



Dostępność psychiatrii dla osób z niepełnosprawnościami

**Rekomendacje dla placówek medycznych
i propozycje zmian w przepisach**

Dostępność psychiatrii dla osób z niepełnosprawnościami
Rekomendacje dla placówek medycznych i propozycje zmian w przepisach

Opracowanie Hanna Pasterny

Katowice, grudzień 2023

fundacja 
wielogłosu

40-064 Katowice || ul. Kopernika 14 || www.wieloglosu.pl

Publikacja dofinansowana ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych za pośrednictwem Samorządu Województwa Śląskiego.

Zamieszczone w niej treści mogą być cytowane i publikowane na stronach internetowych, blogach, w biuletynach, pismach i innych mediach pod warunkiem podania źródła.

Spis treści

Wstęp	4
Dostosowanie przestrzeni i strony internetowej	7
Procedury i rekomendacje organizacyjne	10
Komunikacja	15
Zmiany w przepisach prawnych	18
Przydatne strony internetowe	20

Wstęp

Niniejsze rekomendacje zostały wypracowane przez Fundację Wielogłosu w ramach projektu „Aktywnie razem” współfinansowanego ze środków PFRON za pośrednictwem Samorządu Województwa Śląskiego. Do podjęcia tego tematu zainspirowały nas nasze własne doświadczenia, m.in. wspieraliśmy niewidomą kobietę hospitalizowaną w szpitalu psychiatrycznym. Wizyty w szpitalu oraz kontakt z opiekunami osób z niepełnosprawnością intelektualną i autyzmem leczących się psychiatrycznie uświadomiły nam, iż placówki nie są dostosowane do osób ze szczególnymi potrzebami. Dotyczy to zarówno infrastruktury (wieloosobowe sale, brak miejsca, w którym można się wyciszyć), jak i procedur oraz komunikacji z niepełnosprawnym pacjentem. Ponadto w ramach Inicjatywy Nasz Rzecznik uczestniczyliśmy w tworzeniu „Manifestu zdrowia psychicznego”. Podczas spotkań Inicjatywy także powracał temat niepełnosprawności.

We wniosku projektowym zaplanowaliśmy zorganizowanie spotkania o dostępności psychiatrii dla osób z niepełnosprawnościami. Założyliśmy, że weźmie w nim udział ok. piętnastu osób. Jednak zainteresowanie tematem przerosło nasze najśmielsze oczekiwania. Zapisano się 76 osób, a dodatkowo kilka innych, które nie mogły wziąć udziału, przysłało propozycje lub poprosiło

o rozmowę telefoniczną, by podzielić się swoimi doświadczeniami. Spotkanie odbyło się online, dzięki czemu wzięły w nim udział osoby z różnych części Polski i z różnymi ograniczeniami. Uczestniczyły w nim osoby niepełnosprawne, które doświadczyły kryzysu psychicznego (m.in. osoba z porażeniem mózgowym, niewidoma i głuchoniewidoma), członkowie ich rodzin, przedstawiciele organizacji pozarządowych, placówek medycznych, ośrodków szkolno-wychowawczych dla niepełnosprawnych dzieci i młodzieży, domów pomocy społecznej, Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Skupiliśmy się głównie na potrzebach i problemach osób niepełnosprawnych, które były hospitalizowane w szpitalach psychiatrycznych. Wspólnie szukaliśmy rozwiązań problemów.

Jesteśmy świadomi, że niniejsze opracowanie nie wyczerpuje tematu. Konieczne są kolejne spotkania i prace nad kompleksowym dostosowaniem systemu wsparcia psychiatrycznego i pomocy psychologicznej do potrzeb osób z różnymi niepełnosprawnościami. Fundacja Wielogłosu będzie nadal działać w tym obszarze. Osoby niepełnosprawne doświadczające kryzysów psychicznych są podwójnie stygmatyzowane, borykają się z niezrozumieniem i społecznym wykluczeniem. Naszym celem jest kompleksowe działanie na rzecz poprawy dostępności psychiatrii także dla tej grupy.

