



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**Έρευνα των Συνθηκών Προσβασιμότητας
των Ατόμων με Αναπηρία
στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Θεσσαλίας**

Μεταπτυχιακός φοιτητής: Τσιουλάκης Ράλλης

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Δρ Χρήστος Ζηλίδης

**Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής & Επιδημιολογίας
ΑΤΕΙ Λάρισας**

Λάρισα, Σεπτέμβριος 2010

Πίνακας περιεχομένων

Γενικό μέρος	5
Πρόλογος.....	5
1. Γενικοί ορισμοί.....	6
2. Προσβασιμότητα: ορισμός και περιγραφή	7
3. Δυσκολίες και προβλήματα στην προσβασιμότητα	9
3.1. Άτομα με δυσκολία στην κίνηση.....	10
3.2. Άτομα με δυσκολία στην όραση.....	12
3.3. Άτομα με δυσκολία στην ακοή	13
3.4. Άτομα με δυσκολία στην αντίληψη και στην επικοινωνία	13
4. Προσβασιμότητα και εμποδιζόμενα άτομα.....	14
5. Διεθνείς, ευρωπαϊκές και εθνικές θέσεις για την προσβασιμότητα	18
5.1. Η διεθνής θέση	18
5.2. Η ευρωπαϊκή θέση.....	21
5.3. Η ελληνική θέση.....	23
6. Η λύση: Σχεδιασμός για Όλους	23
7. Προσβασιμότητα ανά τομέα: οι οδηγίες του Υ.ΠΕ.ΧΩ.Δ.Ε.	25
8. Ο κανονισμός του Υπουργείου Υγείας για τα κτίρια.....	27
9. Το γενικότερο νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα.....	28
9.1. Ρυθμίσεις σχετικά με την προσβασιμότητα.....	28
9.2. Προσβασιμότητα και χώροι εργασίας	29
Ειδικό μέρος.....	31
1. Σκοπός	31
2. Μέθοδος	31
2.1. Δεδομένα	31
2.2. Ερωτηματολόγιο	33
2.3. Διαδικασία.....	33
2.4. Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση.....	34

3. Αποτελέσματα	36
3.1. Γενικά στοιχεία για το ακίνητο	36
3.2. Πρόσβαση στο κτίριο	37
3.3. Είσοδος στο κτίριο	39
3.4. Οριζόντια κυκλοφορία μέσα στο κτίριο.....	42
3.5. Κατακόρυφη κυκλοφορία μέσα στο κτίριο.....	45
3.6. Εξυπηρέτηση-εξοπλισμός.....	46
3.7. Υπηρεσίες	49
3.8. Συνολική αξιολόγηση προσβασιμότητας.....	49
3.9. Σχόλια όσων συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο.....	51
4. Συζήτηση	54
5. Βιβλιογραφία.....	61
5.1. Νόμοι και διατάγματα	63
Ελληνική περίληψη.....	64
Αγγλική περίληψη	66
Ερωτηματολόγιο έρευνας	68

Γενικό μέρος

Πρόλογος

Οι άνθρωποι που είναι ικανοί να μετακινηθούν σε όλους τους χώρους και να κάνουν χρήση κάθε μορφής μεταφορικού μέσου, τείνουν να θεωρούν την ικανότητά τους αυτή ως δεδομένη. Μόνο όταν κάτι συμβεί στους ίδιους ή σε οικείους τους και αρχίζουν να «εμποδίζονται», αρχίζουν να παρατηρούν και να αντιλαμβάνονται γιατί είναι επιτακτική ανάγκη τα πάντα μέσα σε μια Πόλη να σχεδιάζονται για όλους.

Αναγκαίο και απαραίτητο βήμα είναι η αναγνώριση του προβλήματος πολλών συμπολιτών μας και η αποδοχή ότι η αδυναμία πρόσβασης και κατ' επέκταση ο αποκλεισμός τους δεν είναι αναπότρεπτο και τυχαίο συμβάν, αλλά είναι ένα γεγονός, μια πραγματικότητα, για την οποία μπορεί να υπάρξει πρόβλεψη, πρόληψη και ριζική αντιμετώπιση.

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να καταγράψει την προσβασιμότητα των μονάδων υγείας της Περιφέρειας Θεσσαλίας και να καταδείξει τα εμπόδια στην προσβασιμότητα που υπάρχουν για τα άτομα με αναπηρίες καθώς και για άλλες «εμποδιζόμενες» ομάδες πληθυσμού, ακόμα και στον ίδιο το χώρο της υγείας.

Με το παρόν θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον Καθηγητή κ. Χρήστο Ζηλίδη για την κατανόηση που επέδειξε, την καθοδήγηση που μου παρείχε και για τις συμβουλές και υποδείξεις του, που υπήρξαν πολύτιμες για την περάτωση της συγκεκριμένης έρευνας.

Επίσης, θεωρώ χρέος μου να σημειώσω και ευγνωμώνος να επισημάνω την κατανόηση που αναδείχθηκε και την υποστήριξη που μου παρασχέθηκε αφειδώς εκ μέρους του Πρύτανη του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Κωνσταντίνου Γουργουλιάνη.

1. Γενικοί ορισμοί

Σύμφωνα με την «ιατρική προσέγγιση» η αναπηρία σχετίζεται με την απώλεια, τη βλάβη ή την απόκλιση από τις «φυσιολογικές» ψυχολογικές, κινητικές ή βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος. Με βάση την προσέγγιση αυτή, η αναπηρία εστιάζεται και αφορά μόνο στο ίδιο το άτομο, το οποίο χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης. Η ιατρική φροντίδα παρέχεται από ειδικούς και έχει στόχο την ιατρική αποκατάσταση και προσαρμογή του ατόμου και του τρόπου ζωής του στην κατάσταση της αναπηρίας (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2003).

Αντίθετα, με βάση την «κοινωνική προσέγγιση», η αναπηρία δε θεωρείται ένα χαρακτηριστικό του ατόμου αλλά ένα πλέγμα συνθηκών που αφορούν στην αλληλεπίδραση ατόμου και περιβάλλοντος. Η διαχείριση του προβλήματος απαιτεί κοινωνική δράση και μετατροπές του περιβάλλοντος, ώστε να διασφαλιστεί η πλήρης συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής.

Στην «ιατρική προσέγγιση» το κυρίαρχο θέμα είναι η ιατρική φροντίδα, ενώ σε πολιτικό επίπεδο το βάρος δίνεται στη διαμόρφωση της κατάλληλης πολιτικής για την υγεία. Στην «κοινωνική προσέγγιση» το κυρίαρχο θέμα είναι η κοινωνική ευθύνη και δράση, ενώ σε πολιτικό επίπεδο η αναπηρία ανάγεται σε θέμα ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2003).

Με την «κοινωνική προσέγγιση» φαίνεται να συμφωνεί και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας που περιγράφει την αναπηρία ως «ένα σύνθετο και μεταβαλλόμενο φαινόμενο, που οφείλεται στην αλληλεπίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών ενός ατόμου και των χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο το άτομο αυτό ζει» (World Health Organization, 2001).

Συμπληρωματικά, αξίζει να σημειωθεί ότι ως «περιβάλλον» νοείται ο συνδυασμός των φυσικών, γεωγραφικών, βιολογικών, κοινωνικών, πολιτιστικών και πολιτικών συνθηκών που περιβάλλουν ένα άτομο ή οργανισμό, καθορίζοντας τη μορφή και τη φύση της ζωής του (WorldBank, 2010). Πιο ειδικά, ο όρος «δομημένο περιβάλλον» αναφέρεται στα αποτελέσματα των παρεμβάσεων του ανθρώπου στο φυσικό περιβάλλον και περιλαμβάνει όλες τις κατασκευές, υποδομές, εξοπλισμούς και υπηρεσίες που ο άνθρωπος σχεδιάζει και υλοποιεί, συμπεριλαμβανομένου και του «εικονικού περιβάλλοντος» που εμπεριέχει όλες τις εφαρμογές της σύγχρονης τεχνολογίας.

Τέλος, ως «εμπόδιο» θεωρείται κάθε τι που στερεί από ένα άτομο με αναπηρία την δυνατότητα πλήρους συμμετοχής σε κάθε κοινωνική δραστηριότητα λόγω της αναπηρίας του. Ενδεικτικά παραδείγματα των παραπάνω κατηγοριών εμποδίων είναι (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2005):

Είδος εμποδίου	Παράδειγμα εμποδίου
Φυσικό	Χειρολαβή πόρτας που απαιτεί μεγάλη φυσική δύναμη, για να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά κλπ
Αρχιτεκτονικό	Είσοδος κτιρίου με σκαλοπάτια ή πόρτα μικρού πλάτους που εμποδίζει τη διέλευση αναπηρικού αμαξιδίου κλπ
Επικοινωνίας	Ένας υπάλληλος που καλύπτει το στόμα του, ενώ απευθύνεται σε κωφό άτομο κλπ
Πληροφόρησης	Πολύ μικρή γραμματοσειρά σε έντυπο, που δεν είναι δυνατόν να διαβαστεί από άτομο με προβλήματα όρασης κλπ
Τεχνολογικό	Καλωδιώσεις που δεν υποστηρίζουν διαφορετικούς τύπους τεχνικών βοηθημάτων/ εξοπλισμού ατόμων με αναπηρία κλπ
Συμπεριφοράς	Προσωπικό που αγνοεί τα άτομα με αναπηρία και απευθύνεται μόνο στους συνοδούς τους κλπ
Διαδικασίας	Καθιέρωση αναγγελίας σημαντικών μηνυμάτων σε δημόσιους χώρους μόνο ηχητικά (και όχι π.χ. και οπτικά) κλπ

Πίνακας 1. Είδη και παραδείγματα εμποδίων που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία στη συμμετοχή τους στις κοινωνικές δραστηριότητες.

2. Προσβασιμότητα: ορισμός και περιγραφή

Με βάση, λοιπόν, την κοινωνική προσέγγιση της αναπηρίας, ένα άτομο με κάποιο σωματικό μειονέκτημα μπορεί να βιώνει την αναπηρία σε κάποιο περιβάλλον και όχι σε κάποιο άλλο, ανάλογα με το αν το περιβάλλον διαθέτει εμπόδια ή βοηθήματα. Για παράδειγμα, ένα άτομο με παραπληγία βιώνει συνθήκες κινητικής αναπηρίας προσπαθώντας να κινηθεί σε ένα κτίριο που έχει μόνο σκάλες, ενώ εάν έχει διαθέσιμο προς χρήση ένα αμαξίδιο και το κτίριο έχει ευρύχωρους ανελκυστήρες, το ίδιο το άτομο δεν βιώνει κινητικούς περιορισμούς, παρότι εξακολουθεί να έχει παραπληγία. Επομένως, αυτό που καθορίζει τη δυνατότητα

κίνησης δεν είναι μόνον η αναπηρία αλλά η αλληλεπίδρασή της με το σχεδιασμό του περιβάλλοντος και, κατ' επέκταση, με τη σύγχρονη οργάνωση της κοινωνίας.

Έχοντας αυτά υπόψη, η «πρόσβαση» είναι η δυνατότητα για συμμετοχή σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής (εργασία, εκπαίδευση, αναψυχή, αθλητισμός, μεταφορές, ενημέρωση/ πληροφόρηση, πολιτισμός κλπ) και αποτελεί δικαίωμα κάθε πολίτη με ή χωρίς αναπηρία.

Η «προσβασιμότητα» είναι ένας τεχνικός όρος που αναφέρεται σε εκείνα τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος, που επιτρέπουν σε όλα τα μέλη της κοινωνίας, χωρίς διακρίσεις φύλου, ηλικίας, σωματικής διάπλασης, δύναμης, αντίληψης και λοιπών χαρακτηριστικών να μπορούν αυτόνομα, με ασφάλεια και με άνεση να προσεγγίσουν και να χρησιμοποιήσουν τις προσφερόμενες υποδομές, υπηρεσίες και αγαθά (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2005).

Βασικές διαστάσεις της προσβασιμότητας αποτελούν:

- Η φυσική πρόσβαση (εάν μπορεί το άτομο να πάει εκεί που θέλει).
- Η λειτουργικότητα (εάν μπορεί το άτομο να χρησιμοποιήσει το αγαθό ή την υπηρεσία που επιθυμεί).
- Η επικοινωνία (εάν μπορεί το άτομο να επικοινωνήσει και να πληροφορηθεί αυτό που χρειάζεται).
- Η αυτονομία (εάν μπορεί το άτομο να κάνει όλα τα παραπάνω χωρίς την διαμεσολάβηση άλλων ανθρώπων).
- Η ασφάλεια (εάν μπορεί το άτομο να κάνει όλα τα παραπάνω χωρίς να διακινδυνεύσει τη σωματική του ακεραιότητα και την ψυχική του ευεξία).

Αυτές οι διαστάσεις αποτελούν καθοριστικές παραμέτρους, που διασφαλίζουν σε κάθε άτομο ελευθερία επιλογών. Επομένως η προσβασιμότητα αναδεικνύεται σε θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η προσβασιμότητα είναι μια ολιστική έννοια που αφορά:

- όλες τις κατηγορίες των εμποδίων και της αναπηρίας, δηλαδή δεν έχει νόημα η αναφορά σε προσβασιμότητα σε άτομα με τη μια ή την άλλη κατηγορία αναπηρίας ή προσβασιμότητα ως προς τα φυσικά αλλά όχι ως προς τα αρχιτεκτονικά εμπόδια, και
- όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας.

Αυτή η ολιστική χροιά της προσβασιμότητας οφείλεται στο γεγονός ότι στη ζωή υπάρχει μια ροή λειτουργιών, μια αλυσίδα κινήσεων στο περιβάλλον. Αν κάποιος από τους κρίκους της αλυσίδας κινήσεων δεν λειτουργεί, εξαιτίας ενός ή περισσότερων εμποδίων - αναστολών, καταστρέφεται όλο το οικοδόμημα της αυτόνομης διαβίωσης.

Για παράδειγμα, εάν σε ένα κτίριο όλοι οι εσωτερικοί και οι εξωτερικοί χώροι είναι προσβάσιμοι αλλά η κεντρική είσοδος δεν είναι, τότε ουσιαστικά ακυρώνεται η προσβασιμότητα όλου του κτιρίου. Γενικότερα, εάν σε μια πόλη ένα άτομο έχει πρόσβαση στον επαγγελματικό του χώρο, στην κατοικία, στην ψυχαγωγία, στο σύστημα πληροφόρησης αλλά όχι, για παράδειγμα, στο σύστημα μεταφορών, ουσιαστικά ακυρώνεται η δυνατότητα για αυτόνομη διαβίωσή του σε αυτήν την πόλη.

Ακριβώς επειδή η προσβασιμότητα είναι το «κλειδί» για την εξίσωση των ευκαιριών για τα άτομα με αναπηρία κι επειδή σχετίζεται με όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, αποτελεί ακριβώς το σύνηθες «σημείο τριβής» του αναπηρικού κινήματος με την πολιτεία (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008).

3. Δυσκολίες και προβλήματα στην προσβασιμότητα

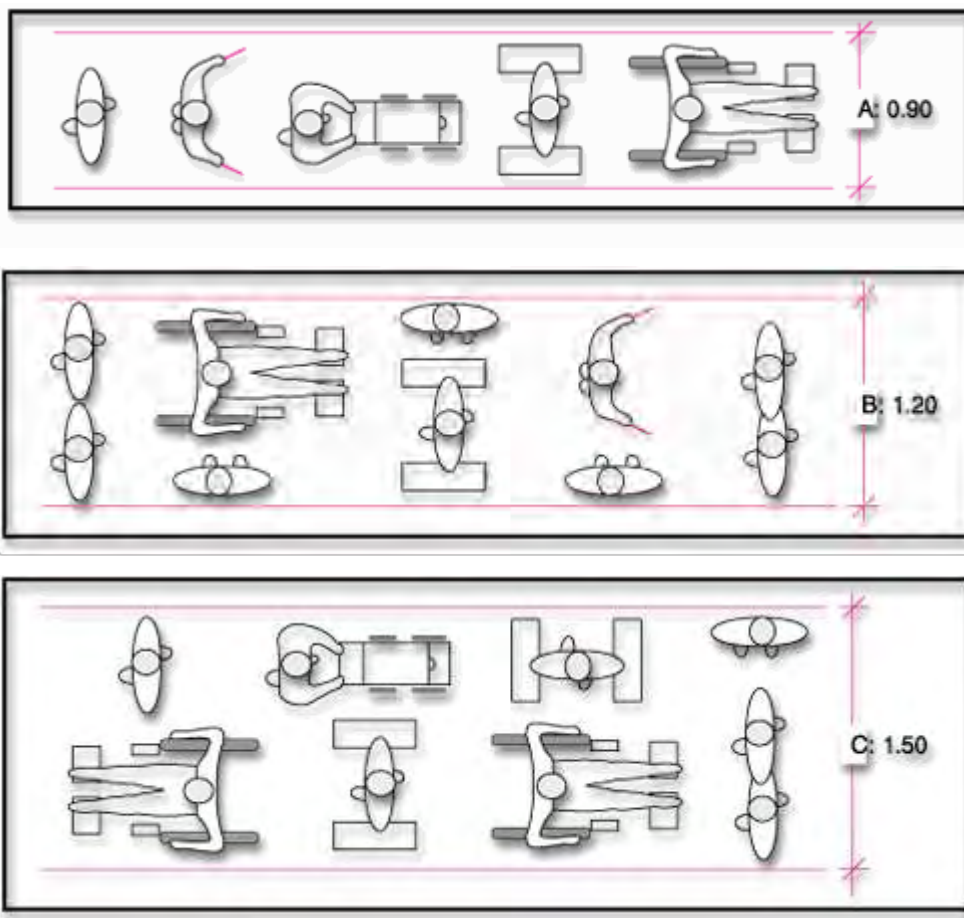
Τα άτομα με αναπηρίες έχουν μόνιμες ή προσωρινές βλάβες, ανικανότητες, αδυναμίες, αναπηρίες ή συνδυασμό των παραπάνω, που προέρχονται από σωματική, ψυχική ή νοητική ανεπάρκεια. Τα άτομα αυτά μπορεί να αντιμετωπίζουν μια μόνιμη ανικανότητα, όπως οι κινητικά ανάπηροι, οι τυφλοί και γενικά οι αμβλύωπες, οι κωφοί, όσοι έχουν δυσκολία στην αντίληψη, στην επικοινωνία και στην προσαρμογή, καθώς και οι ασθενείς από αρτηριοσκλήρυνση, επιληψία, νεφρική ανεπάρκεια, ρευματικές παθήσεις, καρδιοπάθειες κλπ. Άλλοτε μπορεί να αντιμετωπίζουν μια παροδική ανικανότητα, όπως οι τραυματίες, οι παροδικά ασθενείς και άλλοι.

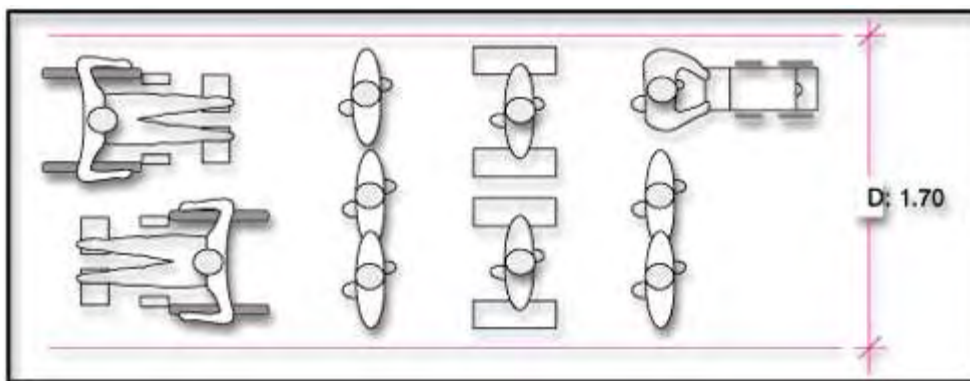
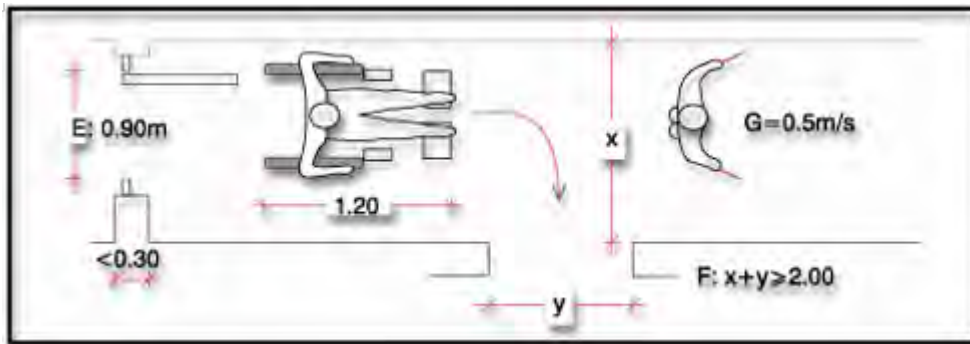
Η αυτόνομη διακίνηση και διαβίωση των ατόμων με αναπηρία εμποδίζεται από την δυσκολία που έχουν στην κίνηση, στην προσέγγιση, στην αντίληψη, στην επικοινωνία και στην προσαρμογή, στην ακοή και στην όραση.

3.1. Άτομα με δυσκολία στην κίνηση

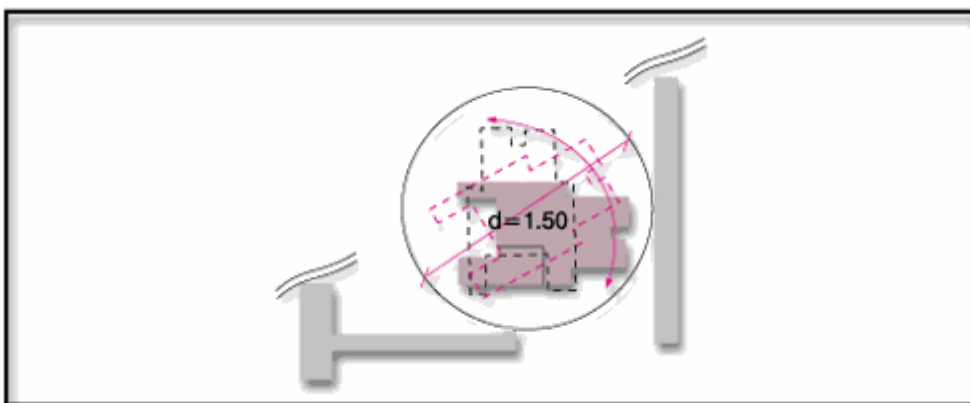
Δυσκολία στην κίνηση έχουν τα άτομα με αδύνατα ή παράλυτα μέλη, με δυσκαμψία ή σχετική έλλειψη μέλους ή όλων των μελών του σώματος, οι ηλικιωμένοι, τα άτομα με καρδιοαναπνευστικά προβλήματα, οι προσωρινά τραυματισμένοι κλπ. Τα άτομα αυτά έχουν βραδύτερους ρυθμούς στην κίνηση και για να μετακινηθούν χρησιμοποιούν βοηθητικά μέσα (αναπηρικό αμαξίδιο, περπατίστρες, πατερίτσες, μπαστούνια κλπ)

Έτσι, μετακινούνται άνετα σε χώρους που έχουν ελάχιστες διαστάσεις, όπως περιγράφονται στα Σχήματα 1-6 («Ελάχιστα πλάτη όδευσης», «Απαιτούμενος χώρος στροφής αμαξιδίου»), έχουν αντιολισθηρά δάπεδα με κλίση ίση ή μικρότερη του 5% χωρίς σκαλοπάτια και παγίδες (Σχήμα 7, «Ελεύθερο ύψος όδευσης – Ανεκτές ανωμαλίες δαπέδου»), που δεν εγκυμονούν κινδύνους και φέρουν κατάλληλους διπλούς και συνεχείς χειρολισθήρες σε κατάλληλα ύψη και θέσεις (Σχήμα 8, «Χειρολισθήρες»).

