyfrowe. Analizy CATI/CAWI oraz IDI wskazują, że nawet gabinety posiadające

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
	i trwałą poprawę dostępności gabinetu dla osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności i szczególnymi potrzebami.		podstawowe dostosowania architektoniczne pozostają w praktyce trudno dostępne, jeśli pacjent/pacjentka nie otrzymuje jasnej informacji o przebiegu wizyty, nie może skorzystać z dostępnej rejestracji lub trafia na personel nieprzygotowany do pracy z osobami ze szczególnymi potrzebami. Panel ekspercki jednoznacznie potwierdził, że największy efekt społeczny przynoszą projekty, które równolegle usuwają więcej niż jeden typ bariery i prowadzą do trwałej zmiany sposobu funkcjonowania gabinetu. Kompleksowość rozwiązań zwiększa nie tylko realną dostępność usług. Wzmacnia także trwałość efektów finansowanego wsparcia. Minimalizuje bowiem ryzyko sytuacji, w której pojedyncza inwestycja nie przekłada się na faktyczne zwiększenie możliwości korzystania z leczenia

Lp.	Treść rekomendacji	Wniosek	Uzasadnienie
			stomatologicznego przez osoby z różnymi potrzebami.
4.	Proponowane działanie na przyszłość: wprowadzenie małych grantów „szybkiego wdrożenia” na niskokosztowe działania organizacyjne i komunikacyjne.	Nie wszystkie działania poprawiające dostępność wymagają dużych inwestycji.	Wywiady pogłębione pokazują, że proste zmiany (organizacja wizyt, materiały w prostym języku, procedury komunikacyjne) mają duży wpływ na dostępność, a są często pomijane w konkursach grantowych nastawionych na infrastrukturę.

Pozostałe główne wnioski z badania

Dostępność usług stomatologicznych w Polsce jest silnie spolaryzowana organizacyjnie, a nie terytorialnie – kluczowym czynnikiem różnicującym nie jest sama lokalizacja (miasto–wieś), lecz wielkość i skala organizacyjna gabinetu (liczba stanowisk, liczebność zespołu).

Małe, jedno- i dwustanowiskowe gabinety dominujące w strukturze rynku (ponad 70%) mają ograniczoną zdolność do wdrażania dostępności systemowej, zarówno w wymiarze architektonicznym, jak i organizacyjnym, cyfrowym oraz komunikacyjnym.

Leczenie w znieczuleniu ogólnym stanowi realny „wskaźnik zaawansowanej dostępności” – jest niemal wyłącznie domeną większych gabinetów, lepiej przygotowanych kadrowo i infrastrukturalnie, zlokalizowanych głównie w miastach powiatowych i wojewódzkich. Blisko 95% badanych gabinetów stomatologicznych nie świadczy usług w znieczuleniu ogólnym. Dla znacznej części osób ze szczególnymi potrzebami oznacza to konieczność migracji po usługę.

Im większy gabinet, tym większa kumulacja dostępności – w tych samych placówkach częściej współwystępują: rozwiązania architektoniczne, cyfrowe, informacyjno-komunikacyjne, szkolenia personelu oraz wyższa samoocena przygotowania zespołu. Dostępność nie rozkłada się równomiernie, lecz koncentruje się w wąskiej grupie placówek.

Dostępność architektoniczna ma charakter selektywny i „podstawowy” – dominują rozwiązania minimalne (rampy, toalety, regulowany fotel), natomiast rozwiązania kluczowe dla osób z większymi ograniczeniami mobilności (podnośniki, transfer, ewakuacja) pozostają rzadkie i silnie skorelowane z wielkością gabinetu.

Dostępność cyfrowa należy – obok dostępności informacyjno-komunikacyjnej – do najsłabiej rozwiniętych obszarów dostępności w gabinetach stomatologicznych. Jej niski poziom oznacza, że bariery pojawiają się już na etapie pozyskiwania informacji i rejestracji, zanim pacjent/pacjentka ma możliwość fizycznego kontaktu z gabinetem.

Dostępność informacyjno-komunikacyjna jest najslabiej rozwiniętym obszarem dostępności, niezależnie od lokalizacji. Nawet rozwiązania niskokosztowe (prosty język, podstawowe procedury komunikacyjne) nie są standardem, lecz wyjątkiem.

Plany dalszego rozwoju dostępności gabinetów zadeklarowało jedynie około 13% respondentów. Najczęściej plany takie deklarują gabinety zlokalizowane w miastach wojewódzkich i powiatowych. Zdecydowana większość gabinetów (ponad 58%) w ogóle nie planuje wprowadzenia kolejnych udogodnień i dostosowań dla osób z niepełnosprawnościami. Przyczyną braku planów rozwoju dostępności gabinetów stomatologicznych jest najczęściej przekonanie o braku potrzeby takich działań.

Najczęściej planowanym działaniem poprawiającym dostępność gabinetów stomatologicznych jest ich doposażenie w sprzęt medyczny, a kolejnym – szkolenie personelu.

Wysoka deklarowana samoocena przygotowania personelu do obsługi osób z niepełnosprawnościami nie zawsze przekłada się na faktyczną gotowość do pracy z pacjentami/pacjentkami o złożonych potrzebach. W szczególności widoczna jest rozbieżność polegająca na tym, że personel deklaruje dobre przygotowanie do obsługi pacjentów/pacjentek z niepełnosprawnościami, ale w praktyce gabinety nie posiadają jasno opisanych procedur, ustalonych zasad organizacji wizyty ani standardów komunikacji. W efekcie jakość obsługi zależy od indywidualnego doświadczenia lub intuicji pracowników, a nie od systemowych, powtarzalnych rozwiązań obowiązujących w całym gabinecie.

Największe luki kompetencyjne dotyczą komunikacji i reagowania na sytuacje trudne, a nie procedur stricte medycznych. To właśnie te obszary są źródłem stresu personelu i jedną z głównych przyczyn skracania lub przerywania wizyt.

Personel niemedyczny (rejestracja, recepcja) pełni kluczową, lecz niedoszacowaną rolę w dostępności. To właśnie na etapie pierwszego kontaktu najczęściej dochodzi do samowykluczenia pacjentów/pacjentek.

Brak wyodrębnionych ról wspierających (koordynator dostępności, osoba wspierająca pacjenta/pacjentkę) sprawia, że dostępność w większości gabinetów zależy od indywidualnego zaangażowania, a nie od trwałych procedur.

Dostępność w praktyce ma charakter fragmentaryczny, oparty na punktowych dostosowaniach, a nie na spójnym standardzie obejmującym cały proces obsługi pacjenta – od informacji, przez rejestrację, po przebieg wizyty.

W wielu gabinetach utrwała się przekonanie o „braku potrzeby” wdrażania dostępności informacyjno-komunikacyjnej, często uzasadniane obecnością osoby wspierającej/opiekuna pacjenta, co w praktyce oznacza przenoszenie odpowiedzialności z systemu na osoby trzecie.

Poziom dostępności jest silnie powiązany z dojrzałością organizacyjną gabinetu, a nie tylko z jego zasobami finansowymi – tam, gdzie personel jest lepiej przygotowany, częściej pojawiają się również rozwiązania cyfrowe i komunikacyjne.

Empatia i postawy personelu, choć ważne, nie kompensują braków infrastrukturalnych i systemowych – bez wsparcia sprzętowego, organizacyjnego i szkoleniowego dostępność pozostaje ograniczona i nietrwała.