Ważne jest, by wdrażając poniższe dostosowania i usprawnienia, konsultować je z osobami z poszczególnymi niepełnosprawnościami. Może się bowiem zdarzyć, że np. z brajlowskich tabliczek zamówionych na drzwi pomieszczeń odpadają kropki, więc są nieczytelne i należy złożyć reklamację lub że tekst z naszego punktu widzenia łatwy do czytania i zrozumienia jest zbyt trudny dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. Ponadto osoby z niepełnosprawnościami to bardzo zróżnicowana grupa. Osoba poruszająca się na wózku uzna budynek za dostępny, bo jest w nim winda, a niewidoma za niedostępny, ponieważ w windzie zamontowano panel dotykowy, nie ma komunikatów głosowych ani brajlowskich napisów. Dostępność stron internetowych powinny testować osoby z różnymi niepełnosprawnościami i różnym stopniem zaawansowania w obsłudze komputera. Niektóre trudności z poruszaniem się po stronie nie wynikają z jej niedostępności, lecz zastosowania nieintuicyjnych rozwiązań. Szerokie konsultacje są ważne, bo to, iż ktoś

pracuje z osobami niepełnosprawnymi lub ma daną niepełnosprawność, nie oznacza, że jest ekspertem od wszystkich niepełnosprawności. Rekomendujemy współpracę z organizacjami pozarządowymi. Mogą wskazać ekspertów, pomogą znaleźć instruktora orientacji przestrzennej, który zapozna niewidomego pacjenta z topografią budynku szpitala, podpowiedzą, co ułatwi kontakt z pacjentem. Warto podkreślić, że wdrożenie poniższych rekomendacji będzie korzystne także dla pacjentów bez niepełnosprawności (np. przejrzyste procedury, przepisy dotyczące wystawiania recept) oraz zwiększą komfort pracy personelu. Również dla wszystkich korzystne byłoby zwiększenie zatrudnienia personelu. Gdyby było go więcej, łatwiej byłoby pomóc również pacjentom z niepełnosprawnościami.

Osoby zainteresowane współpracą z Fundacją Wielogłosu w obszarze dostępności mogą napisać na adres hanna@wieloglosu.pl lub skontaktować się przez stronę www.hannapasterny.pl.

Dostosowanie przestrzeni i strony internetowej

1. Stworzenie w wybranych szpitalach psychiatrycznych oddziału dla osób z niepełnosprawnością intelektualną

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną lecząca się psychiatrycznie potrzebuje innego, większego wsparcia niż pacjent chorujący psychicznie bez niepełnosprawności sprzężonej. Profesjonaliści pracujący na oddziałach psychiatrycznych zwykle nie mają na tyle szerokiego wykształcenia, by skutecznie leczyć i pomagać osobom z tak różnymi potrzebami. Mało kto z personelu medycznego zna alternatywne formy komunikacji z osobami niewerbalnymi, brakuje również przygotowania w zakresie oligofrenopedagogiki. Trudno też dostosować zajęcia terapeutyczne na oddziałach do tak różnego poziomu intelektualnego. Dla jednych będą zbyt proste, co nie sprzyja zdrowieniu i pracy nad motywacją niezbędną do powrotu do wcześniejszej aktywności, dla innych za trudne, co może wywoływać frustrację i nasilać agresję. Poza tym u osób w normie intelektualnej może zwiększyć się lęk związany z chorobą. Odrębne oddziały byłyby korzystnym rozwiązaniem dla pacjentów, ich rodzin oraz personelu, któremu ułatwiłyby pracę. Tworząc takie miejsca, należy

korzystać z doświadczeń organizacji pozarządowych działających na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną i pracowników domów pomocy społecznej.

2. Stworzenie w skali kraju specjalistycznych oddziałów psychiatrycznych także dla innych grup pacjentów wymagających dodatkowego wsparcia, np. osób głuchych, osób w spektrum autyzmu