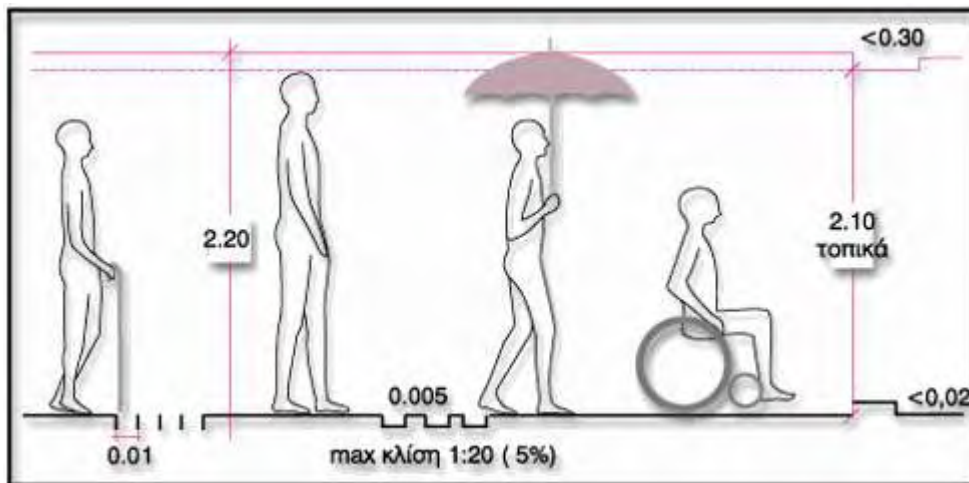




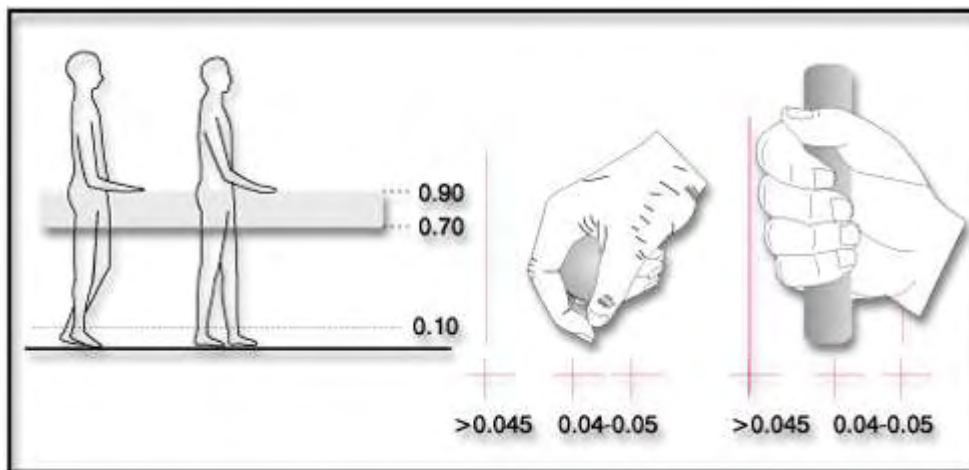
Σχήματα 1-5: Ελάχιστα ελεύθερα πλάτη όδευσης (από ΥΠΕΚΑ: Σχεδιάζοντας για Όλους)



Σχήμα 6: Απαιτούμενος χώρος στροφής αμαξιδίου (από ΥΠΕΚΑ: Σχεδιάζοντας για Όλους)



Σχήμα 7: Ελεύθερο ύψος όδευσης. Ανεκτές ανωμαλίες δαπέδου. (από ΥΠΕΚΑ: Σχεδιάζοντας για Όλους)

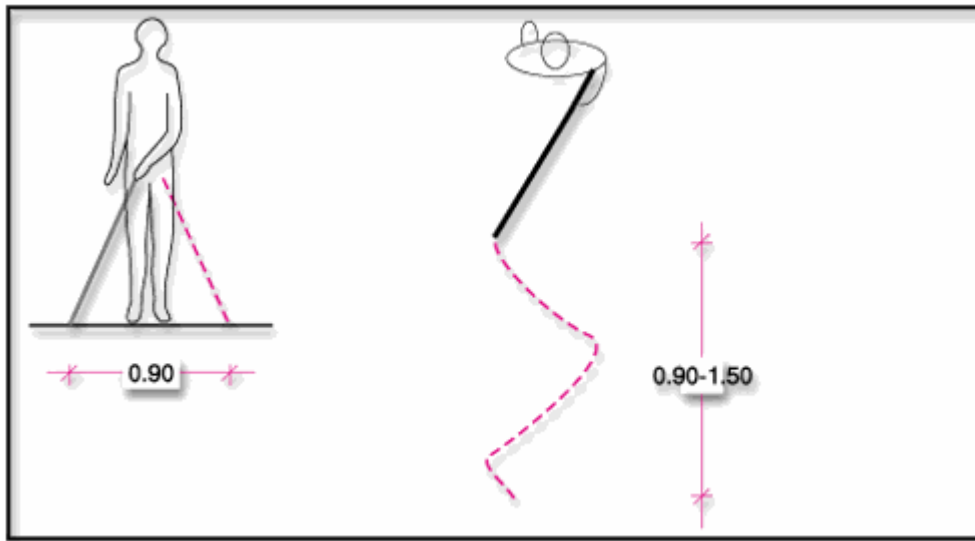


Σχήμα 8: Χειρολισθήρες (από ΥΠΕΚΑ: Σχεδιάζοντας για Όλους)

3.2. Άτομα με δυσκολία στην όραση

Αυτά τα άτομα βλέπουν λίγο ή καθόλου. Για την αυτόνομη μετακίνησή τους κάνουν χρήση μπαστουινιού ή ειδικά εκπαιδευμένων σκύλων. Διακινούνται άνετα σε χώρους που έχουν διαστάσεις, όπως φαίνεται στο Σχήμα 9 («Ελάχιστη ελεύθερη πλάτη όδευσης για άτομα με προβλήματα όρασης») και, επειδή αναγνωρίζουν τον χώρο με τα άκρα και την ακοή, διευκολύνονται από οδηγούς όδευσης τυφλών, δηλαδή κατευθυντήριους οδηγούς στο δάπεδο διαφορετικής υψής και έντονης χρωματικής αντίθεσης από τα υπόλοιπα στοιχεία, ειδικούς χειρολισθήρες με αρχή και τέλος, πινακίδες με το σύστημα Braille τοποθετημένες σε κατάλληλο ύψος, δάπεδα μη ηχοαπορροφητικά, για να αναγνωρίζουν τους ήχους από το βηματισμό

τους, ευκρινή ηχητική σήμανση και χώρους που να μην δημιουργούν αντήχηση. Ο θόρυβος είναι η ομίχλη για τους τυφλούς.



Σχήμα 9: Ελάχιστα ελεύθερα πλάτη όδευσης για άτομα με προβλήματα όρασης (από ΥΠΕΚΑ: Σχεδιάζοντας για Όλους)

Επειδή τα άτομα αυτά στερούνται όρασης (μερική ή ολική απώλεια), οι χώροι στους οποίους κινούνται θα πρέπει να είναι ελεύθεροι εμποδίων και να μην κρύβουν παγίδες, προεξέχοντα στοιχεία σε ύψος μικρότερο των 2,20μ χωρίς προβολική επισήμανση στο δάπεδο (πχ κάδοι απορριμάτων σε κολώνες, χαμηλά οδικά σήματα), aller-retour ή ανοιγόμενες πόρτες, εύθραυστα τζάμια κλπ. Ο φωτισμός των χώρων πρέπει να είναι άπλετος χωρίς έντονες αντιθέσεις, διότι όσοι βλέπουν λίγο θαμπώνονται εύκολα.

3.3. Άτομα με δυσκολία στην ακοή

Η διακίνηση των ατόμων αυτών διευκολύνεται με την ύπαρξη έντονης και ευκρινούς οπτικής σήμανσης και συστήματος αναγγελιών. Ο άπλετος φωτισμός των χώρων εξασφαλίζει την καλή επικοινωνία των ατόμων με προβλήματα στην ακοή, δεδομένου ότι τους επιτρέπει να διαβάζουν τα χείλη του ομιλητή ή να επικοινωνούν με την νοηματική γλώσσα.

3.4. Άτομα με δυσκολία στην αντίληψη και στην επικοινωνία

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα άτομα με μόνιμα μειωμένη αντίληψη, πχ άτομα με διάφορες ψυχικές ή οργανικές παθήσεις, και με παροδικά μειωμένη αντίληψη, πχ ηλικιωμένοι, παιδιά, αφηρημένοι, μεθυσμένοι, ναρκομανείς, κουρασμένοι κλπ.

Τα άτομα αυτά έχουν περιορισμένη επαφή με το περιβάλλον και τα γύρω αντικείμενα, αδυνατούν να δράσουν αυτόνομα ή ενδεχομένως να αντιδράσουν στα εμπόδια και στους κινδύνους. Η απλοποίηση των χώρων διακίνησης, η χρήση σημάτων με ενδείξεις με χρωματικές αντιθέσεις, τα έντονα ηχητικά σήματα βελτιώνουν την σχέση των ατόμων αυτών με το περιβάλλον.

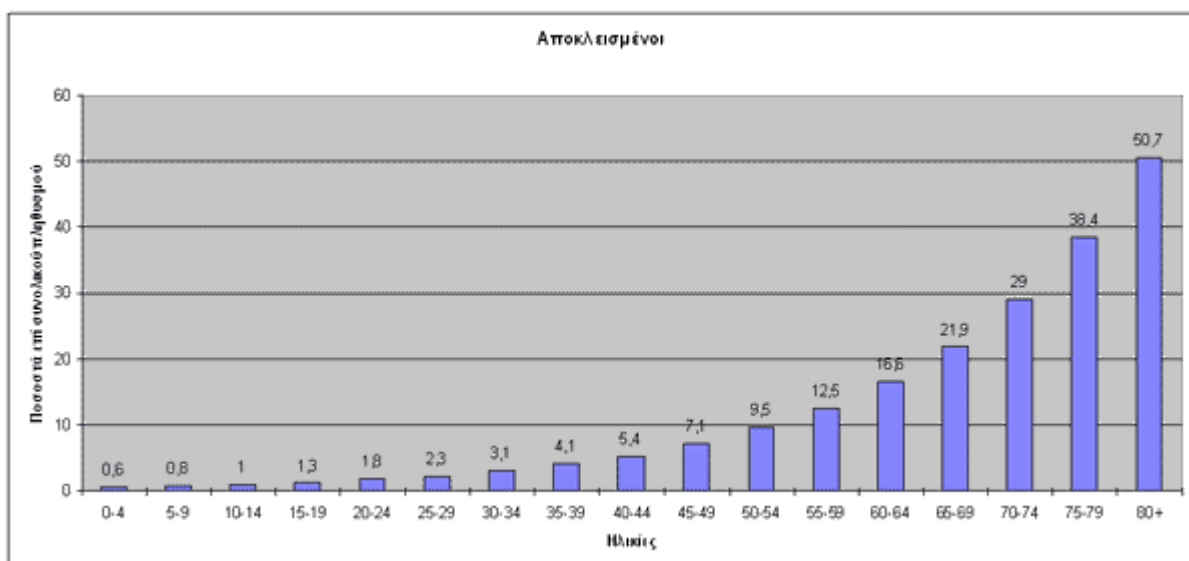
4. Προσβασιμότητα και εμποδιζόμενα άτομα

Αν και η έννοια της προσβασιμότητας αφορά άμεσα τα άτομα με αναπηρία, είναι γεγονός ότι δυσκολία στην προσέγγιση και χρήση των υποδομών, υπηρεσιών και αγαθών ή στην επικοινωνία και πληροφόρηση αντιμετωπίζουν και άλλες πολυπληθείς ομάδες του πληθυσμού, που δεν ανήκουν κατά παράδοση στα άτομα με αναπηρία. Στα άτομα αυτά, που ονομάζονται «εμποδιζόμενα» ή «αποκλεισμένα», ανήκουν (World Health Organization, 2001):

- Οι ηλικιωμένοι
- Τα μικρά παιδιά
- Οι άνθρωποι με ασυνήθεις σωματικές διαστάσεις
- Οι άνθρωποι που κουβαλούν φορτία
- Οι γυναίκες σε προχωρημένα στάδια της εγκυμοσύνης
- Οι άνθρωποι που πάσχουν από αρθρίτιδα, άσθμα ή/και καρδιακά προβλήματα
- Οι άνθρωποι που είναι εθισμένοι σε αλκοόλ ή σε ναρκωτικές ουσίες
- Οι άνθρωποι που πάσχουν από μερική ή ολική απώλεια της δυνατότητας επικοινωνίας
- Οι άνθρωποι που βρίσκονται σε πανικό κάτω από συνθήκες εκτάκτου ανάγκης

- Οι άνθρωποι που εκτίθενται σε υψηλές θερμοκρασίες, δηλητηριώδεις ή τοξικές συνθήκες, μολυσμένα περιβάλλοντα κλπ
- Οι άνθρωποι με προσωρινή ανικανότητα λόγω τραυματισμού
- Οι άνθρωποι που ασθενούν και βρίσκονται σε ανάρρωση

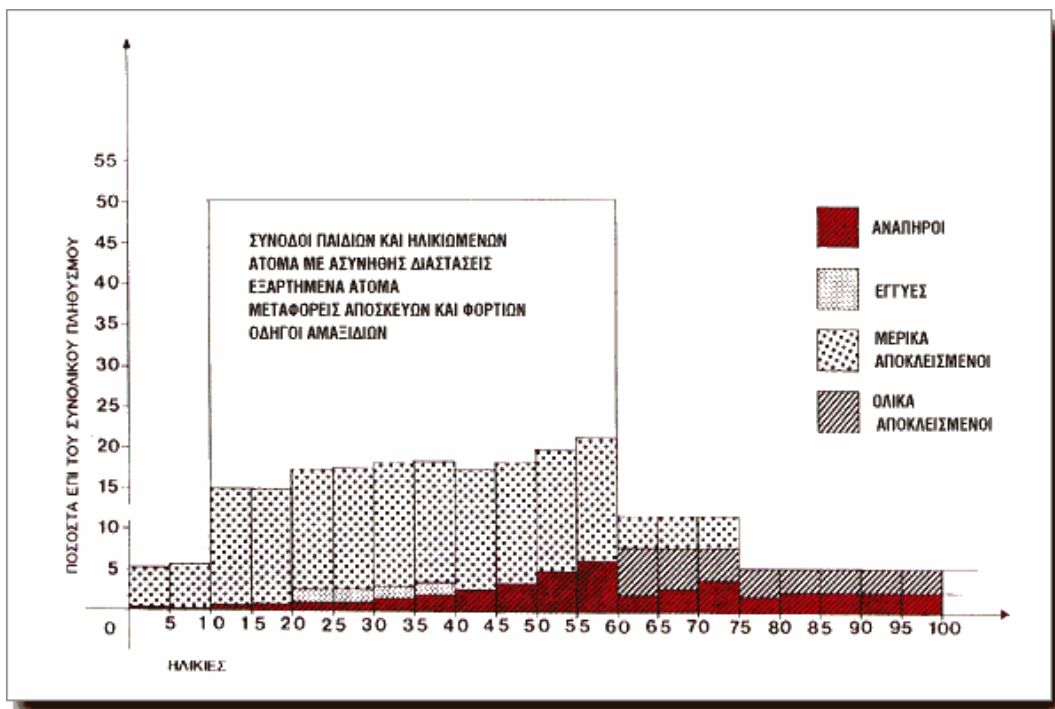
Σε μια παλιότερη έρευνα του Υπουργείου Περιβάλλοντος, Ενέργειας και Κλιματικής Αλλαγής (ΥΠΕΚΑ), που τότε ονομαζόταν Υπουργείο Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων (ΥΠΕΧΩΔΕ) υπολογίστηκε ότι πάνω από το 50% του πληθυσμού αποτελούν εμποδιζόμενα άτομα. Στα Σχήματα 10-12 και στον Πίνακα 2, που ακολουθούν, περιγράφονται οι ηλικίες καθώς και τα χαρακτηριστικά των σημαντικότερων από τις πιο πάνω αναφερθείσες ομάδες (Χριστοφή, 1997). Στον πίνακα δεν συμπεριλαμβάνεται, λόγω έλλειψης στατιστικών στοιχείων, ο ενεργός πληθυσμός που οδηγεί κάθε είδους αμαξίδιο μεταφοράς, αποσκευές ή κάθε είδους φορτίο (π.χ. σε μετακομίσεις), τα άτομα με ασυνήθεις διαστάσεις, τα άτομα με προσωρινή ανικανότητα λόγω τραυματισμού, οι ασθενείς σε ανάρρωση, τα εξαρτημένα άτομα από διάφορες ουσίες κλπ.



Σχήμα 10. Ποσοστό εμποδιζόμενων ατόμων (αποκλεισμένων) επί του συνολικού πληθυσμού ανά ηλικιακή κατηγορία (Χριστοφή, 1997).



Σχήμα 11. Πληθυσμός εμποδιζόμενων ατόμων από το δομημένο περιβάλλον (Χριστοφή, 1997)



Σχήμα 12. Κατανομή εμποδιζόμενων ατόμων ανά κατηγορία και ηλικία (Χριστοφή, 1997)

α/α	Ηλικίες	Ποσοστό του συνολικού πληθυσμού	Χαρακτηριστικά ομάδας
1.	0-4 ετών	5,50%	<p>Κίνηση - μετακίνηση κατά κανόνα με παιδικό αμαξίδιο ή με τα πόδια και πάντα με την συνοδεία ενήλικα. Στα βρέφη ή νήπια που κινούνται σε αμαξίδιο δημιουργείται αίσθημα ανασφάλειας και αγωνίας κατά την ανάβαση και κατάβαση σκαλοπατιών και ρείθρων πεζοδρομίων, καθώς επίσης και κατά την κυκλοφορία σε κακώς συντηρημένα πεζοδρόμια (προεξοχές, λακκούβες, εμπόδια).</p> <p>Αστάθεια κατά το βάδισμα και μειωμένη αίσθηση κινδύνου χαρακτηρίζουν τα μεγαλύτερα νήπια. Εμπόδια, ανισοσταθμίες και μικρού πλάτους οδεύσεις επιβαρύνουν τους συνοδούς που αφενός καταβάλλουν μεγαλύτερη μυϊκή δύναμη ή και ακροβατούν και αφετέρου αντιμετωπίζουν συνεχείς κινδύνους πρόκλησης ατυχημάτων.</p>
	Συνοδοί	5,50%	
	Μερικό σύνολο	11,00%	
2.	5-9 ετών	6,40 %	<p>Απροσεξία και μειωμένη αίσθηση του κινδύνου, αστάθεια κατά το βάδισμα, μειωμένη αντίληψη του χώρου.</p> <p>Συνοδεύονται συνήθως από ενήλικα</p>
3.	60-74	14,00 %	<p>Σταδιακή εξασθένηση των αντανακλαστικών, των αισθήσεων και της κινητικότητας.</p> <p>Συχνή χρήση βοηθημάτων.</p>
4.	75 - άνω	6,00 %	<p>Επιδείνωση της εξασθένησης των αντανακλαστικών, των αισθήσεων και της κινητικότητας.</p> <p>Πέραν της χρήσης βοηθημάτων, συχνή η απαραίτητη ύπαρξη συνοδού.</p>
	ΜΕΡΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	37,40%	
	έγκυες	1,50%	Αίσθημα ανασφάλειας, μειωμένη κινητικότητα
	ανάπηροι	9,30%	Μόνιμη χρήση βοηθημάτων συχνά αμαξιδίου, συνήθως παρουσία συνοδού.
	ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	48,20%	

Πίνακας 2. Σημαντικότερες ομάδες αποκλεισμένων και συχνότητά τους στον Ελληνικό πληθυσμό (Χριστοφή, 1997).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η προσβασιμότητα αφορά στην πραγματικότητα το σύνολο του πληθυσμού. Όχι μόνον επειδή η αναπηρία μπορεί να αγγίξει τον καθένα, σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής του, μόνιμα ή προσωρινά, αλλά και γιατί επηρεάζει άμεσα και αισθητά το καθημερινό αίσθημα ασφάλειας και άνεσης του συνόλου του πληθυσμού, αποτελώντας έτσι προστιθέμενη αξία ποιοτικής διαβίωσης.

5. Διεθνείς, ευρωπαϊκές και εθνικές θέσεις για την προσβασιμότητα

5.1. Η Διεθνής θέση

Στις 20 Δεκεμβρίου του 1993 η Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) ενέκρινε κατά την 48^η Συνεδρία της τους Πρότυπους Κανόνες για την εξίσωση των ευκαιριών για τα άτομα με αναπηρίες. Στον «Κανόνα 5: Πρόσβαση» αναφέρεται:

Τα Κράτη πρέπει να αναγνωρίζουν τη σημασία της πρόσβασης στη διαδικασία εξίσωσης των ευκαιριών σε όλες τις πλευρές της κοινωνίας. Για τα άτομα με αναπηρίες κάθε κατηγορίας, τα Κράτη θα πρέπει:

α) να εισάγουν προγράμματα δράσης που θα καταστήσουν το φυσικό περιβάλλον προσβάσιμο και

β) να αναλάβουν μέτρα για την πρόσβαση στην πληροφόρηση και την επικοινωνία

(Ηνωμένα Έθνη, 1994)

Στα 11 σημεία που ακολουθούν και αναλύουν περαιτέρω τον πέμπτο κανόνα, το κείμενο αναφέρεται στην ανάγκη για εφαρμογή των προδιαγραφών για διευκόλυνση της προσβασιμότητας ήδη από την αρχή της διαδικασίας σχεδιασμού και κατασκευής του δομημένου περιβάλλοντος. Αυτό εξασφαλίζεται με την εκπαίδευση και την παροχή των σχετικών γνώσεων στους αρχιτέκτονες, μηχανικούς και σε όλους όσους ασχολούνται επαγγελματικά με το σχεδιασμό και κατασκευή δημόσιων έργων.

Επίσης τα 11 σημεία αναφέρονται σε στρατηγικές, για να καταστούν οι υπηρεσίες παροχής πληροφοριών και τεκμηρίωσης προσβάσιμες στις διάφορες ομάδες ατόμων με αναπηρίες, με μέτρα όπως η γραφή Braille, υπηρεσίες

δακτυλογράφησης, ο μεγάλος τύπος γραμμάτων, η εκπαίδευση και οι υπηρεσίες διερμηνείας στη νοηματική, η ενθάρρυνση των μέσων μαζικής επικοινωνίας για προσβάσιμα προγράμματα αλλά και ο εξαρχής σχεδιασμός της νέας ηλεκτρονικής πληροφορίας και υπηρεσιών, ώστε να έχουν πρόσβαση σε αυτά και άτομα με αναπηρίες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα Ηνωμένα Έθνη δίνουν μεγάλη σημασία στις οργανώσεις ατόμων με αναπηρίες και τις θεωρούν υπεύθυνες, ώστε να γνωμοδοτούν για:

- Τις προδιαγραφές και τους κανόνες για την πρόσβαση
- Το σχεδιασμό και την κατασκευή δημόσιων έργων
- Τη διαμόρφωση μέτρων προκειμένου να καταστούν οι υπηρεσίες πληροφόρησης προσβάσιμες.

Ο προτεινόμενος ρόλος των οργανώσεων αυτών περιγράφεται αναλυτικότερα στον Κανόνα 18 «Οργανώσεις ατόμων με αναπηρίες».

Δεκαπέντε περίπου χρόνια μετά, στις 13 Δεκεμβρίου 2006 ψηφίστηκε ομόφωνα από την ολομέλεια της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε. η σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα των ΑμεΑ και στις 30 Μαρτίου 2007 την προσυπέγραψαν 82 κράτη μέλη μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Ήδη από το προοίμιό της (άρθρο ε), η σύμβαση αυτή αναγνωρίζει την κοινωνική προσέγγιση της αναπηρίας δηλώνοντας ότι:

η αναπηρία είναι μια εξελισσόμενη έννοια και ότι η αναπηρία προκύπτει από την αλληλεπίδραση μεταξύ των εμποδιζόμενων προσώπων και των περιβαλλοντικών εμποδίων και των εμποδίων συμπεριφοράς που παρεμποδίζει την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή τους στην κοινωνία, σε ίση βάση με τους άλλους

(Ηνωμένα Έθνη, 2007)

Γενικώς, η προσβασιμότητα αποτελεί μια βασική γενική αρχή της σύμβασης αυτής (άρθρο 3). Στο άρθρο φ του προοιμίου αναγνωρίζεται η σημασία «της προσβασιμότητας στο φυσικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτιστικό περιβάλλον, στην υγεία και εκπαίδευση και στην πληροφορία και επικοινωνία, καθιστώντας δυνατό στα άτομα με αναπηρίες να απολαμβάνουν πλήρως όλων των ανθρωπίνων

δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών». Στο άρθρο 2 ορίζονται διάφοροι όροι που χρησιμοποιούνται στη σύμβαση αυτή και εισάγονται οι έννοιες της «εύλογης προσαρμογής» για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων και ελευθεριών των ατόμων με αναπηρία αλλά και του πολύ σημαντικού «καθολικού σχεδιασμού» για τον οποίο θα μιλήσουμε στο επόμενο κεφάλαιο.

Το άρθρο 9 αναφέρεται ειδικά στην προσβασιμότητα και

- καταγράφει την ανάγκη διασφάλισης προσβάσιμων υπηρεσιών πέραν των προσβάσιμων υποδομών, στις οποίες μέχρι σήμερα συνήθως εξαντλούνταν οι απαιτήσεις προσβασιμότητας,
- εισάγει την υποχρέωση διασφάλισης της προσβασιμότητας τόσο σε αστικές όσο και σε αγροτικές περιοχές,
- κάνει σαφή αναφορά στην ανάγκη προώθησης μέτρων διασφάλισης της προσβασιμότητας των υπηρεσιών εκτάκτου ανάγκης,
- εισάγει την ανάγκη για την ανάπτυξη και εφαρμογή προτύπων και κατευθυντήριων οδηγιών για την προσβασιμότητα των εγκαταστάσεων και των υπηρεσιών που είναι ανοικτές ή παρέχονται στο κοινό,
- εισάγει ολοκληρωμένα την έννοια της «ζωντανής» βοήθειας και των ενδιαμέσων, επεκτεινόμενη πέραν των διερμηνέων νοηματικής και σε οδηγούς και αναγνώστες προκειμένου να διευκολύνουν την προσβασιμότητα στα κτίρια και σε άλλες εγκαταστάσεις που είναι ανοικτές στο κοινό,

και εξακολουθεί να επισημαίνει

- τον οριζόντιο χαρακτήρα της προσβασιμότητας, η οποία αφορά σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής
- το γεγονός ότι η προσβασιμότητα αφορά σε όλα τα άτομα με αναπηρία, ανεξαρτήτως της κατηγορίας και της βαρύτητας της αναπηρίας τους [π.χ. αναφέρεται παράλληλα τόσο στη γραφή Braille (τυφλά άτομα) όσο και στους διερμηνείς νοηματικής (κωφά άτομα) αλλά και στα ευανάγνωστα και κατανοητά κείμενα (άτομα με νοητικά/ψυχικά/γνωστικά προβλήματα)],
- το γεγονός ότι η προσβασιμότητα αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη διασφάλιση της ανεξαρτησίας και πλήρους συμμετοχής σε όλες τις πτυχές της ζωής των ατόμων με αναπηρία και κατά συνέπεια της ισοτιμίας τους με τους άλλους πολίτες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το 25^ο άρθρο της σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα των ΑμεΑ είναι αφιερωμένο στις υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ειδικά στη διασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας των ατόμων με αναπηρίες, στο εύρος, την ποιότητα και την εξειδίκευση της περίθαλψης, χωρίς διακρίσεις βάσει της αναπηρίας.

Η σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών, που προσυπογράφηκε και από την Ελλάδα, θα αποτελεί ένα νομικά δεσμευτικό μέσο, είτε σε ό,τι αφορά την θέσπιση νομοθεσίας που κάνει πράξη τα ίσα δικαιώματα, είτε σε ό,τι αφορά την κατάργηση των νομοθεσιών που παράγουν και/ή συντηρούν διακρίσεις. Αρκεί να κυρωθεί απ' τα εθνικά κοινοβούλια, το οποίο για την χώρα μας να αποτελεί ζητούμενο.

5.2. Η Ευρωπαϊκή θέση

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (δηλαδή οι Επίτροποι και η «δημόσια διοίκηση» της Ευρωπαϊκής Ένωσης) θεωρεί επίσης την αναπηρία ως ένα κοινωνικό κατασκεύασμα και υιοθετεί το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, τονίζοντας τους περιβαλλοντικούς φραγμούς στην κοινωνία, οι οποίοι εμποδίζουν την πλήρη συμμετοχή των ατόμων με αναπηρίες στην κοινωνία. Το Μάιο του 2000 έκανε την ανακοίνωση με τίτλο «Για μία Ευρώπη χωρίς φραγμούς για τα άτομα με ειδικές ανάγκες». Η ανακοίνωση αυτή έχει σημαντικές συνέπειες στο τρόπο με τον οποίο εξελίσσονται οι πολιτικές και η νομοθεσία σχετικά με την αναπηρία και αντιμετωπίζει τα θέματα πρόσβασης και κινητικότητας με βάση τις ίσες ευκαιρίες και το δικαίωμα συμμετοχής. Ειδικότερα, καθιστά σημαντικό να εξασφαλιστεί η εξάλειψη των τεχνικών και νομικών φραγμών για την αποτελεσματική συμμετοχή των ατόμων με αναπηρίες στην οικονομία και την κοινωνία.

Επίσης αναγνωρίζει ότι η προσβασιμότητα αποτελεί και απαιτεί μία αδιάσπαστη αλυσίδα ενεργειών, δράσεων και παρεμβάσεων, η οποία εάν σε κάποιο σημείο της «σπάσει», αίρεται η έννοια της προσβασιμότητας. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρει:

Η αύξηση των δυνατοτήτων πρόσβασης στις πληροφορίες συγκοινωνιών και ταξιδιών δεν είναι αρκετή λόγω έλλειψης μιας συνεκτικής ανασκόπησης όλου του κυκλώματος μεταφορών. Λεωφορεία και τραίνα με εύκολη πρόσβαση δεν ωφελούν καθόλου αν τα άτομα με προβλήματα κινητικότητας δεν μπορούν να φθάνουν στη στάση του λεωφορείου ή αν δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τον αυτόματο

διανομέα εισιτηρίων. Η πλήρωση αυτών των κενών απαιτεί την ανάπτυξη ενός πλαισίου για την εξέταση των θεμάτων σχετικά με τις δυνατότητες πρόσβασης σε μεταφορικά συστήματα, σε κτίρια και άλλους δημόσιους χώρους. Τέτοιο πλαίσιο περιλαμβάνει σαφώς τη στενή συνεργασία μεταξύ διαφόρων πολιτικών και διοικητικών επιπέδων.

(ΕΕ, COM(200) 284)

Επωφελούμενη από την ώθηση που δόθηκε το 2003 με το «Ευρωπαϊκό Έτος των ατόμων με ειδικές ανάγκες», η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εφάρμοσε ένα πολυετές σχέδιο δράσης με στόχο την ενσωμάτωση της διάστασης της αναπηρίας στις σχετικές κοινοτικές πολιτικές και τη βελτίωση της οικονομικής και κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με αναπηρία. Σε δύο ανακοινώσεις της, «Ίσες ευκαιρίες για τα άτομα με αναπηρίες: ένα ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης» (2003) και «Η κατάσταση των ατόμων με αναπηρία στη διευρυμένη Ευρωπαϊκή ένωση: το ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης 2006-2007» (2005) περιγράφει τους στόχους αυτού του σχεδίου δράσης, ένας από τους οποίους είναι η καλύτερη και αποτελεσματικότερη πρόσβαση στα δημόσια κτίρια (παράγραφος 3.2.4.). Λαμβάνοντας υπόψη τις συστάσεις που διατυπώθηκαν από ομάδα ανεξάρτητων εμπειρογνομόνων σχετικά με την πρόσβαση στο δομημένο περιβάλλον, που συγκροτήθηκε από την Επιτροπή μέσα στα πλαίσια του ευρωπαϊκού έτους των ατόμων με αναπηρίες, η Επιτροπή αποφάσισε:

- Να προωθήσει την αρχή του Σχεδιασμού για Όλους (Design for all) σε όλες τις σχετικές κοινοτικές πολιτικές για την προσβασιμότητα στο δομημένο περιβάλλον.
- Να εξετάσει την ανάπτυξη κατάλληλων ευρωπαϊκών προτύπων σε όλους τους τομείς που σχετίζονται με τα δημόσια κτίρια, όπως ο προγραμματισμός, ο σχεδιασμός, η δόμηση και η χρήση των κτιρίων καθώς και τις διαδικασίες ασφαλούς εκκένωσης των κτιρίων για τα άτομα με αναπηρίες.
- Να προωθήσει την καλύτερη διαπαιδαγώγηση σε θέματα προσβασιμότητας στα σχολεία και με την ανάπτυξη μαθημάτων προσβασιμότητας για επαγγελματίες στον τομέα των δομικών κατασκευών όπως π.χ. για αρχιτέκτονες.

- Να προωθήσει την ανταλλαγή πληροφοριών και τη διάδοση ορθής πρακτικής σχετικά με ζητήματα πρόσβασης μεταξύ πόλεων.
- Να αναθεωρήσει τη νομοθεσία και τις πολιτικές για την ανάθεση δημοσίων συμβάσεων και για τη χορήγηση κονδυλίων από τα διαρθρωτικά ταμεία σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.
- Να οργανώσει μελέτες και έρευνες για να εντοπιστούν οι φραγμοί και να καταστούν πιο προσβάσιμες για τα άτομα με αναπηρίες οι τουριστικές εγκαταστάσεις και τα αστικά μεταφορικά μέσα.

5.3. Η ελληνική θέση

Το Σύνταγμα της Ελλάδας (αναθεώρηση 2008) αναφέρει:

Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρων που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας.

(άρθρο 21, παράγραφος 6)

Η αυτονομία και η συμμετοχή στο κοινωνικό γίνεσθαι και όχι μόνο, βέβαια, προϋποθέτει προσβασιμότητα των υποδομών, υπηρεσιών και αγαθών, ώστε να μην παρεμποδίζεται αυτό το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα των ατόμων με αναπηρία.

Σύμφωνα με το Νόμο 2430/1996, Άρθρο 2 Παράγραφος 2, η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία έχει αναγνωριστεί ως η τριτοβάθμια οργάνωση των ατόμων με αναπηρία και θεσμοθετήθηκε ως Κοινωνικός Εταίρος της Ελληνικής Πολιτείας για θέματα που αφορούν στα άτομα με αναπηρία. Με το 3^ο άρθρο, 1^η παράγραφο του ίδιου νόμου, η ελληνική πολιτεία υιοθέτησε το παγκόσμιο πρόγραμμα δράσης, καθώς και τους κανόνες ίσων ευκαιριών για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, της Γενικής Συνέλευσης του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (1993).

6. Η λύση: Σχεδιασμός για Όλους

Ο όρος «Καθολικός σχεδιασμός» ή «Σχεδιασμός για Όλους» (Universal Design ή Design for All) αναφέρεται σε μια τακτική σχεδιασμού προϊόντων (αγαθών, υπηρεσιών) και περιβαλλόντων, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά

από όλους στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό χωρίς την ανάγκη προσαρμογής ή ειδικού σχεδιασμού (Center for Universal Design, 2010). Στόχος του Σχεδιασμού για Όλους είναι να απλοποιήσει τη ζωή όλων με προϊόντα, υπηρεσίες και περιβάλλοντα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από το μεγαλύτερο φάσμα ανθρώπων με ελάχιστο ή καθόλου επιπλέον κόστος. Απευθύνεται εξίσου σε άτομα όλων των ηλικιών (από μικρά παιδιά μέχρι ηλικιωμένους), διαφορετικών διαστάσεων και δεξιοτήτων, με ή χωρίς αναπηρία. Απορρίπτει κάθε σχεδιασμό ή λύση που δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί ως έχει από όλους ή που απευθύνεται αποκλειστικά σε άτομα με αναπηρία ή σε οποιαδήποτε άλλη κατηγορία πολιτών και στην ουσία στιγματίζει και δημιουργεί διακρίσεις (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2005).

Το Center for Universal Design, του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνας, έχει καθιερώσει εδώ και χρόνια τις παρακάτω αρχές Σχεδιασμού για Όλους:

1. Ισότιμη χρήση (το σχέδιο είναι χρήσιμο και ελκυστικό σε ανθρώπους με ποικίλες ικανότητες, χωρίς να τους διαιρεί, να τους στιγματίζει αλλά προστατεύοντας την ιδιωτικότητα, την ασφάλεια και την αυτονομία όλων).

2. Ευελιξία στη χρήση (το σχέδιο παρέχει ποικιλία στον τρόπο χρήσης από ανθρώπους με διαφορετικές προτιμήσεις και ικανότητες, όπως προτίμηση χεριού, διαφορετική ταχύτητα χρήσης κλπ).

3. Εύκολη και διαισθητική χρήση (το σχέδιο είναι εύκολο να γίνει κατανοητό, ανεξάρτητα από τις εμπειρίες, τις γνώσεις, τις γλωσσικές δεξιότητες, ή το επίπεδο συγκέντρωσης του χρήστη, χωρίς περιττή πολυπλοκότητα).

4. Αντιληπτή πληροφόρηση (το σχέδιο επικοινωνεί αποτελεσματικά την πληροφορία στο χρήστη ανεξάρτητα από τις συνθήκες του περιβάλλοντος ή τις αισθητηριακές ικανότητες του χρήστη, χρησιμοποιώντας διαφορετικές μεθόδους π.χ. εικονικές, λεκτικές, απτικές παρουσίασης των πληροφοριών, με επαρκή αντίθεση της πληροφορίας από το γύρω περιβάλλον).

5. Ανοχή στο σφάλμα (το σχέδιο ελαχιστοποιεί τους κινδύνους και τις ανεπιθύμητες επιπτώσεις τυχαίων και αθέλητων δράσεων, παρέχοντας προειδοποιήσεις και ασφαλιστικές δικλίδες, κάνοντας πιο προσβάσιμα τα πιο χρησιμοποιούμενα στοιχεία και εξαλείφοντας, απομονώνοντας ή θωρακίζοντας τα επικίνδυνα στοιχεία).

6. Χαμηλή σωματική προσπάθεια (το σχέδιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά και άνετα με ελάχιστη κούραση, επιτρέποντας στο χρήστη να

διατηρήσει μια ουδέτερη στάση σώματος και ελαχιστοποιώντας τις επαναληπτικές κινήσεις).

7. Μέγεθος και χώρος για προσέγγιση και χρήση (επαρκές μέγεθος και χώρος παρέχεται για την προσέγγιση και χρήση ανεξάρτητα από το σωματικό μέγεθος του χρήστη, τη στάση του ή την κινητικότητά του, παρέχοντας δυνατότητα για βοηθητικές συσκευές ή υποστήριξη από άλλο πρόσωπο (Center for Universal Design, 2010).

Η εφαρμογή του «Σχεδιασμού για Όλους» στα προϊόντα και τις υπηρεσίες των επιχειρήσεων προσδίδει σε αυτά πρόσθετη αξία και διευρύνει την ομάδα των καταναλωτών στην οποία απευθύνονται, ενώ περιορίζει την υποχρέωση των Φορέων για πρόβλεψη και παροχή πρόσθετων εξειδικευμένων λύσεων και εφαρμογών, άρα τους εξοικονομεί πόρους. Στην ουσία διασφαλίζει στην πράξη τη βασική δημοκρατική αρχή του σεβασμού της πολυμορφίας και της ισότητας.

7. Προσβασιμότητα ανά τομέα: οι οδηγίες του ΥΠΕΧΩΔΕ

Το Γραφείο Μελετών για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ) του ΥΠΕΧΩΔΕ (νυν ΥΠΕΚΑ), στα πλαίσια της προσπάθειας που είχε αναλάβει για την προώθηση της δυνατότητας αυτόνομης μετακίνησης και διαβίωσης όλων των πολιτών, συνέστησε ομάδες εργασίας από τεχνικούς - εκπροσώπους διαφόρων υπουργείων και φορέων, οι οποίες, με συντονίστρια την Προϊσταμένη του Γραφείου, κατά το χρονικό διάστημα 1986 - 1990, συνέταξαν τις «Οδηγίες Σχεδιασμού για την Αυτόνομη Διακίνηση και Διαβίωση ΑΜΕΑ».

Το 1996 το Γραφείο συνέστησε ομάδα εργασίας με στόχο την αναμόρφωση των οδηγιών, ώστε να αποκτήσουν ενιαίο ύφος και να περιληφθούν σε αυτές όλα τα νεώτερα δεδομένα. Προτάχθηκε η αναμόρφωση των οδηγιών που έχουν σχέση με τα δημόσια και ειδικά κτίρια και τους υπαίθριους κοινόχρηστους χώρους, ώστε να εφαρμοσθούν από τις υπηρεσίες και τους μελετητές που ασχολούνται με μελέτες εφαρμογές και κατασκευές αυτής της κατηγορίας των έργων. Ιδιαίτερα είχε τονιστεί η σημασία αυτών των κτιρίων στη ζωή των πολιτών της χώρας, τα οποία ενώ κατασκευάζονται ειδικά για να δέχονται κοινό, στην συντριπτική τους σχεδόν πλειοψηφία είναι είτε απροσπέλαστα, είτε πολύ δύσκολα προσπελάσιμα από μία πολύ μεγάλη κατηγορία ατόμων.

Αυτή τη στιγμή έχουν συνταχθεί και παρουσιάζονται στην ιστοσελίδα του υπουργείου δέκα οδηγίες, που αφορούν (Υπουργείο Περιβάλλοντος, Ενέργειας και Κλιματικής Αλλαγής, 1990):

1. Γενικές αρχές - Ανθρωπομετρικά στοιχεία (παρουσιάζονται οι βασικές δυσκολίες των ανθρώπων με αναπηρία και οι βασικές αρχές του Σχεδιασμού για Όλους).

2. Διαμόρφωση εξωτερικών χώρων κίνησης πεζών (παρουσιάζονται στοιχεία σχεδιασμού πεζοδρομίων, πεζόδρομων και χώρων στάθμευσης αυτοκινήτων).

3. Ράμπες ατόμων και αμαξιδίων (παρουσιάζονται στοιχεία για τη σήμανση και την κατασκευή κεκλιμένων επιπέδων, π.χ. κλίση, μήκος, πλάτος, σχήμα, μορφή κλπ).

4. Κλίμακες ή σκάλες (παρουσιάζονται στοιχεία για τη σήμανση και την κατασκευή κλιμάκων, π.χ. κλίση, μήκος, πλάτος, σχήμα, μορφή κλπ).

5. Μηχανικά μέσα κάλυψης υψομετρικών διαφορών (παρουσιάζονται στοιχεία σχεδιασμού ανελκυστήρων, αναβατόριων, κυλιόμενων σκαλών και μεταφορικών ταινιών).

6. Σήμανση (παρουσιάζονται γενικές αρχές για τα διάφορα είδη σήμανσης και ειδικές οδηγίες για το σχεδιασμό και κατασκευή σήμανσης με πινακίδες, για επιδαπέδια σήμανση, για φωτεινή και ηχητική σήμανση καθώς και για τη σήμανση αστικού εξοπλισμού και κτιρίων μέσω χρώματος και σχήματος).

7. Είσοδοι κτιρίων (παρουσιάζονται στοιχεία για το σχεδιασμό κτιρίων με προσβασιμότητα στην κεντρική τους είσοδο, στους χώρους στάθμευσης και με επικοινωνία των χώρων στάθμευσης με το εσωτερικό του κτιρίου).

8. Δημόσιοι χώροι υγιεινής (παρουσιάζονται αρχές, όπως σήμανση, προσπέλαση, είσοδος και εξοπλισμός δημόσιων χώρων υγιεινής).

9. Κτίρια που χρησιμοποιούνται από το κοινό (παρουσιάζονται γενικές αρχές σχεδιασμού δημόσιων κτιρίων, που αφορούν την είσοδο-υποδοχή, τη σήμανση, τους κοινόχρηστους χώρους, την οριζόντια και κατακόρυφη κυκλοφορία και την πυροπροστασία τους).