3. Dostosowanie budynków do potrzeb osób z różnymi niepełnosprawnościami

Placówki powinny przestrzegać ustaw o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami i o dostępności cyfrowej. Należy pamiętać nie tylko o dostępności architektonicznej dla osób z niepełnosprawnością ruchową (podjazd dla wózków, winda, dostosowana toaleta), lecz także o dostosowaniach architektonicznych, informacyjno-komunikacyjnych i cyfrowych dla innych niepełnosprawności. Do budynku powinna prowadzić ścieżka dotykowa. Na terenie szpitala należy zainstalować system informacyjno-nawigacyjny ułatwiający osobom niewidomym poruszanie się. To bardzo istotne, ponieważ zwykle szpital psychiatryczny to kompleks budynków. Na drzwiach pomieszczeń pomocne byłyby oznaczenia w brajlu i powiększonym druku, np. tabliczki NFC lub brajl i kod QR. Pierwszy i ostatni stopień każdego ciągu schodów oraz szklane powierzchnie powinny być oznaczone kontrastowym kolorem. Winda powinna być udźwiękowiona i posiadać wyczuwalne przyciski oznaczone brajlem (nie może to być panel dotykowy). Te dwa udogodnienia nie mogą być stosowane zamiennie, lecz jednocześnie. Gdy nie ma udźwiękowania, osoba niewidoma nie wie, na którym piętrze winda się zatrzymała. Jeśli nie ma brajlowskich napisów, nie wiadomo, który przycisk nacisnąć. Potrzebne jest też instalowanie pętli indukcyjnych ułatwiających słabosłyszącym rozumienie mowy. Ponadto placówki powinny wyznaczyć koordynatora dostępności.

4. Tworzenie stron internetowych zgodnie z wytycznymi WCAG 2.1

Na stronach należy zamieszczać także informacje w tekście łatwym do czytania i w języku migowym. Formularze powinny być w wersji edytowalnej, by niepełnosprawny pacjent, członek jego rodziny lub pracownik mógł je wypełnić na komputerze. Również pliki powinny być w formacie tekstowym. Dla czytelników ekranu, z których korzystają osoby niewidome, plik graficzny to pusty dokument. Takim plikiem jest również dokument zeskanowany bez użycia programu OCR (optical character recognition).

5. Zamieszczanie na stronach internetowych deklaracji dostępności

Ważne, by deklaracja zawierała konkrety. Na przykład nie wystarczy zapis, że w budynku jest dostępna winda; należy opisać, na czym polega jej dostępność, np. udźwiękowienie, szerokość drzwi. Dobrą praktyką jest zamieszczanie w deklaracji także informacji dotyczących dojazdu transportem publicznym, w tym nazwy najbliższych przystanków i numery autobusów dojeżdżających do placówki.

6. Tworzenie kalendarzy i innych systemów umożliwiających zarejestrowanie się na wizytę zgodnie ze standardami WCAG 2.1

Obecnie często są niedostępne dla osób niewidomych i słabowidzących korzystających z czytników ekranu.

Procedury i rekomendacje organizacyjne

1. Korzystanie ze wskazówek osób, które znają pacjenta

Rozmowa z członkiem rodziny lub osobą bliską pacjenta powinna odbyć się bezpośrednio po przyjęciu go do szpitala. Ma to znaczenie zwłaszcza w przypadku niepełnosprawności słuchu, intelektualnej i autyzmu, ze względu na problemy komunikacyjne. Personel może też potrzebować informacji technicznych, np. jak pomóc pacjentowi przesiąść się z łóżka na wózek. Osoba z poważną wadą wymowy lub doświadczająca psychozy może nie być w stanie ich udzielić.

2. Stworzenie procedury zgłaszania potrzeby skorzystania z pomocy tłumacza języka migowego i tłumacza-przewodnika osoby głuchoniewidomej

Brak takiej procedury sprawia, że gdy w placówce pojawia się osoba głucha, panuje popłoch. O pomoc jest proszona rodzina pacjenta, która nie zawsze może się zaangażować.

3. Wyznaczenie osób, które w razie potrzeby pomogą niepełnosprawnemu pacjentowi lub odwiedzającemu w poruszaniu się po terenie szpitala

Jest to istotne zwłaszcza dla osób niewidomych, z niepełnosprawnością intelektualną i w spektrum autyzmu.

4. Na prośbę pacjenta udostępnienie mu w formie pisemnej procedur obowiązujących na oddziale

Wielu pacjentów nie wie, od czego zależy możliwość wyjścia na spacer, otrzymanie przepustki, w jakich sytuacjach możliwe są odwiedziny poza wyznaczonymi godzinami, komu i jak zgłosić szczególne potrzeby wynikające z niepełnosprawności. Powinna być także możliwość wysłania procedur na e-mail pacjenta. Jest to istotne m.in. dla osób z dysfunkcją wzroku.

5. Na prośbę pacjenta wysyłanie mu informacji e-mailem i zamieszczenie na jego wypisie kodu QR

Byłoby to pomocne zwłaszcza dla osób z dysfunkcją wzroku.