10. Κατοικία (παρουσιάζονται στοιχεία για το σχεδιασμό κατοικιών και, πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με την είσοδο, την οριζόντια κυκλοφορία, το δάπεδο, τα παράθυρα-εξώστες, τους χώρους υγιεινής και τα διάφορα είδη δωματίων).

Οι οδηγίες αυτές που είναι ελεύθερα διαθέσιμες σε όλους, τόσο σε ηλεκτρονική μορφή όσο και σε έντυπη από το ίδιο το Υπουργείο, επιτρέπουν σε οποιονδήποτε να πληροφορηθεί με λεπτομέρεια, ακρίβεια και σαφήνεια για όλα τα χαρακτηριστικά που χρειάζεται να έχει ο σχεδιασμός ενός κτιρίου ή χώρου, ώστε να είναι προσβάσιμο από όλους. Οι οδηγίες αυτές καλύπτουν το πιθανό κενό εκπαίδευσης και πληροφόρησης που είναι δυνατόν να υπάρχει στους παλαιότερους αλλά και νέους επαγγελματίες (αρχιτέκτονες, πολιτικούς μηχανικούς) που ασχολούνται με το σχεδιασμό κτιρίων και υπηρεσιών στον κρατικό αλλά και στον ιδιωτικό τομέα.

8. Ο Κανονισμός του Υπουργείου Υγείας για τα κτίρια

Ήδη από το 1983, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με την απόφασή του υπ' αριθμόν 1215 θέσπισε διατάξεις για το σχεδιασμό των κτιρίων Υγείας και Πρόνοιας, οι οποίες έχουν ως στόχο να διευκολύνεται κατά το δυνατό η χρήση των κτιρίων αυτών από μειονεκτούντα άτομα, όπως οι ανάπηροι, οι ηλικιωμένοι, οι μητέρες και εγκυμονούσες κλπ, είτε πρόκειται για ασθενείς είτε πρόκειται για εργαζόμενους είτε για επισκέπτες.

Στην απόφαση αυτή διευκρινίζονται ξεκάθαρα προδιαγραφές που αφορούν:

1. Τον περιβάλλοντα χώρο των κτιρίων (σκάλες, ράμπες, πεζόδρομοι)
2. Τους χώρους στάθμευσης των αυτοκινήτων
3. Την είσοδο των κτιρίων
4. Τις θύρες, τους ανελκυστήρες και τις σκάλες στο εσωτερικό των κτιρίων
5. Τους χώρους υγιεινής (WC, λουτρά-ντους)
6. Τις θέσεις στάθμευσης των αναπηρικών αμαξιδίων, τα δωμάτια αναπήρων και τα οφίς αυτοεξυπηρέτησης
7. Το χειρισμό του (γενικού) εξοπλισμού
8. Τα δάπεδα και
9. Τη σηματοδότηση

Παρότι θεσπίστηκε πριν από τρεις περίπου δεκαετίες και επομένως δεν αντανακλούν τις πιο σύγχρονες απόψεις και γνώσεις σχετικά με το Σχεδιασμό για Όλους, είναι σημαντικό ότι ο κανονισμός αυτός είναι συγκεκριμένος και σαφής και ότι

αντιμετωπίζει τα άτομα με αναπηρίες όχι μόνο ως ασθενείς-πελάτες που δέχονται υπηρεσίες στα κτίρια αυτά αλλά και ως δυνητικούς εργαζόμενους και επισκέπτες.

9. Το γενικότερο νομικό πλαίσιο στην Ελλάδα

9.1. Ρυθμίσεις σχετικά με την προσβασιμότητα

Στο Γενικό Οικοδομικό Κανονισμό, όπως αυτός τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με το νόμο 2831/2000 και ισχύει σήμερα, προβλέπονται ειδικές ρυθμίσεις για την εξυπηρέτηση των ατόμων με αναπηρία (άρθρο 28). Οι ειδικές ρυθμίσεις επιβάλλονται σε χώρους κτιρίων κατασκευαζόμενων μετά τη δημοσίευση του νόμου, στους οποίους στεγάζονται υπηρεσίες του Δημοσίου, νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του ευρύτερου δημόσιου τομέα, κοινωφελείς οργανισμοί κλπ. Στα υφιστάμενα πριν από την ισχύ του νόμου αυτού κτίρια, όπου στεγάζονται αντίστοιχες υπηρεσίες, επιβάλλεται επίσης με τον ίδιο νόμο να γίνουν οι απαραίτητες διαμορφώσεις, ώστε οι λειτουργικοί χώροι τους να είναι προσπελάσιμοι από άτομα με ειδικές ανάγκες.

Στα άρθρα του νόμου αυτού περιγράφονται, μεταξύ των άλλων, προδιαγραφές που αφορούν την όδευση από τη στάθμη του πεζοδρομίου μέχρι την πόρτα του ανελκυστήρα (διαστάσεις και κλίση διαδρόμων, διαστάσεις, άνοιγμα πόρτας και αποστάσεις ανελκυστήρα, οπτικοακουστικά και απτικά μέσα σήμανσης στους ανελκυστήρες), το ποσοστό των χώρων υγιεινής που πρέπει να είναι προσβάσιμοι και εξοπλισμένοι κατάλληλα για χρήση από άτομα που χρησιμοποιούν αναπηρικό αμαξίδιο (5% ή τουλάχιστον ένας ανά όροφο) και η προσβασιμότητα ατόμων με αναπηρία σε κοινόχρηστους χώρους (με οδεύσεις πεζών, οδεύσεις τυφλών, ράμπες και χώρους στάθμευσης αναπηρικών αυτοκινήτων).

Με τις αποφάσεις του ΥΠΕΧΩΔΕ 52487 «Ειδικές ρυθμίσεις για την εξυπηρέτηση ΑμεΑ σε υφιστάμενα κτίρια» και 52488, «Ειδικές ρυθμίσεις για την εξυπηρέτηση ΑμεΑ σε κοινόχρηστους χώρους των οικισμών που προορίζονται για την κυκλοφορία πεζών» (2002) εξειδικεύονται οι επιβαλλόμενες από το Γενικό Οικοδομικό Κανονισμό απαιτήσεις για την αποκατάσταση της προσβασιμότητας τόσο στα υφιστάμενα κτίρια όσο και στους εξωτερικούς κοινόχρηστους χώρους των οικισμών. Πιο συγκεκριμένα, στην πρώτη απόφαση περιγράφονται προδιαγραφές για την οριζόντια και κατακόρυφη προσπέλαση των κτιρίων (άρθρο 1), για τις

εισόδους (άρθρο 2), τα κλιμακοστάσια (άρθρο 3), τους χώρους υγιεινής (άρθρο 4), τους πάγκους υποδοχής, τα τηλέφωνα και τον φωτισμό (άρθρο 5), τη σήμανση (άρθρο 6) και εισάγεται η έννοια του «οδηγού τυφλών» (άρθρο 7). Στη δεύτερη απόφαση περιγράφεται η «ελεύθερη ζώνη όδευσης πεζών» (άρθρα 2 και 3) και οι ειδικές θέσεις στάθμευσης για τα οχήματα ατόμων με αναπηρία (άρθρο 5). Και στις δύο αποφάσεις θεσμοθετούνται οι Οδηγίες Σχεδιασμού «Σχεδιάζοντας για όλους» του Γραφείου μελετών για ΑμεΑ του ΥΠΕΧΩΔΕ (άρθρο 9 και 6, αντίστοιχα).

Αντίστοιχες ρυθμίσεις και περιγραφές για προσβασιμότητα κοινόχρηστων χώρων, ελεύθερη όδευση πεζών, οδηγό όδευσης τυφλών, κεκλιμένα επίπεδα, επιστρώσεις δαπέδων, αστικό εξοπλισμό και χώρους στάθμευσης ατόμων με αναπηρία καθιερώθηκαν με την πιο πρόσφατη απόφαση 52907 του ΥΠΕΚΑ (2009).

9.2. Προσβασιμότητα και χώροι εργασίας

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στα δημόσια κτίρια μπορεί να ιδωθεί και μέσα από μια διαφορετική σκοπιά: αυτήν της εργασίας. Για να μπορεί ένα άτομο με αναπηρία ή γενικότερα ένα εμποδιζόμενο άτομο να εργαστεί με ίσους όρους σε μια υπηρεσία υγείας, είναι ανάγκη το περιβάλλον εργασίας να είναι προσβάσιμο και κατάλληλα προσαρμοσμένο για χρήση από όλα τα άτομα (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2007).

Στο Προεδρικό Διάταγμα 16/96 θεσμοθετούνται οι ελάχιστες προδιαγραφές που πρέπει να πληρούν οι χώροι εργασίας, έτσι ώστε οι εργαζόμενοι με αναπηρία να κινούνται και να εργάζονται ανεμπόδιστα (1996). Ο έλεγχος της εφαρμογής του διατάγματος έχει ανατεθεί στις αρμόδιες υπηρεσίες της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, προβλέπεται δε η επιβολή κυρώσεων σε κάθε εργοδότη που παραβαίνει τις διατάξεις του διατάγματος. Το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης με μια σειρά εγκυκλίων («Εξασφάλιση πρόσβασης εμποδιζόμενων ατόμων – εφαρμογή των Οδηγιών Σχεδίασης του ΥΠΕΧΩΔΕ για την άρση των αρχιτεκτονικών εμποδίων, 26534/96», «Εξυπηρέτηση ατόμων με ειδικές ανάγκες από τις δημόσιες υπηρεσίες και τους Φορείς του Δημόσιου τομέα, 4291/97», «Εξασφάλιση πρόσβασης και διευκολύνσεις εμποδιζόμενων ατόμων στις δημόσιες υπηρεσίες, 6750/99 και 589/01» και άλλες) υποχρεώνει τους Φορείς του Δημοσίου να λάβουν μέτρα για την προσβασιμότητα των κτιρίων τους.

Εξάλλου, όχι μόνον το Σύνταγμα της Ελλάδας προβλέπει ότι «οι Έλληνες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου» (άρθρο 4, παράγραφος 1) αλλά και ο Νόμος 3304/2005 για

την «εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού» θεσμοθετεί την αρχή της ίσης μεταχείρισης όλων των πολιτών και εισάγει την υποχρέωση των εργοδοτών σε «εύλογες προσαρμογές» (άρθρο 10), προκειμένου να διευκολυνθεί η δυνατότητα πρόσβασης των ατόμων με αναπηρία στην εργασία και την επαγγελματική κατάρτιση. Με το νόμο αυτό ενσωματώθηκαν αυτούσιες στην εθνική μας νομοθεσία οι οδηγίες 2000/43 και 2000/78 της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2000), που με τη σειρά τους θεσπίστηκαν μετά τη Συνθήκη του Άμστερνταμ (1997), που συμπεριέλαβε την αναπηρία στις αιτίες διάκρισης (άρθρο 13) και αναγνώρισε γενικά τη συμπερίληψη των αναγκών των ατόμων με αναπηρία κατά την εκπόνηση μέτρων από τα όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (άρθρο 22).

Μια αναλυτικότερη περιγραφή της νομοθεσίας που αφορά στις κατασκευές, εγκαταστάσεις και τον τρόπο αντιμετώπισης των ατόμων με ειδικές ανάγκες στα κτίρια συνάθροισης κοινού και τις υπηρεσίες του δημόσιου και του ευρύτερου δημόσιου τομέα μπορεί να βρεθεί στο Παράρτημα του «Σχεδιάζοντας πολιτική σε θέματα αναπηρίας: Εγχειρίδιο εκπαιδευτή» (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008).

Ειδικό μέρος

1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να καταγράψει τις υφιστάμενες συνθήκες προσβασιμότητας των ατόμων με αναπηρία κάθε κατηγορίας (άτομα με κινητικές αναπηρίες, άτομα με προβλήματα όρασης ή/και ακοής, άτομα με ψυχικά ή/και νοητικά προβλήματα κλπ) τόσο στις κτιριακές υποδομές όσο και στις υπηρεσίες των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Περιφέρειας Θεσσαλίας.

2. Μέθοδος

2.1. Δεδομένα

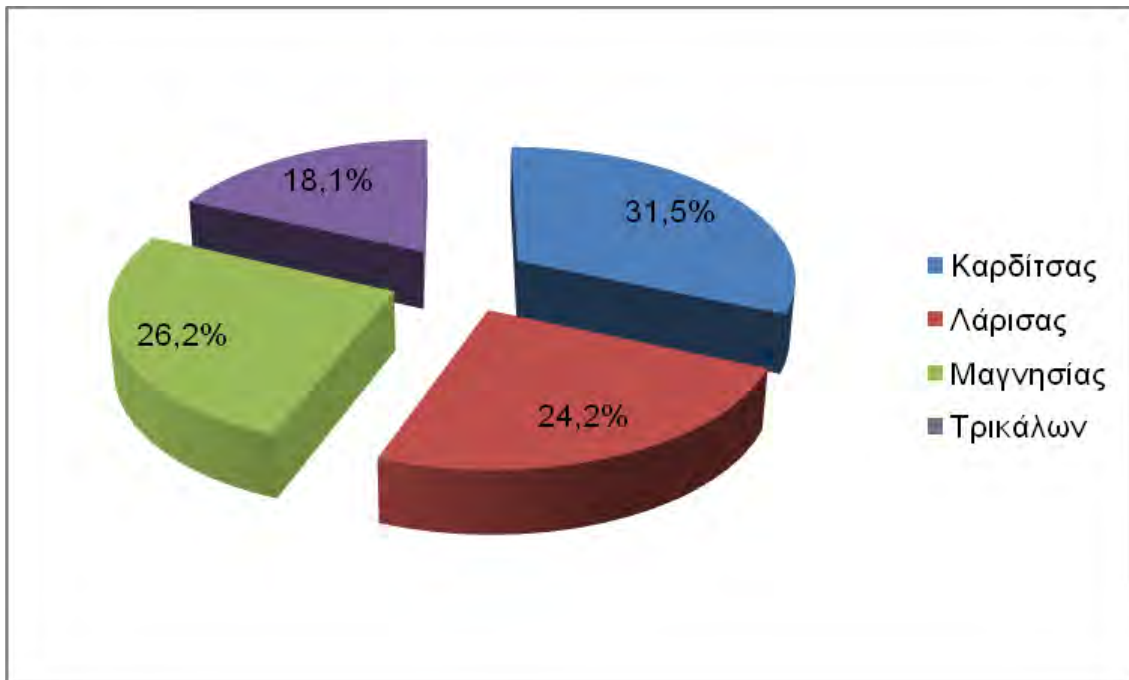
Στην έρευνα καταγράφηκαν δεδομένα που προέρχονταν από 151 διαφορετικές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας που καλύπτουν την περίθαλψη του γενικού πληθυσμού. Όλες οι μονάδες ανήκαν στην περιφέρεια Θεσσαλίας και πιο συγκεκριμένα στους νομούς:

- Καρδίτσας,
- Λάρισας,
- Μαγνησίας και
- Τρικάλων.

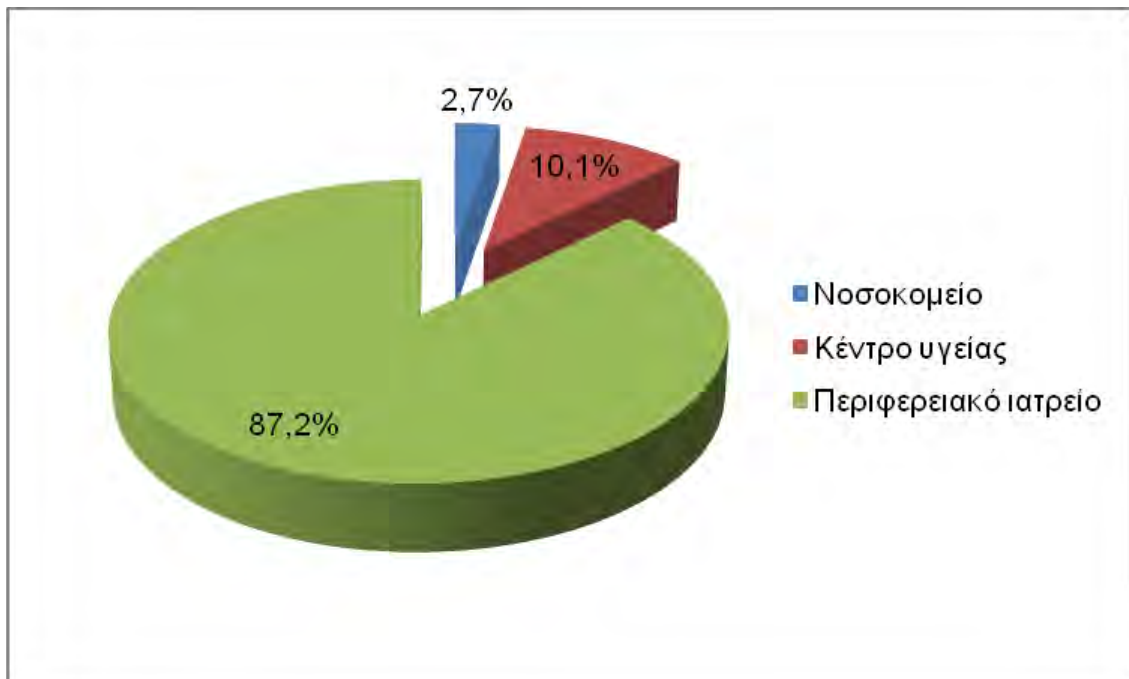
Η κατανομή των μονάδων υγείας στους τέσσερις νομούς φαίνεται στο Διάγραμμα 1. Από την έρευνα εξαιρέθηκαν τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Ιατρεία του ΙΚΑ και άλλες παρόμοιες μονάδες, μια και απευθύνονται σε ειδικότερους πληθυσμούς (είτε κατά ασφαλιστικό ταμείο, είτε κατά είδος παθήσεων). Οι περισσότερες μονάδες υγείας του δείγματός μας προέρχονταν από το νομό Καρδίτσας και οι λιγότερες από το νομό Τρικάλων.

Στο Διάγραμμα 2 φαίνεται το είδος των μονάδων υγείας στο δείγμα μας. Τα περισσότερα ήταν τα Περιφερειακά Ιατρεία (87,2%), ενώ εκπροσωπήθηκαν τα εξωτερικά Ιατρεία των 4 από τα 5 Νοσοκομεία των νομών (λείπει το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, ποσοστό συμπλήρωσης 80,0%) και 15 από τα 17 Κέντρα Υγείας (λείπουν τα Κ.Υ. Καλαμπάκας και Φαρκαδώνας του νομού Τρικάλων, ποσοστό συμπλήρωσης 88,2%). Από τα Περιφερειακά Ιατρεία κάθε τύπου συμπληρώθηκαν δεδομένα για τα 130 από τα 161 που υπάρχουν συνολικά στους 4

νομούς (ποσοστό συμπλήρωσης 80,7%). Το συνολικό ποσοστό συμπλήρωσης ήταν 83,0% (151 από τις 182 μονάδες).



Διάγραμμα 1. Κατανομή των μονάδων υγείας ανά νομό



Διάγραμμα 2. Είδος μονάδων υγείας

Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του αριθμού των Περιφερειακών Ιατρείων που δε συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο με το νομό προέλευσής τους (Fisher's Exact Test, $p=0,007$). Πιο συγκεκριμένα, έλειπε από τη μελέτη μας το 34,2% των Περιφερειακών Ιατρείων του νομού Τρικάλων (13/38) και το 25,0% του νομού Λάρισας (10/40), έναντι του 13,5% στο νομό Μαγνησίας (5/37) και του 6,5% στο νομό Καρδίτσας (3/46).

2.2. Ερωτηματολόγιο

Ειδικά για τους σκοπούς της έρευνας κατασκευάστηκε ένα ειδικό ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο αυτό στοχεύει στην αποτύπωση/ καταγραφή κυρίως των τεχνικών χαρακτηριστικών των κτιρίων, καθώς και τη συλλογή στοιχείων σχετιζόμενων με τον διατιθέμενο σε αυτά εξοπλισμό αλλά και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Οι ερωτήσεις από τις οποίες αποτελούνταν στηρίχτηκαν στις προδιαγραφές για διευκόλυνση της προσβασιμότητας, όπως αναφέρονται στα ακόλουθα έγγραφα:

- Γενικός Οικοδομικός Κανονισμός (Ν. 1577/1985) όπως τροποποιήθηκε με τον Ν.2831/2000.
- Κανονισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (1215/1983) για τα κτίρια υγείας και πρόνοιας.
- Οδηγίες Σχεδιασμού «Σχεδιάζοντας για όλους» του Γραφείου μελετών για ΑμεΑ του ΥΠΕΧΩΔΕ.

Οι ερωτήσεις ταξινομήθηκαν σε επτά διαφορετικές ενότητες ανάλογα με το περιεχόμενό τους:

1. Γενικά στοιχεία για το ακίνητο
2. Πρόσβαση στο κτίριο
3. Είσοδος στο κτίριο
4. Οριζόντια κυκλοφορία μέσα στο κτίριο
5. Κατακόρυφη κυκλοφορία μέσα στο κτίριο
6. Εξυπηρέτηση-εξοπλισμός
7. Υπηρεσίες

Οι περισσότερες ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου και μπορούσαν να απαντηθούν με Ναι / Όχι (π.χ. σχετικά με την ύπαρξη ενός χαρακτηριστικού) ή με έναν αριθμό (π.χ. αριθμός ανελκυστήρων ή άλλων εγκαταστάσεων). Στο τέλος κάθε

ενότητας υπήρχε ο χώρος για πιο αναλυτικό σχολιασμό, ενώ στο τέλος του ερωτηματολογίου υπήρχε χώρος για γενικότερο σχολιασμό σχετικά με το αντικείμενο της έρευνας.

2.3. Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το διάστημα Ιανουαρίου-Ιουνίου 2010. Με στόχο την πληρέστερη καταγραφή των προβλημάτων και με δεδομένο το γεγονός ότι σπάνια σε παρόμοιες έρευνες σημειώνεται ανταπόκριση 100% στη συμπλήρωση των αποστέλλομενων ερωτηματολογίων, αποφασίστηκε η αποστολή του ειδικού ερωτηματολογίου όχι σε αντιπροσωπευτικά δείγματα κάθε μονάδας και κάθε νομού αλλά σε όλες τις υπηρεσίες που εντάσσονται στο αντικείμενο της παρούσας μελέτης.

Τα ερωτηματολόγια κατατέθηκαν στο υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και μέσω του Περιφερειακού Γραφείου Βόρειας Ελλάδας του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. (Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας) απεστάλησαν υπηρεσιακά σε όλες τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της περιφέρειας Θεσσαλίας με την οδηγία να συμπληρωθούν. Πιο συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια εστάλησαν απευθείας στα εξωτερικά Ιατρεία των 5 Νοσοκομείων της Θεσσαλίας και στα Κέντρα Υγείας της Περιφέρειας Θεσσαλίας. Επίσης, ζητήθηκε από τα Κέντρα Υγείας να προωθήσουν το ερωτηματολόγιο στις δομές υγείας ευθύνης τους, δηλαδή στα απλά, πολυδύναμα και ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία τους.

Στα περιφερειακά ιατρεία τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ιατρούς που εργάζονταν σε αυτά, ενώ στα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία από αντίστοιχο επαγγελματία υγείας. Μετά τη συμπλήρωσή τους τα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν υπηρεσιακά στο υπουργείο για την κωδικοποίηση και τη στατιστική τους ανάλυση. Ο συνολικός χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπολογίζεται γύρω στα 10 λεπτά, αν και η συλλογή των απαιτούμενων πληροφοριών για τη συμπλήρωσή του μπορεί να ποικίλει από Μονάδα σε Μονάδα.

2.4. Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια που επιστράφηκαν κωδικοποιήθηκαν και καταγράφηκαν στο ειδικό λογισμικό PASW, έκδοση 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ειδικού στατιστικού αναλυτή.

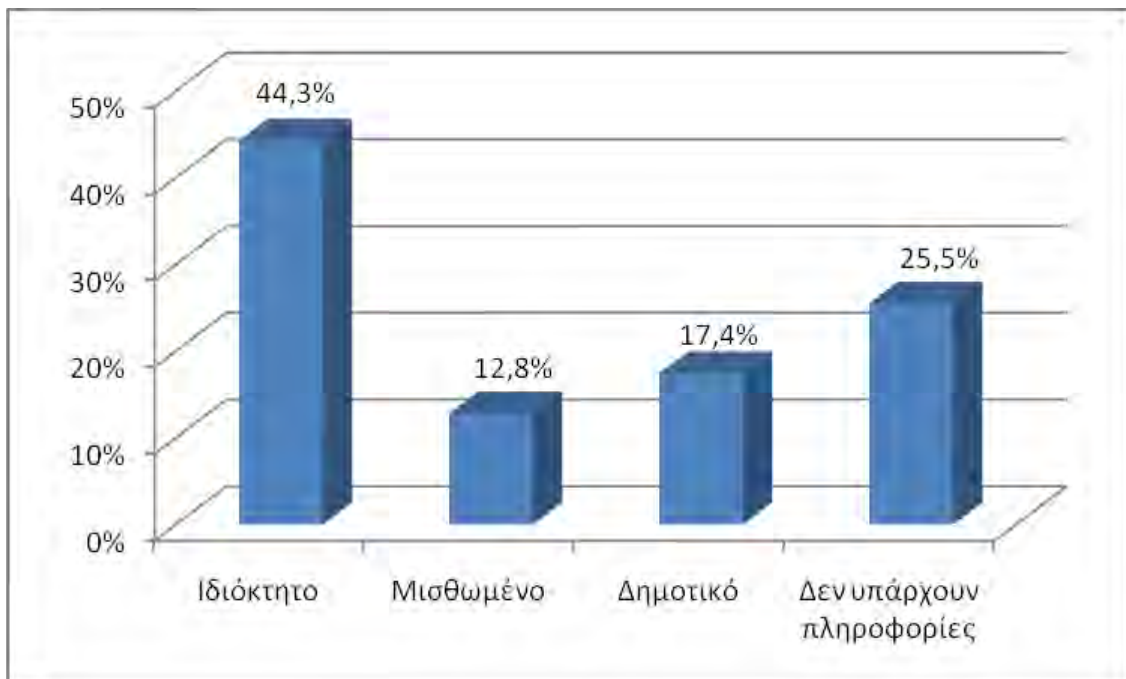
Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν κατά περίπτωση ραβδογράμματα και διαγράμματα πίτας. Οι ποσοτικές μεταβλητές περιγράφηκαν με μέσους όρους και τυπικές αποκλίσεις, ενώ οι ποιοτικές με ποσοστά. Αρκετός αριθμός από δεδομένα ήταν ελλιπή είτε λόγω απειρίας αυτού που συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο είτε λόγω άγνοιας είτε λόγω μη εφαρμογής της ερώτησης (π.χ. στοιχεία για τον ανελκυστήρα σε κτίρια που δεν είχαν ανελκυστήρα). Στην περίπτωση που η ελλιπής απάντηση μπορούσε να συναχθεί από τις υπόλοιπες απαντήσεις ή από το κείμενο των σχολίων, αυτή συμπληρωνόταν. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις παρουσιάζονται τα δεδομένα μόνο για τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

Για τη σύγκριση των Κέντρων Υγείας με τα Περιφερειακά Ιατρεία χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία του Fisher (Fisher's Exact Test), όταν οι μεταβλητές ήταν διχοτομικές και η μη παραμετρική δοκιμασία U των Mann-Whitney, όταν οι μεταβλητές ήταν τακτικές. Τα νοσοκομεία δεν εισήχθησαν στη σύγκριση λόγω του πολύ μικρού αριθμού τους ($n=4$). Για τη σύγκριση των τεσσάρων νομών μεταξύ τους σε μια κατηγορική κλίμακα χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική δοκιμασία χ^2 των Kruskal-Wallis. Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05.

3. Αποτελέσματα

3.1. Γενικά στοιχεία για το ακίνητο

Τα περισσότερα από τα κτίρια στα οποία στεγάζονται οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι ιδιόκτητα ή ανήκουν στους αντίστοιχους δήμους. Μόνον το 12,8% των κτιρίων όπου στεγάζονται οι μονάδες είναι μισθωμένα, ενώ για το ένα τέταρτο από αυτά δεν υπάρχουν πληροφορίες (Διάγραμμα 3). Εντούτοις όλα τα νοσοκομεία είναι ιδιόκτητα, ενώ από τα κέντρα υγείας μόνον ένα αναφέρεται ως μισθωμένο.

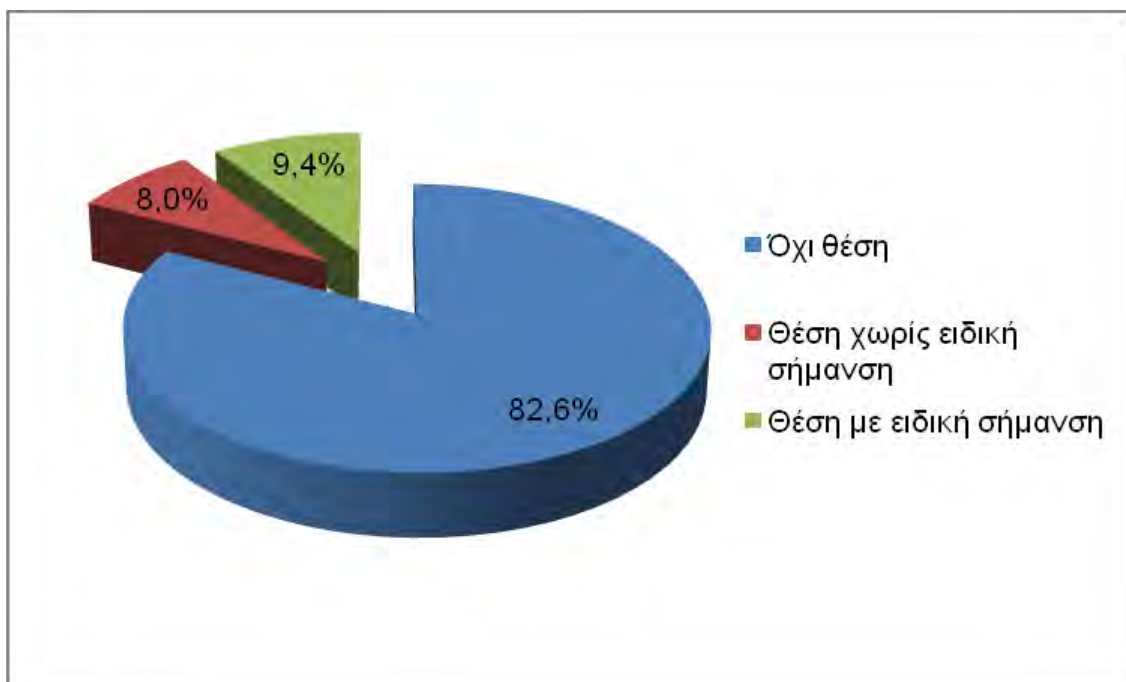


Διάγραμμα 3. Καθεστώς ιδιοκτησίας μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Όλα τα περιφερειακά ιατρεία (πλην ενός) και τα 9 από τα 15 κέντρα υγείας στεγάζονταν αποκλειστικά σε ισόγειο χώρο. Τα κτίρια των νοσοκομείων και τα υπόλοιπα κέντρα υγείας ήταν πολυώροφα με διάφορες υπηρεσίες να στεγάζονται περισσότερους από έναν ορόφους του κάθε κτιρίου.

3.2. Πρόσβαση στο κτίριο

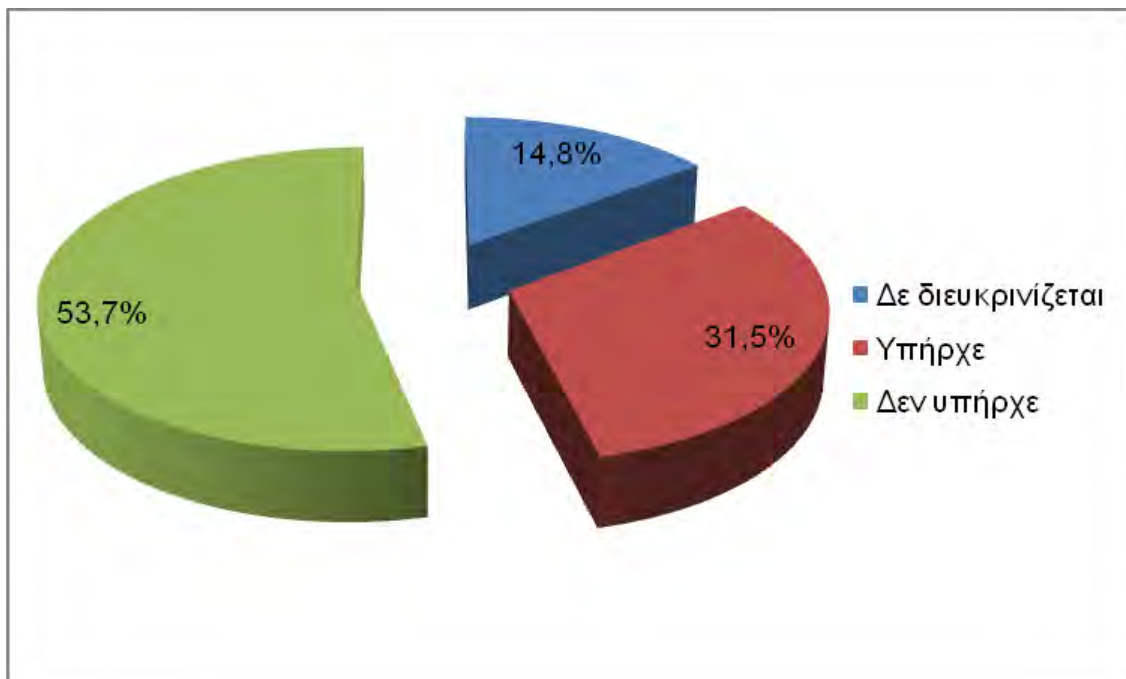
Από τις 149 μονάδες που καταγράφηκαν μόνον οι 26 (17,4%) είχαν ειδική θέση προσωρινής στάθμευσης κοντά στο κτίριο για αυτοκίνητο ατόμου με αναπηρία (Διάγραμμα 4). Ο αριθμός των θέσεων αυτών ήταν μία ή δύο, με την εξαίρεση των τριών από τα τέσσερα νοσοκομεία, που είχαν πάνω από δύο παρόμοιες θέσεις. Συγκρίνοντας τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά Ιατρεία γίνεται φανερό ότι περίπου τα μισά Κέντρα Υγείας (7 στα 15) έχουν ειδική θέση, ενώ στα Περιφερειακά Ιατρεία η αναλογία είναι πολύ μικρότερη (15 στα 130, περίπου 11,5%) μια διαφορά που είναι στατιστικά σημαντική (Fisher's Exact Test, $p=0,002$).



Διάγραμμα 4. Ειδικές θέσεις προσωρινής στάθμευσης στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

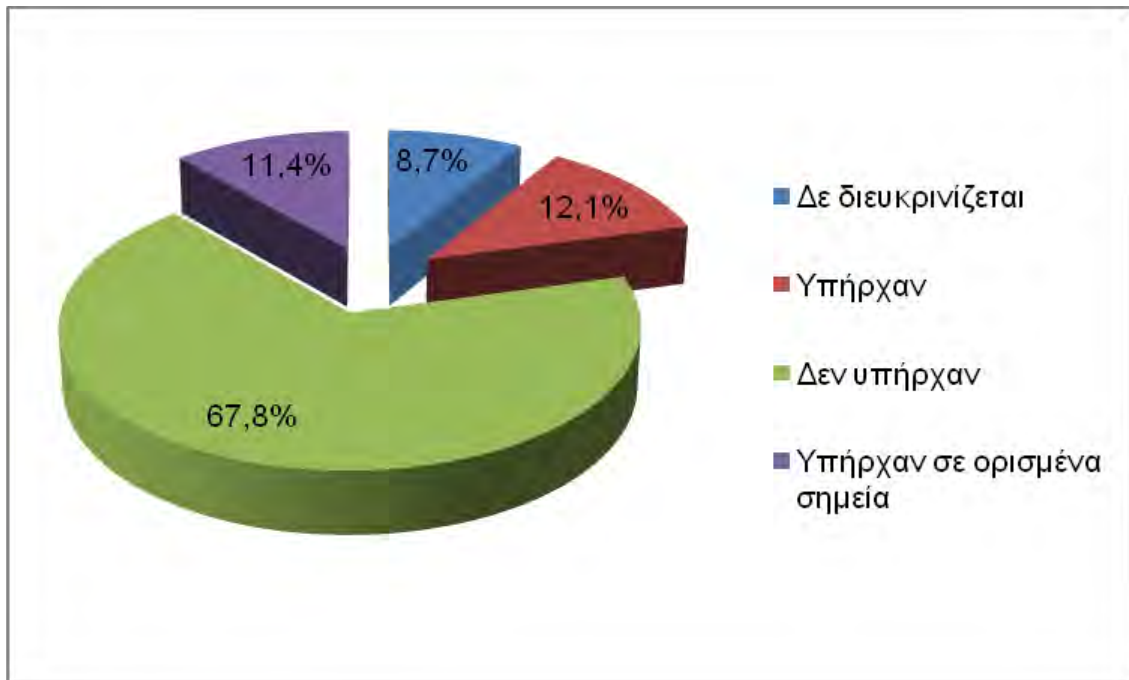
Σε 12 από τις 26 μονάδες (46,2%) οι θέσεις αυτές δεν είχαν την κατάλληλη σήμανση, ότι αφορούν άτομα με αναπηρία, ενώ σε 4 περιπτώσεις η διαδρομή από την ειδική θέση μέχρι την είσοδο δεν ήταν λεία και σταθερή, αποτελούνταν δηλαδή από χαλίκι, χώμα, γρασίδι ή άλλο υλικό που δεν προσφέρεται για το σκοπό αυτό.

Μόνον στο 31,5% των περιπτώσεων (47 μονάδες) υπήρχε στάση μέσου μαζικής μεταφοράς σε απόσταση το πολύ 100 μέτρων από το κτίριο (Διάγραμμα 5).



Διάγραμμα 5. Ειδικές στάσεις μέσου μαζικής μεταφοράς στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Σε 18 κτίρια (12,1% των μονάδων) υπήρχαν ράμπες στο πεζοδρόμιο σε όλα τα σημεία των διαβάσεων μεταξύ των θέσεων στάθμευσης και της εισόδου του κτιρίου, ενώ σε άλλα 17 κτίρια (11,4%, σύνολο 23,5%) υπήρχαν ράμπες σε ορισμένα μόνο σημεία (Διάγραμμα 6). Και στην περίπτωση αυτή τα Κέντρα Υγείας είχαν στατιστικά σημαντικά συχνότερα ράμπες (9/15) απ' ό,τι τα Περιφερειακά Ιατρεία (22/130) (Fisher's Exact Test, $p=0,001$). Οδηγοί όδευσης τυφλών στο πεζοδρόμιο υπήρχαν μόνο σε δύο κτίρια (σε ένα νοσοκομείο και σε ένα Κέντρο Υγείας).

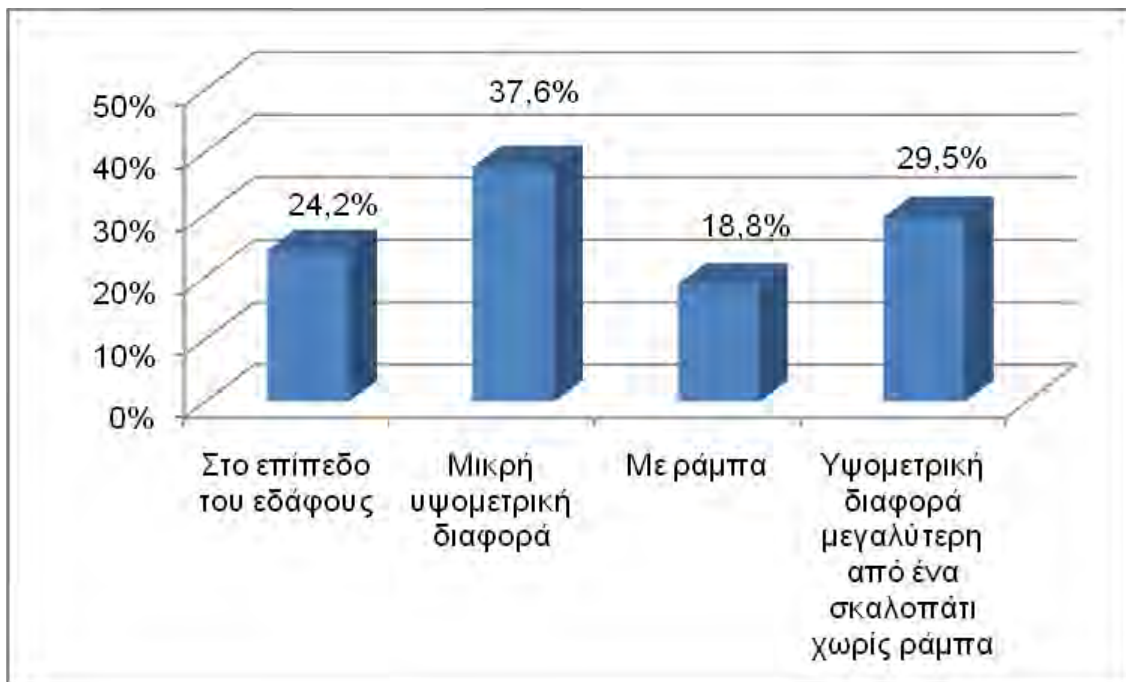


Διάγραμμα 6. Ράμπες στα πεζοδρόμια στα σημεία των διαβάσεων μεταξύ των θέσεων στάθμευσης και της εισόδου του κτιρίου

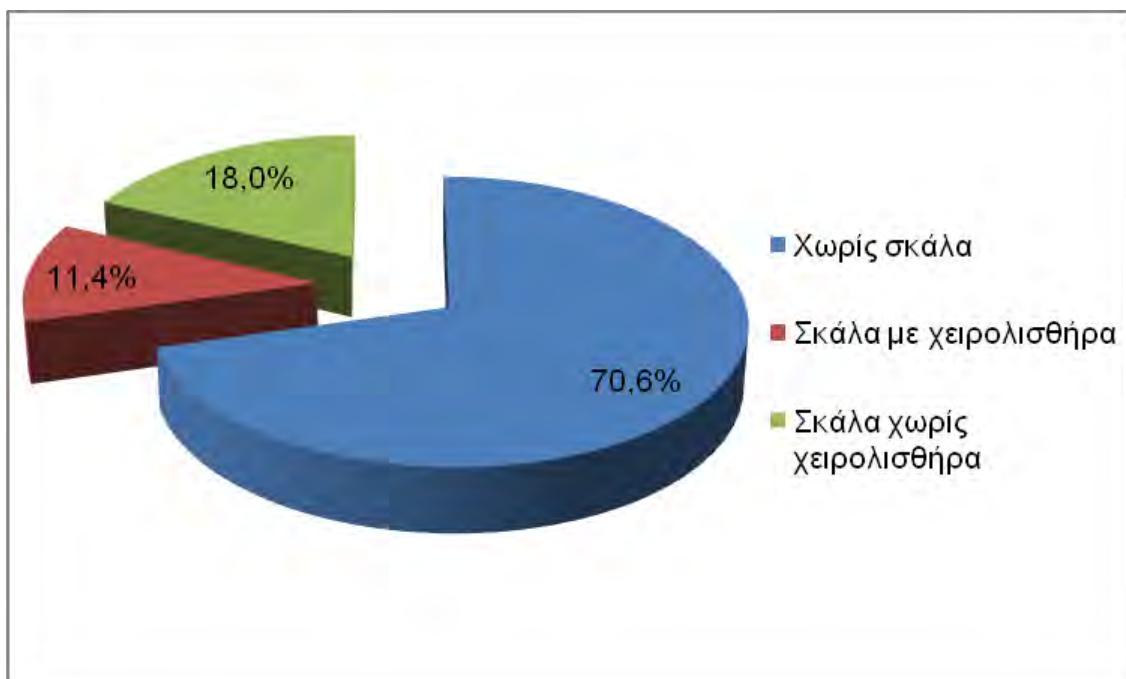
3.3. Είσοδος στο κτίριο

Πάνω από τα δύο τρίτα των κτιρίων έχουν έστω και μία είσοδο πρόσβασης στο κτίριο που να είναι στο επίπεδο του εδάφους (24,2% των κτιρίων) είτε με μικρή υψομετρική διαφορά (37,6% των κτιρίων) είτε με ράμπα (18,8% των κτιρίων). Στο 29,5% των περιπτώσεων (44 κτίρια) η υψομετρική διαφορά είναι μεγαλύτερη από ένα σκαλοπάτι χωρίς να υπάρχει ράμπα (Διάγραμμα 7).

Σε 62 μονάδες (41,6% των περιπτώσεων) το πεζοδρόμιο συνδέεται μέσω σκάλας με την είσοδο στο κτίριο όμως μόνο στις 24 από αυτές (38,7%) η σκάλα έχει χειρολισθήρα τουλάχιστον στη μια πλευρά ή στο μέσον της (Διάγραμμα 8). Γενικά, παρότι σε 104 μονάδες (69,8%) η κύρια είσοδος θεωρήθηκε προσβάσιμη στα άτομα με αναπηρίες, μόνο στις 7 από αυτές (6,7%) υπήρχε ειδική σήμανση που να κατευθύνει τα άτομα αυτά προς τη συγκεκριμένη είσοδο.