6. Indywidualne podejście do pacjenta i uelastycznienie procedur

W wielu sytuacjach niepełnosprawny pacjent potrzebuje większej pomocy niż pozostali pacjenci. Jego bliscy lub asystent osoby niepełnosprawnej, z którego usług korzysta, mają ograniczone możliwości czasowe, np. asystent pomaga kilku osobom. W takich sytuacjach należy wyrazić zgodę na odwiedziny poza wyznaczonymi godzinami. Ponadto czasem szpitale nie przyznają niepełnosprawnemu pacjentowi samodzielnych wyjść i przepustek. Obawiają się, że sobie nie poradzi lub stanie się coś złego. Długotrwała izolacja nie sprzyja zdrowieniu. W takich sytuacjach należy otwarcie porozmawiać z pacjentem i wspólnie stworzyć plan.

7. Zapewnienie specjalistycznej opieki i indywidualnego podejścia osobom, które mają dodatkowe trudności lub potrzeby, szczególnie osobom z niepełnosprawnością intelektualną, wzroku, spektrum autyzmu

Należy pamiętać o bezpieczeństwie i ochronie pacjentów, którzy oprócz zaburzenia psychicznego mają dodatkowe problemy. Osobie w spektrum autyzmu, wrażliwej na hałas i inne bodźce, może być trudno odnaleźć się w wieloosobowej sali. To także duży problem dla niewidomego pacjenta, który potrzebuje pewnej stałości i przewidywalności, w tym stałego miejsca dla swoich rzeczy. Jeśli osobie widzącej inny pacjent zabierze kapcie, zwykle szybko je znajdzie, natomiast dla pacjenta z dysfunkcją wzroku to spore wyzwanie i stresująca sytuacja. Dla niektórych niepełnosprawnych pacjentów korzystne byłoby umieszczanie ich w pokojach jedno- lub dwuosobowych.

8. W miarę możliwości umieszczanie niepełnosprawnych pacjentów w pokojach w pobliżu łazienki i stołówki

Jest to istotne szczególnie dla osób z niepełnosprawnością ruchową i niewidomych. Po oddziale zwykle poruszają się bez białej laski. Z laską byłoby trudniej np. przynieść kubek z herbatą.

9. Zamieszczanie na stronach internetowych informacji dotyczących opieki duszpasterskiej, w tym zasad kontaktu z duchownymi poszczególnych wyznań

Jest to istotne także dla pacjentów pełnosprawnych, ale dla niepełnosprawnych jeszcze ważniejsze. W wielu szpitalach psychiatrycznych ksiądz nie wchodzi do każdej sali. Pacjent musi znaleźć go sam. To zadanie jest bardzo trudne dla pacjenta z dysfunkcją wzroku.

10. Wyposażenie placówek w sprzęt umożliwiający ewakuację osób z niepełnosprawnością ruchową

11. Zatrudnianie niepełnosprawnych profesjonalistów

Psycholog i psychoterapeuta z niepełnosprawnością wzroku lub ruchu, który stara się o pracę w placówce zdrowia psychicznego, zwykle już na wstępie spotyka się z odmową. Osoby decyzyjne obawiają się, że sobie nie poradzi lub będzie narażony na niebezpieczeństwo, np. niewidomy oparzy się przy zalewaniu kawy, nie trafi do gabinetu. Zamiast kategorycznej odmowy, warto zaprosić zainteresowanego na rozmowę kwalifikacyjną, zadawać pytania wprost, otwarcie mówić o swoich wątpliwościach i obawach, pytać potencjalnego pracownika, jak wyobraża sobie pracę, jaki ma plan. Należy patrzeć na kompetencje i dać osobie niepełnosprawnej szansę. Zazwyczaj każdy pracownik pierwszą umowę dostaje na czas określony. Obu stronom daje to możliwość sprawdzenia, czy praca jest odpowiednia. Ważne jest nawiązanie dobrego kontaktu z pacjentem, wiedza, umiejętności, a to nie jest zależne od niepełnosprawności.

12. Stworzenie ogólnopolskiej bazy psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów znających język migowy

13. Stworzenie przy Ministerstwie Zdrowia zespołu roboczego, który zajmie się adaptacją testów diagnostycznych do różnych rodzajów niepełnosprawności

Wiele testów psychologicznych nie uwzględnia ograniczeń, np. braku wzroku, nieposługiwania się mową werbalną. Wyniki są więc nieadekwatne. W skład zespołu powinni wejść także niepełnosprawni psycholodzy i psychoterapeuci.

14. Współpraca z organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze niepełnosprawności

Trudno jest wszechstronnie przeszkolić cały personel. W razie przyjęcia do szpitala osoby z niepełnosprawnością, ważny jest więc kontakt personelu z osobami kompetentnymi w danej dziedzinie w celu uzyskania konkretnych wskazówek. Organizacje mogą podpowiedzieć, jakie rozwiązania warto wdrożyć, potrafią wskazać osoby znające alternatywne metody komunikacji, wie-

dzą, kto w okolicy realizuje działania na rzecz aktywizacji zawodowej. Warto zapraszać je do współpracy także z zespołami leczenia środowiskowego działającymi w centrach zdrowia psychicznego. Udział osoby z zewnątrz w wizycie domowej u niepełnosprawnego pacjenta może być korzystny dla obu stron. W dalszej perspektywie pomocne byłoby stworzenie sieci regionalnych ekspertów, których praca polegałaby na wspieraniu personelu placówek medycznych i pacjentów z niepełnosprawnościami.

Komunikacja

1. Wprowadzenie na kierunkach medycznych i psychologicznych obowiązkowych zajęć na temat niepełnosprawności, wynikających z niej potrzeb, komunikacji z osobami z poszczególnymi niepełnosprawnościami

2. Szkolenia dla lekarzy, pielęgniarek, psychologów i innych osób pracujących w placówkach zdrowia psychicznego dotyczące komunikacji z osobami niepełnosprawnymi

Rozwój personelu i szkolenia dotyczące obsługi pacjenta mają kluczowe znaczenie dla podnoszenia jakości opieki. Szkolenia powinny obejmować również takie zagadnienia jak uważne słuchanie, empatia, odporność na stres, indywidualne podejście do pacjenta, uelastycznienie procedur. Umiejętność empatycznego słuchania i reagowania na potrzeby pacjenta pozytywnie wpływa na wzajemne relacje i sprzyja procesowi zdrowienia. Zarówno zajęcia dla pracowników, jak i studentów, powinny prowadzić także osoby z niepełnosprawnościami. Udział w nich zmniejszyłby lęk przed kontaktem z niepełnosprawnym pacjentem i ułatwił komunikację.

3. Propagowanie wśród pracowników wiedzy na temat tekstów łatwych do czytania i zrozumienia (ETR – easy to read and understand)

Stosowanie w pismach i komunikatach prostych sformułowań z towarzyszącą im grafiką korzystnie wpływa na ich zrozumienie. Jest to istotne szczególnie dla osób głuchych, z niepełnosprawnością intelektualną, autyzmem, demencją, po udarach.

4. Przekazanie pracownikom informacji, kto w placówce zna język migowy

Zdarza się, że są takie osoby, lecz ich współpracownicy nie wiedzą, że posiadają taką umiejętność.

5. Pytanie niepełnosprawnych pacjentów o ich potrzeby i propozycje rozwiązań

Daje to możliwość wspólnego zastanowienia się, co ułatwi pobyt w szpitalu i wdrożenie choćby niewielkiej zmiany, która pozytywnie wpłynie na samopoczucie pacjenta, zmniejszy stres związany z hospitalizacją i zwiększy komfort. Na przykład dla niewidomej pacjentki dużym stresem było korzystanie ze wspólnej toalety, ponieważ nie zawsze była czysta. Zapytała o możliwość korzystania z toalety dla personelu.

6. Przedstawienie się, spotykając niepełnosprawnego pacjenta

Jest to ważne szczególnie dla pacjenta z dysfunkcją wzroku, ponieważ nie przeczyta identyfikatora lekarza czy innego pracownika. Czasem nie wie, kto i w jakim celu zadaje mu pytania, np. lekarz czy ciekawski gość pacjenta z sąsiedniego łóżka.

7. Korzystanie z piktogramów w komunikacji z osobami głuchymi i z niepełnosprawnością intelektualną

8. Zaplanowanie więcej czasu na wizytę niepełnosprawnego pacjenta

Ważne, by lekarz miał czas np. na napisanie osobie słabosłyszącej czegoś na kartce lub komputerze, powtórzenie informacji osobie z autyzmem lub niepełnosprawnością intelektualną.