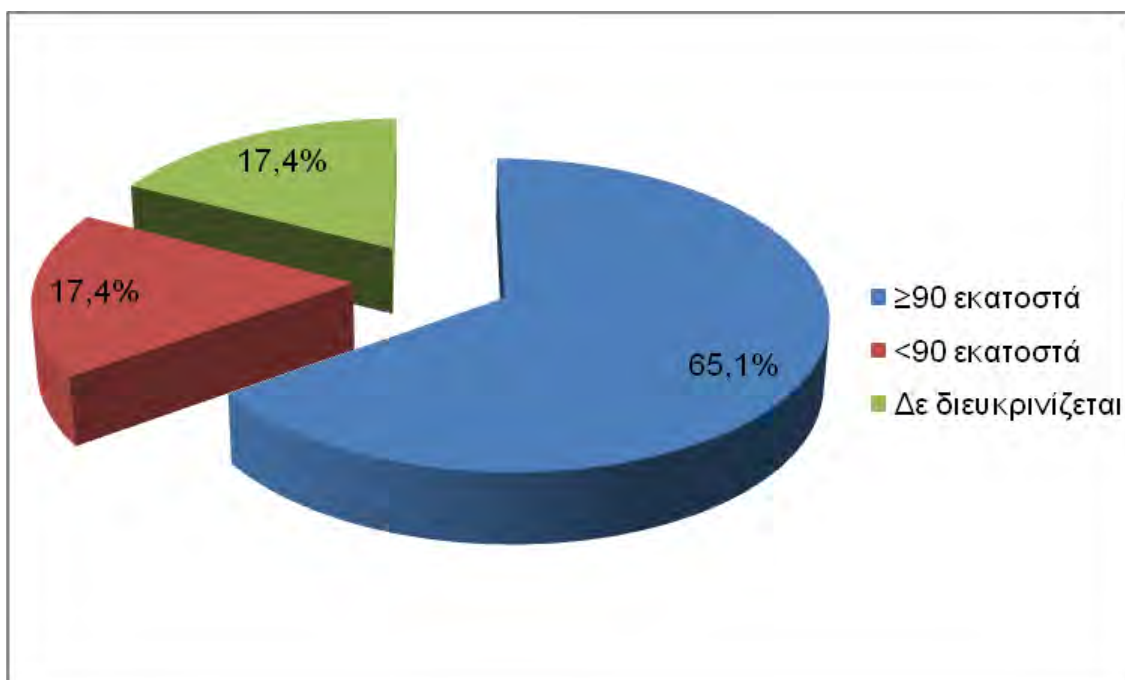


Διάγραμμα 7. Περιγραφή εισόδων πρόσβασης στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας



Διάγραμμα 8. Σύνδεση πεζοδρομίου με την είσοδο του κτιρίου

Σχετικά με την πόρτα της κύριας εισόδου στο 65,1% των μονάδων (97 κτίρια) το καθαρό πλάτος της πόρτας εισόδου είναι 90 εκατοστά του μέτρου ή μεγαλύτερο. Από τα υπόλοιπα κτίρια, στα 26 (17,4%) η πόρτα εισόδου έχει μικρότερο πλάτος, ενώ για τα 26 (17,4%) δεν υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες (Διάγραμμα 9). Αξίζει να σημειωθεί ότι και οι 26 περιπτώσεις όπου καταγράφηκαν στενές πόρτες εισόδου αφορούσαν Περιφερειακά Ιατρεία.



Διάγραμμα 9. Πλάτος πόρτας εισόδου

Σε 52 μονάδες (34,9%) η πόρτα εισόδου ήταν δίφυλλη αλλά στο ένα τέταρτο από αυτές (13 μονάδες) το καθαρό πλάτος του ανοιγόμενου φύλλου ήταν μικρότερο από 90 εκατοστά του μέτρου. Δυστυχώς το φαινόμενο αυτό αφορούσε 7 Περιφερειακά Ιατρεία και 5 Κέντρα Υγείας. Οι πόρτες σε όλες τις μονάδες ήταν ανοιγόμενες, πλην των Νοσοκομείων που διέθεταν αυτόματες ή/και συρόμενες πόρτες που λειτουργούν με φωτοκύτταρα.

Σε 46 μονάδες (30,9% των περιπτώσεων) η πόρτα εισόδου ήταν γυάλινη όμως μόνο στις 8 από αυτές (17,4%) υπήρχαν πάνω στη γυάλινη επιφάνεια αυτοκόλλητες ταινίες ή άλλη σήμανση, ώστε να είναι ευδιάκριτες από άτομα με προβλήματα όρασης. Τέλος, από τις 28 μονάδες που ανέφεραν κάποιο γραφείο υποδοχής (reception) στο επίπεδο της εισόδου, μόνο στις 9 από αυτές (32,1%) το

ύψος του από το δάπεδο σε όλο το μήκος του ή σε ένα τμήμα του ήταν κάτω από 80 εκατοστά του μέτρου. Στις υπόλοιπες 19 μονάδες το ύψος του πάγκου ήταν αποτρεπτικό για ένα άτομο με αναπηρικό αμαξίδιο, ώστε να μπορεί να επικοινωνήσει με ευχέρεια με τον υπάλληλο υποδοχής.

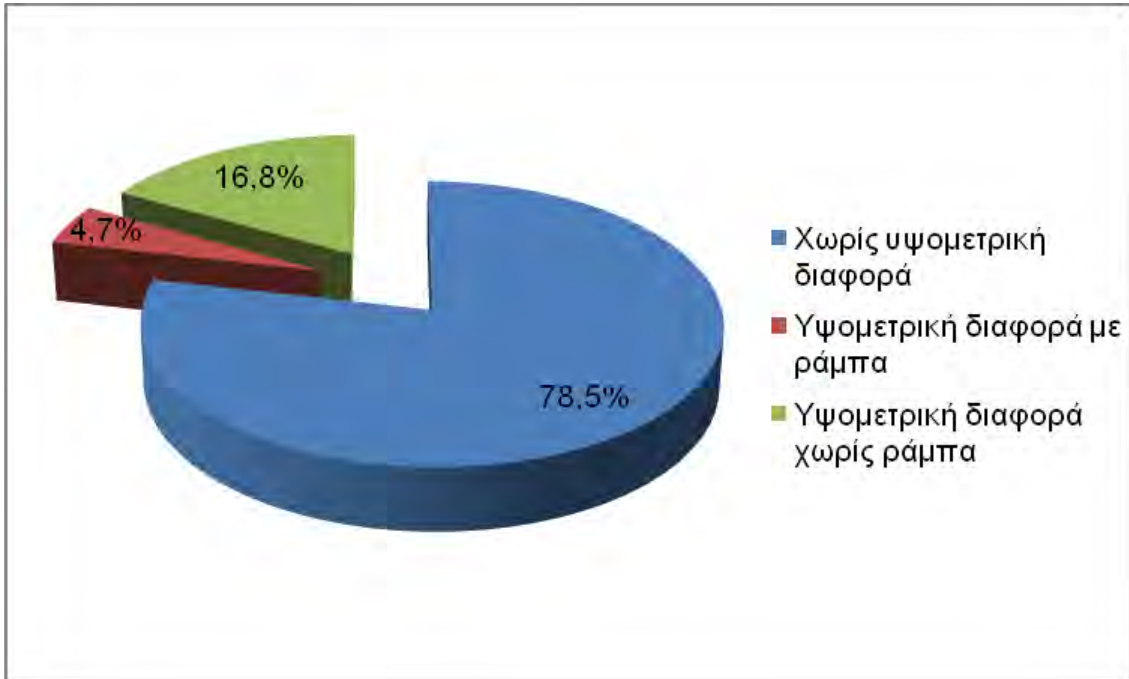
3.4. Οριζόντια κυκλοφορία μέσα στο κτίριο

Από τα 9 κτίρια στα οποία υπήρχαν ανελκυστήρες, στα 7 η προσβάσιμη είσοδος οδηγούσε κατευθείαν στους ανελκυστήρες χωρίς τη μεσολάβηση κανενός σκαλοπατιού. Από τα υπόλοιπα δύο, στο ένα υπήρχε μια ράμπα που κάλυπτε την υψομετρική διαφορά μεταξύ εισόδου και ανελκυστήρων, ενώ για το άλλο δεν υπήρχαν διαθέσιμες πληροφορίες.

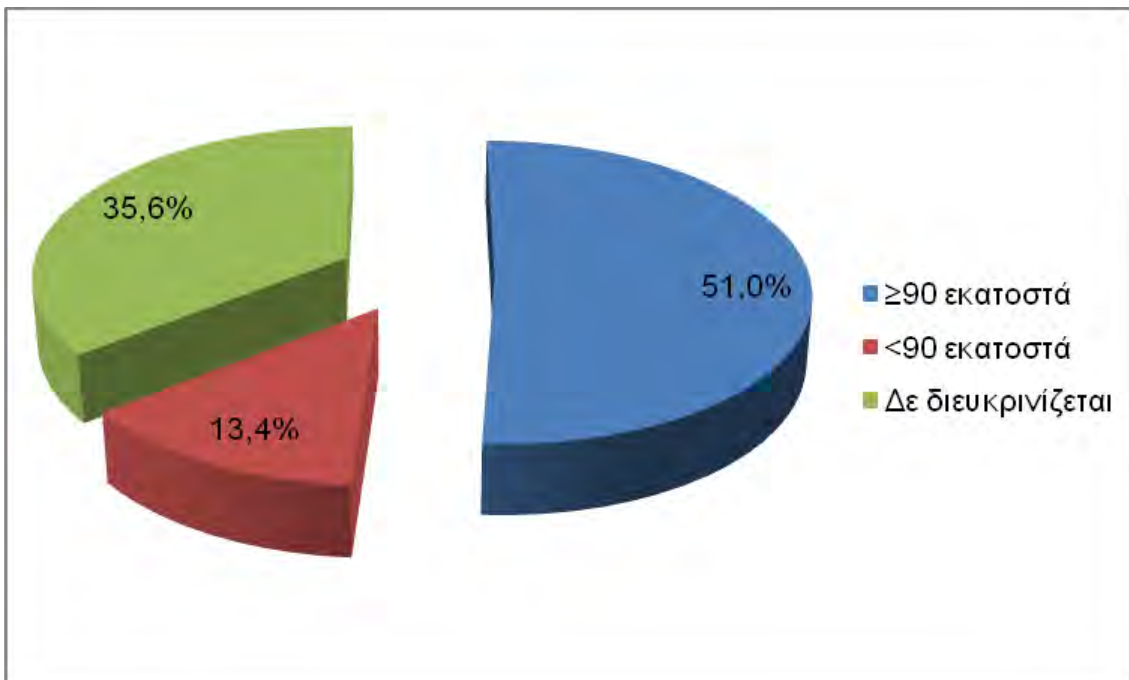
Σε 32 μονάδες (21,5% των κτιρίων) αναφέρθηκε ότι υπήρχε υψομετρική διαφορά ανάμεσα στην προσβάσιμη είσοδο και στους χώρους εξυπηρέτησης του κοινού / γραφεία, εντούτοις μόνο στις 7 από αυτές υπήρχε ράμπα που να καλύπτει αυτήν την υψομετρική διαφορά (Διάγραμμα 10).

Σχετικά με το πλάτος των διαδρόμων περίπου στα μισά κτίρια (76) το πλάτος ήταν ίσο ή μεγαλύτερο των 90 εκατοστών του μέτρου, σε 20 κτίρια (13,4%) οι διάδρομοι είχαν μικρότερο πλάτος ενώ για 53 κτίρια δεν καταγράφηκε αυτή η πληροφορία (Διάγραμμα 11). Και τα 20 κτίρια με τους στενούς διαδρόμους χρησιμοποιούνταν ως Περιφερειακά Ιατρεία.

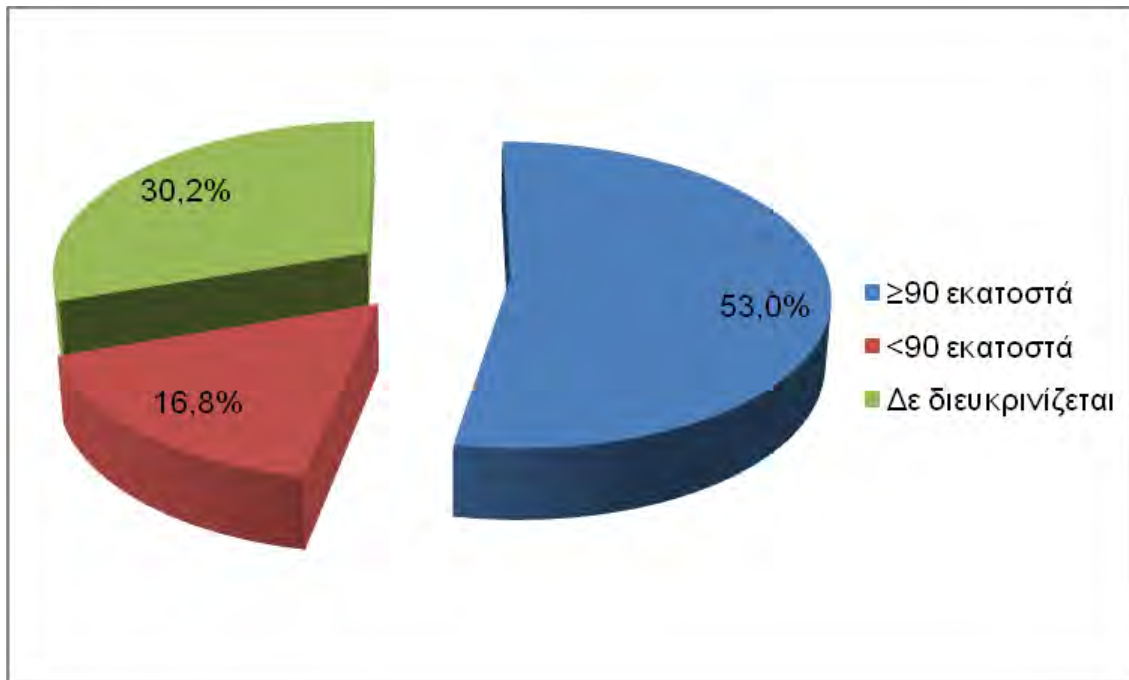
Αντίστοιχα είναι και τα δεδομένα που αφορούν τις πόρτες εισόδου στους χώρους εργασίας, εξυπηρέτησης του κοινού και γραφείων. Σε πάνω από τα μισά κτίρια (79) το πλάτος από τις πόρτες ήταν ή ξεπερνούσε τα 90 εκατοστά, σε 25 κτίρια καταγράφηκαν πιο στενές πόρτες, ενώ για 45 κτίρια υπήρχε απουσία δεδομένων (Διάγραμμα 12). Από τα 25 κτίρια με τις πόρτες που είχαν μικρότερο από το απαιτούμενο πλάτος, τα 2 αφορούσαν σε Κέντρα Υγείας και τα υπόλοιπα 23 σε Περιφερειακά Ιατρεία, μια διαφορά που δεν ήταν στατιστικά σημαντική (Fisher's Exact Test, $p=0,725$).



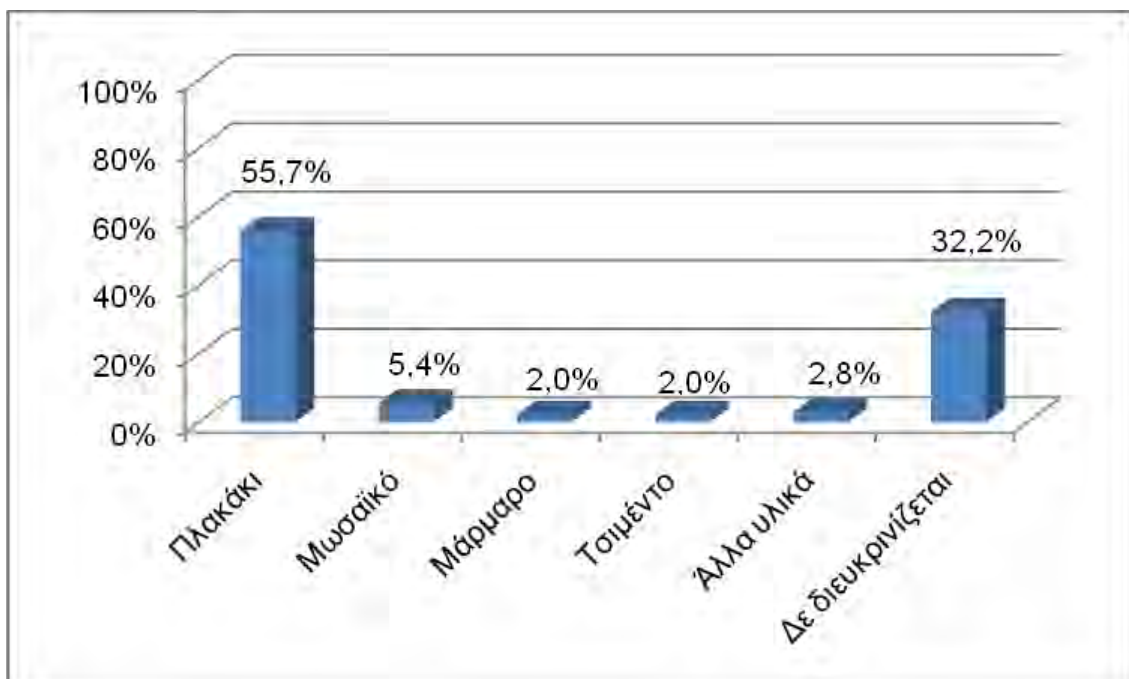
Διάγραμμα 10. Σύνδεση εισόδου με χώρους εξυπηρέτησης του κοινού



Διάγραμμα 11. Πλάτος διαδρόμων



Διάγραμμα 12. Πλάτος των πορτών εισόδου στους χώρους εργασίας, στους χώρους εξυπηρέτησης του κοινού και στα γραφεία



Διάγραμμα 13. Υλικό επίστρωσης διαδρόμων

Στη συντριπτική πλειοψηφία των κτιρίων οι διάδρομοι είχαν πλαστικό πλακάκι ως υλικό επίστρωσης (83 κτίρια, 55,7% των δεδομένων). Το μωσαϊκό (8 κτίρια), το μάρμαρο (3 κτίρια) ή το απλό τσιμέντο (3 κτίρια) ήταν τα επόμενα πιο συχνά υλικά, ενώ το linoleum, το ξύλο ή διάφορα laminates ήταν πιο σπάνια (Διάγραμμα 13). Κανένα από τα κτίρια στην έρευνά μας δεν είχε οδηγούς όδευσης τυφλών μέσα στο κτίριο για ανεμπόδιστη κυκλοφορία των ανθρώπων με προβλήματα όρασης.

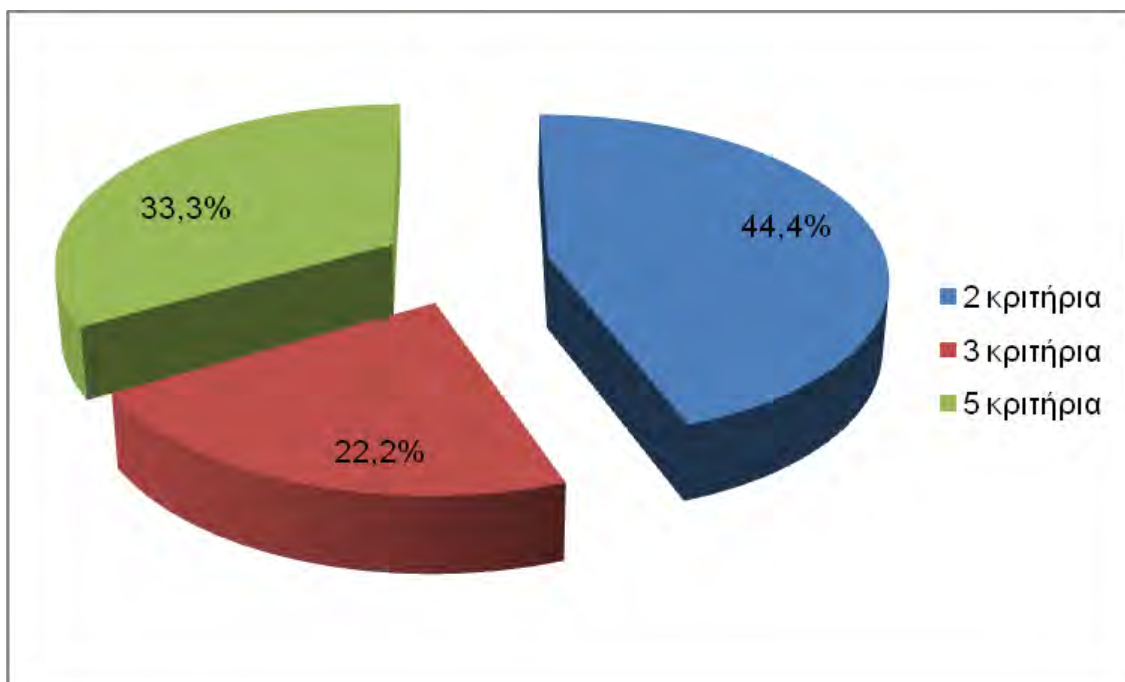
3.5. Κατακόρυφη κυκλοφορία μέσα στο κτίριο

Όπως αναφέρθηκε ήδη, 9 κτίρια είχαν ανελκυστήρες. Από αυτά, τα τέσσερα νοσοκομεία έχουν μεγάλο αριθμό ανελκυστήρων (8 ή περισσότερους), ενώ τα υπόλοιπα πέντε κτίρια (2 Κέντρα Υγείας και 3 Περιφερειακά Ιατρεία) έχουν από έναν ανελκυστήρα. Και στα 9 κτίρια υπάρχει ελεύθερος χώρος τουλάχιστον 1,5 μέτρο X 1,5 μέτρο μπροστά από τους ανελκυστήρες, ενώ το καθαρό πλάτος της πόρτας του ανελκυστήρα (πλάτος με την πόρτα ανοιχτή) είναι τουλάχιστον 90 εκατοστά του μέτρου. Μόνο σε 4 από τα κτίρια αυτά τα κουμπιά του ανελκυστήρα έχουν και σήμανση σε γραφή Braille, και σε 5 κτίρια οι ανελκυστήρες έχουν τηλέφωνο για χρήση σε περίπτωση ανάγκης. Σε τέσσερα κτίρια οι ανελκυστήρες έχουν οπτική και φωνητική αναγγελία ορόφων, ενώ στο κτίριο ενός νοσοκομείου ορισμένοι ανελκυστήρες έχουν και ορισμένοι δεν έχουν παρόμοια λειτουργία. Σε κάθε περίπτωση, είναι οι ανελκυστήρες των νοσοκομείων και λιγότερο των Κέντρων Υγείας που έχουν τα θετικά χαρακτηριστικά (σήμανση σε Braille, αναγγελία ορόφων, τηλέφωνο ανάγκης) και όχι αυτοί των Περιφερειακών Ιατρείων.

Δίνοντας από ένα βαθμό σε καθένα από τα 5 σημαντικότερα κριτήρια, δηλαδή:

- ελεύθερος χώρος μπροστά από τους ανελκυστήρες,
- πλάτος πόρτας τουλάχιστον 90 εκατοστά,
- κουμπιά με σήμανση σε Braille,
- τηλέφωνο ανάγκης και
- οπτική και φωνητική αναγγελία ορόφων,

τότε μόνον 3 από τα 9 κτίρια (τρία νοσοκομεία) είχαν ανελκυστήρες με όλες τις απαραίτητες διευκολύνσεις για τα άτομα με αναπηρία (Διάγραμμα 14).

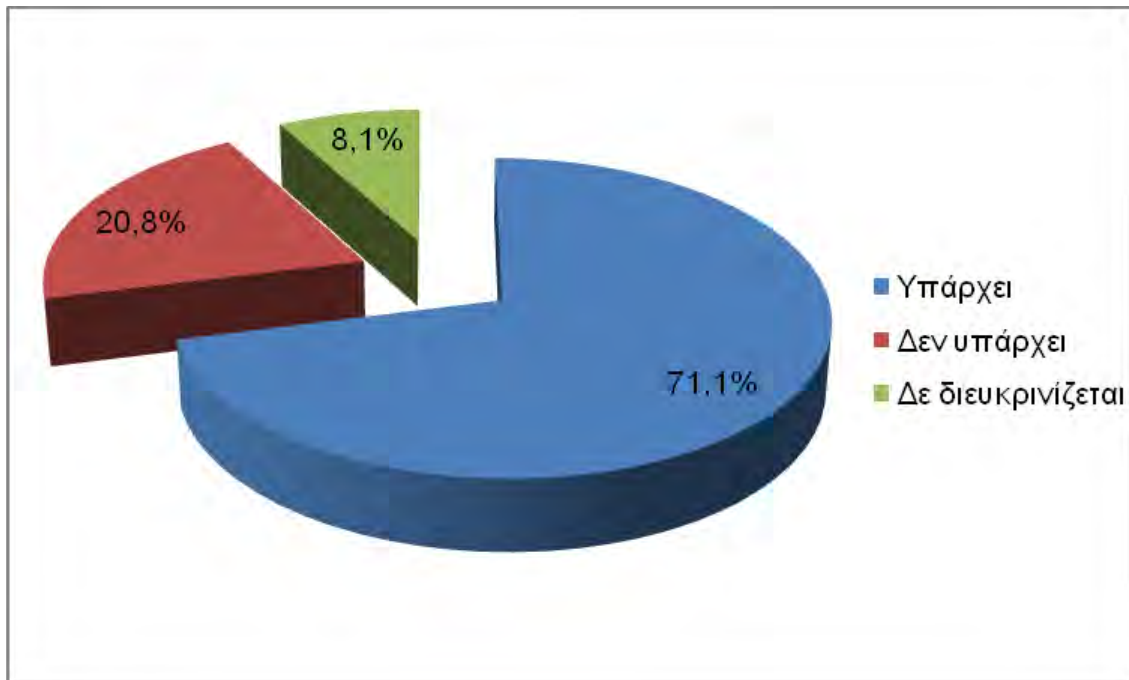


Διάγραμμα 14. Αριθμός κριτηρίων που πληρούν οι ανελκυστήρες των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Μόνον δύο νοσοκομεία αναφέρουν ότι τα σκαλοπάτια στα κλιμακοστάσιά τους έχουν αντιολισθητικές λωρίδες λίγο πριν την ακμή τους και μάλιστα ότι αυτές είναι έντονου χρώματος, ώστε να διακρίνονται εύκολα από το υλικό επίστρωσης των σκαλοπατιών. Επίσης, σε δυο νοσοκομεία οι σκάλες έχουν χειρολισθήρες και στις δύο πλευρές, ενώ σε 6 άλλα κτίρια οι σκάλες έχουν χειρολισθήρες μόνο στη μια πλευρά.

3.6. Εξυπηρέτηση-εξοπλισμός

Σε ό,τι αφορά τις κοινόχρηστες τουαλέτες, σε 106 μονάδες (71,1%) αναφέρθηκε ότι υπάρχουν, 31 μονάδες (20,8%) δήλωσαν ότι δεν έχουν κοινόχρηστες τουαλέτες στην υπηρεσία, ενώ για 12 μονάδες δεν υπήρχαν δεδομένα. Αξίζει να σημειωθεί ότι και οι 31 μονάδες που δήλωσαν απουσία διαθέσιμης τουαλέτας ήταν Περιφερειακά Ιατρεία, ενώ όλα τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας είχαν αυτήν την πρόβλεψη (Διάγραμμα 15).



Διάγραμμα 15. Ύπαρξη κοινόχρηστης τουαλέτας στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Εντούτοις σε 4 από τα 15 Κέντρα Υγείας (ποσοστό 26,7%) και στα 74 από τα 87 Περιφερειακά Ιατρεία (ποσοστό 85,1%) που έχουν κοινόχρηστες τουαλέτες, οι τουαλέτες αυτές δεν είναι προσβάσιμες, μια διαφορά πολύ στατιστικά σημαντική (Fisher's Exact Test, $p=0,001$). Η κατάσταση δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο, αφού από τις 10 δομές που στεγάζονται σε περισσότερους από έναν ορόφους, αν εξαιρέσουμε τις 2 που δεν έχουν καμία προσβάσιμη τουαλέτα, οι 4 δομές έχουν μία μόνο προσβάσιμη τουαλέτα στο κτίριό τους, ενώ οι 4 έχουν μία παρόμοια τουαλέτα σε κάθε όροφο.

Από τις 28 μονάδες που έχουν προσβάσιμες τουαλέτες, όλες πλην μιας (96,4%) έχουν πόρτες με καθαρό πλάτος τουλάχιστον 90 εκατοστά του μέτρου. Σήμανση με το Διεθνές Σύμβολο Πρόσβασης (άτομο σε αμαξίδιο) έξω από την πόρτα της προσβάσιμης τουαλέτας ή σε τοίχο δίπλα της υπάρχει μόνο στις 8 από αυτές (28,6%). Ελεύθερος χώρος στη μια πλευρά της λεκάνης πλάτους τουλάχιστον 90 εκατοστών υπάρχει στις 23 από τις 28 (82,1%). Χειρολαβές στον τοίχο παράλληλα ή κάθετα στον τοίχο δίπλα στη λεκάνη υπάρχουν στις 10 (35,7% του συνόλου των 28), ενώ νιπτήρας αποκλειστικής χρήσης για τα άτομα με αναπηρία υπάρχει στις 24 (85,7%). Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων (22 περιπτώσεις,

78,6%) η πόρτα ανοίγει προς τα μέσα, στις 5 από αυτές (17,9%) ανοίγει προς τα έξω, ενώ μόνο σε μία τουαλέτα η πόρτα είναι συρόμενη.

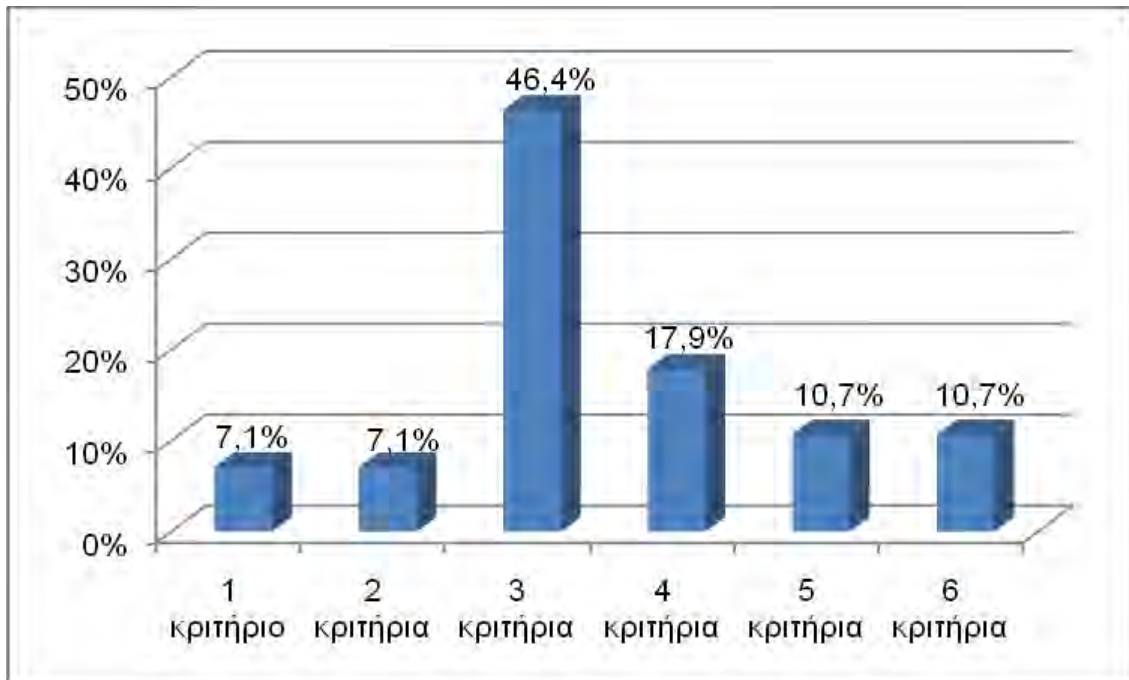
Δίνοντας από ένα βαθμό σε καθένα από τα 6 προαναφερθέντα κριτήρια, δηλαδή:

- πλάτος πόρτας μεγαλύτερο ή ίσο των 90 εκατοστών,
- σήμανση με το Διεθνές Σύμβολο Πρόσβασης,
- ελεύθερος χώρος στα πλάγια της λεκάνης,
- χειρολαβές στον τοίχο,
- νιπτήρας αποκλειστικής χρήσης και
- πόρτα που να ανοίγει προς τα έξω ή συρόμενη,

τότε μόνον 3 από τα 28 κτίρια (δύο νοσοκομεία και ένα Κέντρο Υγείας) είχαν τουαλέτες με όλες τις απαραίτητες διευκολύνσεις για τα άτομα με αναπηρία (Διάγραμμα 16).

Σε 32 από τα κτίρια που στεγάζουν μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υπήρχε τηλέφωνο διαθέσιμο για το κοινό, και πιο συγκεκριμένα στα 4 νοσοκομεία, στα 10 από τα 15 Κέντρα Υγείας και σε 18 Περιφερειακά Ιατρεία. Όμως σε μόνο 12 κτίρια (3 Νοσοκομεία, 4 Κέντρα Υγείας και 5 Περιφερειακά Ιατρεία) υπήρχε τηλέφωνο σε χαμηλότερο ύψος για άτομα σε αναπηρικό αμαξίδιο. Σε κανένα κτίριο δεν υπήρχε κειμενοτηλέφωνο για κωφά άτομα.

Τέλος επαρκής φωτισμός στους χώρους εργασίας και συναλλαγής, ώστε να διασφαλίζεται η επικοινωνία με τη χρήση νοηματικής γλώσσας και η ανάγνωση σε άτομα με προβλήματα όρασης αναφέρθηκε ότι υπήρχε σε 50 από τις 149 μονάδες (3/4 Νοσοκομεία, 10/15 Κέντρα Υγείας και 37/130 Περιφερειακά Ιατρεία). Τόσο στην περίπτωση του τηλεφώνου, όσο και στην περίπτωση του φωτισμού, τα Κέντρα Υγείας είχαν καλύτερη υποδομή συγκριτικά με τα Περιφερειακά Ιατρεία (Fisher's Exact Test, $p=0,001$).



Διάγραμμα 16. Αριθμός κριτηρίων που πληρούν οι προσβάσιμες στο κοινό κοινόχρηστες τουαλετες

3.7. Υπηρεσίες

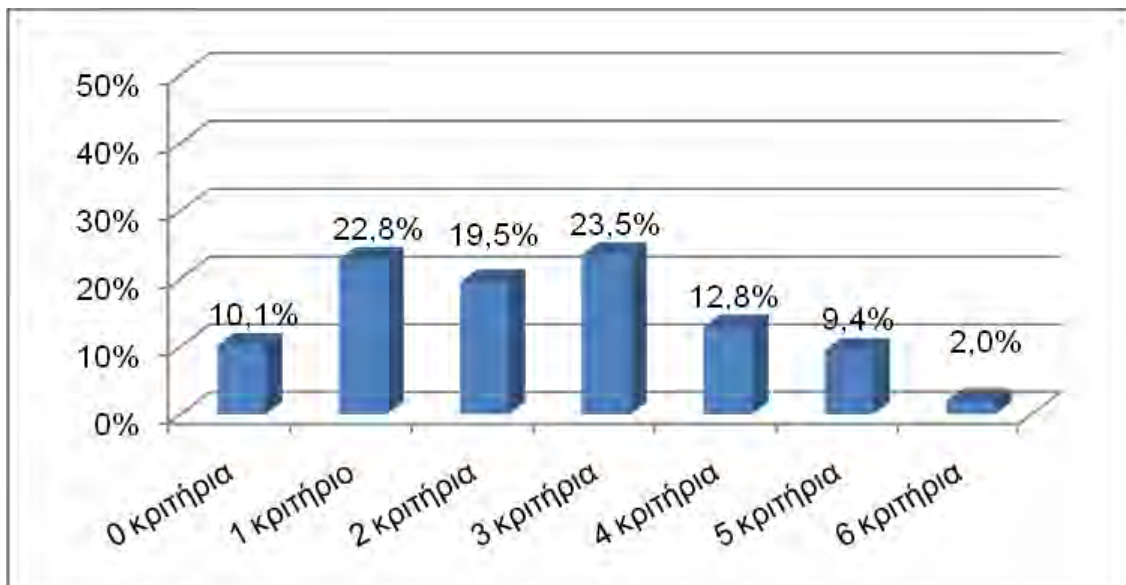
Στην ερώτηση σχετικά με τον αριθμό ατόμων από το προσωπικό που έχουν εκπαιδευτεί για να μπορούν να εξυπηρετήσουν άτομα με αναπηρία (π.χ. με ειδικά σεμινάρια συμπεριφοράς και επικοινωνίας, χρήση νοηματικής γλώσσας κλπ) καμία μονάδα δεν απάντησε θετικά, δηλαδή σε καμία μονάδα δεν υπήρχαν άτομα ειδικά εκπαιδευμένα. Μάλιστα, στα 6 από τα 15 Κέντρα Υγείας αναφέρθηκε δεν υπήρχε καν ειδικό προσωπικό στον χώρο υποδοχής (reception) στην είσοδο, για να βοηθήσει, αν χρειαστεί, κάποιο άτομο με αναπηρία.

3.8. Συνολική αξιολόγηση προσβασιμότητας

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι δεν υπάρχει διαβάθμιση στην αξιολόγηση της προσβασιμότητας ενός κτιρίου, αφού μία και μόνο έλλειψη αρκεί, ώστε να περιορίσει ή να εμποδίσει την πρόσβαση σε μια ομάδα ατόμων με αναπηρία. Παρόλα αυτά, για πρακτικούς λόγους και ως έναν αδρό τρόπο ποσοτικοποίησης των αποτελεσμάτων, αξιολογήθηκαν τα κάτωθι κριτήρια - ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ως την αναγκαία συνθήκη για την προσβασιμότητα των μονάδων:

- προσβάσιμη κύρια είσοδος προς την υπηρεσία,
- πλάτος εισόδου της πόρτας μεγαλύτερο ή ίσο με 90 εκατοστά,
- συνέχεια από την είσοδο μέχρι τους χώρους εξυπηρέτησης είτε χωρίς υψομετρική διαφορά είτε με μεσολάβηση ράμπας,
- τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομα με αναπηρία,
- λεκάνη στην τουαλέτα με χειρολαβές στον τοίχο και
- επαρκές επίπεδο φωτισμού.

Δίνοντας από ένα βαθμό σε καθένα από τα 6 προαναφερθέντα κριτήρια (και θεωρώντας αρνητικό ένα δεδομένο όταν απουσιάζει), προκύπτει μια συνολική κλίμακα βαθμολόγησης των μονάδων (Διάγραμμα 17).



Διάγραμμα 17. Κλίμακα βαθμολόγησης των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με βάση τα κριτήρια που πληρούν

Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 17, με βάση τα συμπληρωθέντα δεδομένα μόνον 3 κτίρια (ένα νοσοκομείο, ένα Κέντρο Υγείας και ένα Περιφερειακό Ιατρείο) καλύπτουν και τα έξι βασικά κριτήρια πρόσβασης. Από τη σύγκριση Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων προκύπτει ότι τα Κέντρα Υγείας έχουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο επίπεδο προσβασιμότητας, όπως προκύπτει από τη βαθμολογία τους στην πιο πάνω κλίμακα ($U=265,5$, $p=0,001$). Συγκρίνοντας τους 4

νομούς μεταξύ τους, προκύπτει ότι ο νομός Μαγνησίας (μέσος όρος 2,87), και ο νομός Λάρισας (2,81) έχουν τα κτίρια με την καλύτερη προσβασιμότητα, ακολουθεί ο νομός Καρδίτσας (2,51) με κοντινή βαθμολογία στην κλίμακα, ενώ στο τέλος είναι ο νομός Τρικάλων (1,11), μια διαφορά που είναι στατιστικά σημαντική (Kruskal-Wallis $\chi^2(3)=27,07$, $p=0,001$).

3.9. Σχόλια όσων συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στο τέλος κάθε ενότητας αλλά και στο τέλος του ερωτηματολογίου υπήρχε χώρος για όποιον συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο, ώστε να καταθέσει οποιεσδήποτε περαιτέρω πληροφορίες θα βοηθούσαν στους στόχους της έρευνας. Τα σχόλια των συμμετεχόντων μπορούν αδρά να ομαδοποιηθούν στις ακόλουθες κατηγορίες:

1. Διευκρινιστικές πληροφορίες και περιγραφές των κτιρίων και υπηρεσιών της μονάδας, που οι συμμετέχοντες ένιωσαν ότι δεν μπορούσαν να δοθούν μέσα από το απλό και σύντομο ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε.

2. Επιβεβαιωτικές δηλώσεις που είχαν ως στόχο να προσφέρουν μια αισιόδοξη εικόνα για το κτίριο όπου στεγάζεται η υπηρεσία, για παράδειγμα:

- «Από τις τεχνικές υπηρεσίες του νοσοκομείου ενημερώθηκα ότι σύντομα θα τοποθετηθούν οι χειρολαβές στις τουαλέτες και στην είσοδο»
- «Έχει εκπονηθεί μελέτη για αλλαγές στο νοσοκομείο, σύμφωνα με την οποία θα προστεθούν 2 WC ΑμεΑ, δωμάτιο νοσηλείας, σημάνσεις όπου χρειάζεται, ράμπα καθώς και προσθήκη στα Κέντρα Υγείας της αρμοδιότητάς μας»
- «Οι απαραίτητες ενέργειες του Κέντρου Υγείας μας για την υλοποίηση της προσβασιμότητας των ΑμεΑ στο Κ.Υ. έχουν δρομολογηθεί με την επίσκεψη του υπεύθυνου πολιτικού μηχανικού και αναμένουμε την υλοποίησή τους»

3. Επιβεβαιωτικές δηλώσεις σχετικά με την πρόθεση των εργαζομένων να καλύπτουν τις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία, παρά την παραδεδεγμένη έλλειψη προσβασιμότητας:

- «Οι νοσηλευτές και οι γιατροί μπορούν να βοηθήσουν ανά πάσα στιγμή τα ΑμεΑ»

- «Η πρόσβαση των ΑμεΑ βοηθάται από τον αγροτικό ιατρό και τους υπαλλήλους του "Βοήθεια στο Σπίτι". Επίσης, οποιοσδήποτε θελήσει ή αδυνατεί να προσέλθει, επικοινωνεί με το ιατρείο και ακολουθεί επίσκεψη στο σπίτι»
 - «Ο αγροτικός ιατρός παρακολουθεί τα ΑμεΑ με κατ' οίκον επισκέψεις»
4. Πληροφορίες για την προσβασιμότητα που αφορούν άλλα εμποδιζόμενα άτομα και χωρίς αναπηρίες, για παράδειγμα:
- «Το ιατρείο είναι σε καλντερίμι» και «Υπάρχουν παντού σκαλιά»
 - «Η πρόσβαση στο Περιφερειακό Ιατρείο είναι δύσκολη ακόμη και για τους ηλικιωμένους χωρίς αναπηρία λόγω των καλντεριμιών και της εξωτερικής στενής σκάλας που οδηγεί στον πρώτο όροφο, όπου στεγάζεται το ιατρείο»
 - «Είναι τουλάχιστον άτοπο να μιλάμε για την προσβασιμότητα ατόμων με αναπηρία, όταν είναι δύσκολη η πρόσβαση ακόμη και για τον ιατρό ή τους αρτιμελείς ασθενείς»
 - «Κάθε Τρίτη έχουμε λαϊκή αγορά ακριβώς έξω από το ιατρείο. Έχουν γίνει επανειλημμένες εκκλήσεις στον Δήμαρχο, να μην ενοικιάζονται οι χώροι ακριβώς έξω από το ιατρείο αλλά δεν εισακουστήκαμε. Κάθε Τρίτη είναι αδύνατη η πρόσβαση ασθενοφόρου εις το ιατρείο και οποιουδήποτε άλλου οχήματος. Είναι δυνατή μόνο η πρόσβαση πεζών»
5. Αξιολογήσεις για το κτίριο, όπου στεγάζεται η μονάδα, το οποίο φαίνεται να μην εξυπηρετεί καθόλου τη λειτουργία-στόχο του, όπως:
- «Στα περιφερειακά ιατρεία δεν υπάρχει θέρμανση, πόσο μάλλον ειδική υποδομή για άτομα με ειδικές ανάγκες»
 - «Υπάρχει μόνο μία τουαλέτα και ένας νιπτήρας για τον γιατρό και το κοινό μαζί, που είναι πολύ μικρή και στενή και αυτή έγινε το 2009! Πριν από αυτό δεν υπήρχε ούτε νερό ούτε τουαλέτα στο περιφερειακό ιατρείο»
 - «Το εν λόγω ιατρείο καθώς και τα εξυπηρετούμενα όμορα ιατρεία στεγάζονται στα αντίστοιχα κοινοτικά καταστήματα. Γι' αυτόν τον λόγο είναι αδύνατη η χρήση τους για ιατρεία, καθώς δεν υπάρχουν οι συνθήκες που προϋποθέτουν τον αυτονόητο σκοπό τους»
 - «Στο Περιφερειακό Ιατρείο δεν υπάρχει συντήρηση του κτιριακού εξοπλισμού ούτε καμία μέριμνα για αυτό. Επίσης, δεν είναι διαθέσιμο το

υλικό για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και υγιεινή. Γενικά παρατηρείται απουσία φροντίδας για οτιδήποτε και έλλειψη (οικονομική) ενδιαφέροντος για την ομαλή λειτουργία του ιατρείου. Το ιατρείο λειτουργεί χάρη στις προσωπικές και φιλότιμες προσπάθειες των γιατρών που αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που παρουσιάζονται.»