9. Przyjmowanie niepełnosprawnych pacjentów także na oddziały dzienne

Obecnie nie jest to powszechną praktyką. Na oddział nie został przyjęty m.in. mężczyzna z lekką niepełnosprawnością intelektualną, uzależniony od alkoholu i hazardu. Z odmową spotkały się też niektóre osoby niewidome. Wyjaśniono, że to niemożliwe, bo w budynku są schody. Warto rozmawiać z pacjentami o swoich obawach i wspólnie szukać rozwiązań. Wiele osób z niepełnosprawnościami wypracowało sposoby radzenia sobie w codziennych sytuacjach.

Zmiany w przepisach prawnych

1. Umożliwienie pacjentowi przebywającemu w szpitalu równoległego korzystania z usług świadczonych przez inną placówkę NFZ

Zmiana byłaby korzystna dla wszystkich pacjentów, ale ma szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnościami. Wiele z nich ma choroby współistniejące i leczy się w różnych poradniach. Obecnie hospitalizowany pacjent nie może korzystać w innych placówkach ze świadczeń finansowanych przez NFZ. Jest więc zmuszony do rezygnacji z wizyty u specjalisty (np. okulisty, endokrynologa), na którą czekał miesiącami. Pacjent przebywający na dziennym oddziale psychiatrycznym musi wypisać się z niego na jeden dzień, by pójść np. do stomatologa. Pacjenci oddziałów całodobowych są pozbawieni jakichkolwiek konsultacji poza szpitalem. Możliwe są jedynie w razie gwałtownego zaostrzenia objawów, np. silnego bólu głowy spowodowanego atakiem jaskry. Obecne przepisy są niekorzystne dla pacjentów i doprowadzają do pogorszenia stanu zdrowia.

2. Zmiana przepisów regulujących wystawianie recept hospitalizowanym pacjentom

Obecnie jeśli hospitalizowany pacjent jest konsultowany przez lekarza innej placówki, np. okulistę, nie może otrzymać recepty. Leki na schorzenie współistniejące powinien zapewnić mu szpital, w którym przebywa. Czasem jest to niemożliwe, np. z powodu ograniczonej dostępności leku lub długiego czasu oczekiwania. Jeżeli pacjent wychodzi ze szpitala za dwa lub trzy dni, placówka może nie zdążyć kupić leku. Zgodnie z obowiązującymi przepisami szpital również nie może wystawić pacjentowi recepty w trakcie hospitalizacji, jedynie razem z wypisem. Bywa więc, że przez kilka dni pacjent nie może wykupić i przyjmować leków, których potrzebuje.

3. Uzupelnienie rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą o zalecenia dotyczące wyposażenia szpitali psychiatrycznych w sygnalizację alarmowo-przyzywową

Rzecznik praw obywatelskich zwrócił uwagę na tę kwestię już w roku 2017. Dla niepełnosprawnych pacjentów możliwość łatwego wezwania pomocy i komunikacji z personelem jest bardzo istotna. Niepełnosprawność czy dodatkowa choroba może powodować sytuacje niebezpieczne, np. nagły spadek cukru, trudności ze wstaniem z łóżka z powodu niepełnosprawności ruchowej.

Przydatne strony internetowe

Informacje na temat dostępności cyfrowej

www.gov.pl/web/dostepnosc-cyfrowa/jakie-sa-dobre-praktyki-z-zakresu-dostepnosc-cyfrowej

Wytyczne dla dostępności treści internetowych WCAG 2.1

www.w3.org/Translations/WCAG21-pl-20210312/

ABC dostępności: P jak PDF dostępny

www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/1963444?utm_source=biuletyn&utm_medium=email&utm_campaign=10.11.2021

Niewidzialna Linia – wsparcie dla osób tracących wzrok

www.swiatlownia.eu/niewidzialna-linia/

Polski Związek Niewidomych

www.pzn.org.pl

Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną – teksty łatwe do czytania i zrozumienia

www.psoni.org.pl/nasze-publicacje/

Polska Fundacja Osób Słabosłyszących

www.pfos.org.pl

Polski Związek Głuchych

www.pzg.org.pl

Migam.org