6. Άλλα παράπονα που οι συμμετέχοντες βρήκαν βήμα, μέσω της έρευνας, ώστε να τα εκφράσουν προς τη διοίκηση, για παράδειγμα

- «Γενικά οι ελλείψεις στα Περιφερειακά Ιατρεία είναι πολύ περισσότερες και όχι μόνο για τα άτομα με αναπηρία»
- «Σε υποδομές που στερούνται βασικών δυνατοτήτων, άκρως αναγκαίων, πραγματικά εκπλήσσει η αναζήτηση τέτοιων πολυτελειών, όπως γίνεται στο παρόν ερωτηματολόγιο»
- «Η τηλεφωνική γραμμή στο ιατρείο έχει φραγή κλήσης»

4. Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια πρωτότυπη έρευνα με στόχο να καταγράψει το επίπεδο προσβασιμότητας των ατόμων με αναπηρία κάθε μορφής στις κτιριακές υποδομές και στις υπηρεσίες των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Περιφέρειας Θεσσαλίας. Για το λόγο αυτό απεστάλη, μέσω του Υπουργείου Υγείας, ειδικό ερωτηματολόγιο που βασίστηκε στις προδιαγραφές για τα κτίρια υγείας και πρόνοιας, όπως περιγράφονται από το Γενικό Οικοδομικό Κανονισμό, το σχετικό κανονισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και τον οδηγό «Σχεδιάζοντας για Όλους» του ΥΠΕΧΩΔΕ. Η πλειονότητα των κτιρίων, όπου στεγάζονταν οι υγειονομικές μονάδες, ήταν ιδιόκτητα ή ιδιοκτησίας του αντίστοιχου δήμου, και στεγάζονταν αποκλειστικά σε ισόγειο χώρο. Ειδικές θέσεις προσωρινής στάθμευσης κοντά στο κτίριο για αυτοκίνητο ατόμου με αναπηρία είχαν μόνο τα νοσοκομεία, τα μισά από τα Κέντρα Υγείας και το ένα δέκατο των Περιφερειακών Ιατρείων και από αυτά περίπου τα μισά δεν είχαν ειδική σήμανση ή δεν εξυπηρετούνταν από λεία και σταθερή διαδρομή μέχρι την είσοδο. Στο ένα τρίτο των κτιρίων το κτίριο ήταν κοντά σε στάση μέσου μαζικής μεταφοράς, αν και σε μεγάλο αριθμό οικισμών δεν υπήρχε συγκοινωνία μέσα στην πόλη. Ράμπες που να εξυπηρετούν την είσοδο στο κτίριο υπήρχαν μόνο στο ένα τέταρτο των κτιρίων, ενώ οδηγοί όδευσης τυφλών έξω από το κτίριο μόνο σε δύο περιπτώσεις, ενώ μέσα στο κτίριο σε καμία.

Στα δύο τρίτα των κτιρίων η είσοδος ήταν γενικά προσβάσιμη, όντας στο επίπεδο του εδάφους ή με μικρή υψομετρική διαφορά είτε με ράμπα, αν και δεν υπήρχε ειδική σήμανση που να κατευθύνει τα άτομα με αναπηρίες προς τη συγκεκριμένη είσοδο. Σε ένα ποσοστό των κτιρίων, κυρίως Περιφερειακά Ιατρεία, η είσοδος ήταν στενή, ενώ σε κάποια Κέντρα Υγείας και Νοσοκομεία οι δίφυλλες πόρτες δεν είχαν αρκετό πλάτος ανοιγόμενου φύλλου, ενώ οι γυάλινες πόρτες δεν είχαν σήμανση, ώστε να είναι ευδιάκριτες από άτομα με προβλήματα όρασης. Ακόμα και στην οριζόντια κυκλοφορία μέσα στο κτίριο καταγράφηκαν εμπόδια, αφού στο ένα τέταρτο των μονάδων υπήρχε υψομετρική διαφορά μεταξύ εισόδου και χώρων εξυπηρέτησης, που δεν καλύπτονταν από ράμπα, ενώ σε άλλες μονάδες είτε οι διάδρομοι είτε οι εσωτερικές πόρτες ήταν στενές, ενώ το δάπεδο δεν είχε την απαραίτητη υφή, ώστε να μη γλιστράει. Σε ό,τι αφορά την κατακόρυφη κυκλοφορία, από τα 9 κτίρια που είχαν ανελκυστήρες μόνο τρία νοσοκομεία είχαν όλες τις

προβλεπόμενες διευκολύνσεις για άτομα με αναπηρία και μόνο δύο είχαν κλιμακοστάσια με αντλιοσθητικές λωρίδες έντονου χρώματος.

Κοινόχρηστες τουαλέτες υπήρχαν σε πολλές μονάδες αλλά προσβάσιμες σε άτομα με αναπηρίες ήταν μόνο σε ορισμένες από αυτές (νοσοκομεία, τα περισσότερα Κέντρα Υγείας και κάποια Περιφερειακά Ιατρεία). Εντούτοις, η ειδική σήμανση, χειρολαβές, ελεύθερος χώρος και άνετη πόρτα εισόδου υπήρχε μόνο σε ένα ποσοστό από αυτές, με κατάληξη μόνον 3 από τα 28 κτίρια με «προσβάσιμες» τουαλέτες να έχουν όλες τις προβλεπόμενες διευκολύνσεις για άτομα με αναπηρίες. Επαρκής φωτισμός και τηλέφωνο για το κοινό αναφέρθηκαν στο ένα πέμπτο των κτιρίων αλλά μόνο στο ένα δέκατο των κτιρίων το τηλέφωνο ήταν σε χαμηλότερο ύψος για άτομα σε αναπηρικό αμαξίδιο, ενώ σε κανένα δεν υπήρχε κειμενοτηλέφωνο για κωφούς ή προσωπικό ειδικά εκπαιδευμένο για εξυπηρέτηση ατόμων με αναπηρία. Συνολικά, μόνον 6 κτίρια καλύπτουν τα οκτώ βασικά κριτήρια προσβασιμότητας. Τα Κέντρα Υγείας και οι νομοί Μαγνησίας και Λάρισας φαίνονται, με βάση τα στοιχεία, να έχουν καλύτερη προσβασιμότητα από ό,τι τα Περιφερειακά Ιατρεία και ο νομός Τρικάλων, αντίστοιχα.

Ένα από τα μεθοδολογικά ισχυρά σημεία της μελέτης αυτής ήταν ότι πραγματοποιήθηκε με την συνεπικουρία του Υπουργείου Υγείας, μέσω του οποίου απεστάλησαν τα ερωτηματολόγια σε όλες τις σχετικές μονάδες υγείας με την οδηγία να συμπληρωθούν από όλες. Με άλλα λόγια, προσεγγίστηκε ολόκληρος ο στατιστικός πληθυσμός των μονάδων και όχι μόνον ένα δείγμα του. Με τον τρόπο αυτό επιδιώχθηκε η μεγαλύτερη δυνατή αντιπροσώπευση των μονάδων και κατά συνέπεια, με δεδομένες τις ομοιότητες που παρουσιάζονται μεταξύ των υποδομών/ υπηρεσιών, έγινε προσπάθεια να διασφαλιστεί και η μεγαλύτερη δυνατή αντικειμενικότητα των τελικών συμπερασμάτων. Η επιτυχία αυτής της μεθόδου γίνεται σαφής από το εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (83,0%), που αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο τμήμα των μονάδων υγείας, στις οποίες στόχευε η έρευνά μας. Παράλληλα, λόγω της μορφής του ερωτηματολογίου (ιδιαίτερα αναλυτικό, η πλειοψηφία των ερωτήσεων μπορεί να απαντηθεί με ναι/ όχι), ήταν εφικτό να συμπληρωθεί από ανθρώπους χωρίς ειδική τεχνική εκπαίδευση.

Από τα σχόλια των επαγγελματιών υγείας που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο στις ανοικτές ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνονταν σε αυτό προκύπτει ότι κάποιοι από αυτούς είχαν την επιθυμία να περιγράψουν τη μονάδα

τους ως φιλικότερη και πιο προσβάσιμη για τα άτομα με αναπηρία απ' ό,τι ήταν στην πραγματικότητα, ενώ άλλοι είχαν μια πιο καταγγελτική διάθεση. Είναι πιθανόν, είτε η μια είτε η άλλη στάση τους, απέναντι στο θέμα, να τους έχουν επηρεάσει και να τους έχουν ωθήσει στο να δώσουν σε ορισμένες ερωτήσεις απαντήσεις μεροληπτικές (biased), είτε προς τη μια είτε προς την άλλη κατεύθυνση. Ένας προτεινόμενος τρόπος ελέγχου της αξιοπιστίας των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων θα ήταν η συμπλήρωσή τους και από έναν εκπαιδευμένο ειδικό (μηχανικό) για ορισμένες μονάδες δειγματοληπτικά και η μετέπειτα σύγκριση των αποτελεσμάτων.

Εστιάζοντας περισσότερο στα αποτελέσματα, έκπληξη προκαλεί το ότι, αν και τα περισσότερα κτίρια υγείας και πρόνοιας που καταγράφηκαν σε αυτή τη μελέτη ήταν ιδιόκτητα, η συντριπτική τους πλειονότητα δεν κάλυπτε τις προδιαγραφές, όπως αυτές περιγράφονται από τις σχετική ελληνική νομοθεσία. Στοιχειώδη χαρακτηριστικά προσβασιμότητας, όπως η ύπαρξη χειρολισθήρα στις εξωτερικές σκάλες και επαρκές πλάτος εισόδου, διαδρόμων και εσωτερικών θυρών απουσίαζαν από το 61,3%, το 17,4%, το 13,4% και το 16,8% των κτιρίων κατά περίπτωση. Ακόμα και επαρκής φωτισμός απουσίαζε σε 33,6% των μονάδων (εκ των οποίων ένα νοσοκομείο και πέντε Κέντρα Υγείας).

Η κατάλληλη σήμανση, ένας τομέας της προσβασιμότητας που είναι από τους πιο εύκολους να υλοποιηθεί, ήταν επίσης πολύ παραμελημένος. Για παράδειγμα, ακόμα και στα κτίρια που είχαν ειδικές θέσεις προσωρινής στάθμευσης κοντά στο κτίριο για αυτοκίνητο ατόμου με αναπηρία μόνο το 46,2% από αυτά είχαν κατάλληλη σήμανση που να υποδηλώνει την ύπαρξη αυτού του στοιχείου προσβασιμότητας. Ομοίως, μόνο το 6,7% (7/104) των μονάδων με προσβάσιμη εξωτερική έξοδο και το 28,6% (8/28) των μονάδων με προσβάσιμη κοινόχρηστη τουαλέτα, είχαν την ειδική σήμανση που θα πληροφορούσε τα άτομα με αναπηρίες για την ύπαρξη των στοιχείων αυτών και θα τα κατεύθυνε σε αυτά.

Κάποιες προσπάθειες έχουν γίνει στην εξυπηρέτηση των ατόμων με κινητικές αναπηρίες. Τα δύο τρίτα των μονάδων (104/149) είχαν προσβάσιμη εξωτερική είσοδο, στα Νοσοκομεία οι πόρτες ήταν αυτόματες ή/και συρόμενες με φωτοκύτταρα, σε 35,6% και 21,9% είχαν εξωτερικές και εσωτερικές ράμπες, αντίστοιχα, ενώ και στα 9 κτίρια με ανελκυστήρες υπήρχε επαρκής χώρος μπροστά από και μέσα στους ανελκυστήρες, για χρήση από άτομα με αναπηρικό αμαξίδιο. Εντούτοις σε πολλές μονάδες όπου υπήρχαν στοιχεία προσβασιμότητας, αυτή ακυρωνόταν λόγω μη επαρκούς κάλυψης των λεπτομερειών. Για παράδειγμα, παρότι 28 κτίρια έχουν

«προσβάσιμες» τουαλέτες, είτε λόγω στενότητας στο πλάτος της πόρτας, είτε λόγω περιοριστικής λειτουργίας της θύρας (ανοίγει προς τα μέσα), είτε λόγω απουσίας του απαραίτητου χώρου, χειρολαβών ή νιπτήρα, στα 25 από αυτά η τουαλέτα καταλήγει να χάνει τη δυνατότητά της να εξυπηρετεί όλους αδιακρίτως τους πολίτες. Αντίστοιχα, στις 18/28 μονάδες με γραφείο υποδοχής και 20/32 κτίρια με κοινόχρηστο τηλέφωνο, αυτά ήταν υπερβολικά υψηλά για άτομα σε αναπηρικό αμαξίδιο.

Η πρόνοια για άτομα με προβλήματα όρασης φαίνεται ότι ήταν πολύ χαμηλή. Πράγματι, μόνον δύο κτίρια είχαν οδηγούς όδευσης τυφλών στο πεζοδρόμιο και κανένα δεν είχε οδηγούς όδευσης μέσα στο κτίριο. Επίσης, 8/46 είχαν προβλέψει ώστε οι γυάλινες πόρτες τους να είναι ευδιάκριτες, 4 από τα 9 κτίρια με ανελκυστήρα είχαν ηχητική αναγγελία ορόφων και κουμπιά με γραφή Braille και μόνο 2 από τα 9 είχαν αντιολισθητικές λωρίδες λίγο πριν την ακμή τους, έντονου χρώματος, ώστε να διακρίνονται εύκολα από το υλικό επίστρωσης των σκαλοπατιών. Το ίδιο χαμηλή ήταν η προσβασιμότητα και σε άτομα με προβλήματα ακοής. Σε 4 από τα 9 κτίρια με ανελκυστήρα δεν υπήρχε οπτική αναγγελία ορόφων, ενώ σε κανένα κτίριο, ούτε και στα νοσοκομεία, δεν υπήρχε κειμενοτηλέφωνο ή κάποιος υπάλληλος με γνώσεις νοηματικής γλώσσας για την επικοινωνία τους.

Ένα μάλλον αναμενόμενο αποτέλεσμα ήταν η υπεροχή των νοσοκομείων έναντι των Κέντρων Υγείας και των Κέντρων Υγείας έναντι των Περιφερειακών Ιατρείων όσον αφορά την προσβασιμότητά τους. Μια βασική διαφορά ανάμεσα σε αυτά τα είδη μονάδων είναι ότι τα κτίρια των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας ανήκουν ή μισθώνονται από το Υπουργείο Υγείας, ενώ τα κτίρια που στεγάζουν τα Περιφερειακά Ιατρεία παραχωρούνται ή μισθώνονται από τους κατά τόπους Δήμους και Δημοτικά Διαμερίσματα. Μια άλλη διαφορά είναι ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας στοχεύουν στην εξυπηρέτηση μεγαλύτερων κοινοτήτων και περισσότερων ανθρώπων. Ακόμα και σε αυτά τα κτίρια όμως εξακολουθούν να υπάρχουν αρκετές ελλείψεις, π.χ. από τα 15 Κέντρα Υγείας, τα 8 δεν έχουν ειδική θέση στάθμευσης για αυτοκίνητα αναπήρων, τα 4 δεν είχαν ράμπες στα σωστά σημεία, 2 είχαν στενές πόρτες, 4 δεν είχαν προσβάσιμες τουαλέτες, 11 δεν είχαν προσβάσιμο τηλέφωνο, 5 δεν είχαν επαρκή φωτισμό και 9 δεν είχαν ειδικό προσωπικό στο χώρο υποδοχής, που θα μπορούσε να βοηθήσει, αν χρειαστεί, κάποιο άτομο με αναπηρία. Αντίστοιχες, αλλά μικρότερες ήταν οι ελλείψεις στα Νοσοκομεία. Εντούτοις είναι λυπηρή η κατάσταση των Περιφερειακών Ιατρείων, όπου συχνά τα κτίρια δεν είναι

προσβάσιμα ούτε από άτομα που δε θεωρούνται εμποδιζόμενα, στεγάζονται σε άλλους χώρους που δεν προβλέπονται για παρόμοια χρήση ή έχουν άλλες δομικές ή λειτουργικές ελλείψεις (θέρμανση, υλικό, δυνατότητες επικοινωνίας).

Πέραν αυτής της αναμενόμενης διαφοροποίησης, παρατηρήθηκε και μια διαφοροποίηση σε σχέση με τους Νομούς, όπου οι νομοί Μαγνησίας και Λάρισας είχαν κτίρια υγείας και πρόνοιας με κατά μέσο όρο μεγαλύτερη προσβασιμότητα, όπως αυτή μετρήθηκε από μια ειδικά κατασκευασμένη κλίμακα, ο νομός Καρδίτσας λίγο μικρότερη, ενώ ο νομός Τρικάλων είχε τα κτίρια με τη χαμηλότερη προσβασιμότητα. Το εύρημα αυτό κατά ένα μέρος σχετίζεται με την αναλογία Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων σε κάθε νομό. Πράγματι, στο δείγμα της έρευνάς μας οι νομοί Μαγνησίας και Λάρισας, που είχαν και τα κτίρια με την καλύτερη «βαθμολογία προσβασιμότητας» είχαν αναλογία Κέντρων Υγείας προς Περιφερειακά Ιατρεία 5/30 (16,7%) και 6/32 (18,8%), αντίστοιχα. Αντίθετα οι νομοί Καρδίτσας και Τρικάλων είχαν αντίστοιχες αναλογίες 3/43 (7,0%) και 1/25 (4,0%). Φαίνεται λοιπόν ότι οι νομοί που αντιπροσωπεύτηκαν στην έρευνά μας από μεγαλύτερο αναλογικά αριθμό Κέντρων Υγείας είχαν και μεγαλύτερες βαθμολογίες προσβασιμότητας. Εντούτοις αυτή η εξήγηση δεν ερμηνεύει εξολοκλήρου το εύρημα, αφού αυτή η διαφοροποίηση μεταξύ νομών παραμένει, ακόμα κι όταν γίνεται η σύγκριση της προσβασιμότητας μόνο των Περιφερειακών Ιατρείων μεταξύ των τεσσάρων νομών. Επομένως, υπάρχει η πιθανότητα αυτή η διαφοροποίηση να οφείλεται στη διαφορετική διοίκηση των τεσσάρων νομών τις τελευταίες δεκαετίες.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίαζαν τα σχόλια των συμμετεχόντων και η νοοτροπία που διαφαίνεται πίσω από αυτά. Σε αρκετό αριθμό σχολίων διαφαινόταν μια διάθεση παρουσίασης της εικόνας των κτιρίων πιο εξωραϊσμένης απ' ό,τι είναι στην πραγματικότητα με μελλοντικές υποσχέσεις και αισιόδοξες θεωρήσεις. Αυτή η στρατηγική, δηλαδή η αγνόηση των πραγματικών προβλημάτων και ατελειών και η αυτοεξυπηρετική περιγραφή της τρέχουσας κατάστασης, αποτελεί και το σημαντικότερο κώλυμα στην πρόοδο. Πράγματι, μόνο εφόσον αναγνωρίσει κανείς τις αδυναμίες και τις ελλείψεις (του εαυτού του ή του συστήματος), μπορεί να λάβει τα απαραίτητα μέτρα, για να τις εξαλείψει και να βελτιωθεί.

Αντίστοιχα, οι δηλώσεις των συμμετεχόντων ότι το προσωπικό είναι διαθέσιμο να βοηθήσει τα άτομα με αναπηρίες ή ακόμα και να τα επισκεφθεί στο σπίτι, όταν συντρέχει λόγος ιατρικής περίθαλψης, αν και δηλώνουν καλή διάθεση και προθυμία, στην πραγματικότητα δεικνύουν το παλιό στερεότυπο των «αναπήρων»:

περιορίζουν το άτομο με αναπηρία στο σπίτι του, καταργούν την έννοια της αυτονομίας και της προσβασιμότητας. Η χειρότερη πλευρά αυτού του τρόπου σκέψης είναι ότι θεωρεί ως δεδομένο ότι τα άτομα με αναπηρίες αποτελούν πάντοτε ασθενείς-πελάτες του συστήματος υγείας, χωρίς να διανοείται ότι μπορεί ή θα μπορούσε να έχει και άλλους ρόλους, όπως αυτόν του επισκέπτη σε έναν ασθενή ή του εργαζομένου στο χώρο της υγείας.

Από ερευνητικής σκοπιάς, θα ήταν χρήσιμη η γενίκευση του πληθυσμού-στόχου της μελέτης αυτής στα κτίρια υγείας και πρόνοιας όλης της επικράτειας αλλά και στα υπόλοιπα δημόσια κτήρια, τα οποία αφορούν οι ευρωπαϊκές διατάξεις και οι ελληνικοί νόμοι και κανονισμοί. Μια παρόμοια έρευνα που αφορά το σύνολο των δημοσίων κτιρίων της περιφέρειας Θεσσαλίας βρίσκεται αυτή τη στιγμή σε εξέλιξη, ώστε να έχει νόημα κάποια είδους σύγκριση των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, αφορά στο σύνολο των δημοσίων κτιρίων και επομένως δεν απευθύνεται στις ιδιαιτερότητες που αφορούν τα κτίρια που στεγάζουν υπηρεσίες υγείας.

Από μεθοδολογικής άποψης, το τρέχον εργαλείο-ερωτηματολόγιο, θα μπορούσε να βελτιωθεί ως προς το σχεδιασμό και τη σαφήνιά του. Λαμβάνοντας υπόψη σε ποιες ερωτήσεις καταγράφηκαν τα περισσότερα ελλιπή δεδομένα και σε ποιες περιπτώσεις παρατηρήθηκαν ασυνέπειες μεταξύ των ερωτήσεων, θα μπορούσαν να επαναδιατυπωθούν οι προβληματικές φράσεις ή διατυπώσεις και να εμπλουτιστούν με σχέδια ή διαγράμματα, όπου είναι απαραίτητο. Σε αυτήν την προσπάθεια θα ήταν χρήσιμη και μια πιλοτική μελέτη «κατανόησης» (comprehensibility study), όπου εργαζόμενοι ποικίλης εκπαίδευσης και εμπειρίας θα κληθούν να συμπληρώσουν αυτό το ερωτηματολόγιο για τη δική τους μονάδα και στη συνέχεια θα δώσουν ανατροφοδότηση στους ερευνητές για τα σημεία που δυσκολεύτηκαν, τις εκφράσεις που δεν ήταν κατανοητές κλπ.

Συνολικά, φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των μονάδων υγείας της περιφέρειας που μελετήθηκε έχει σοβαρές ελλείψεις στον τομέα της προσβασιμότητας, όχι μόνο των ατόμων με αναπηρία αλλά γενικότερα των εμποδιζόμενων ατόμων. Αν και είναι παρήγορο ότι έστω και κάποιες μονάδες (κάποια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας) έχουν αρκετά από τα προβλεπόμενα χαρακτηριστικά που επιτρέπουν την πρόσβαση, είναι απαράδεκτο ότι 27 χρόνια μετά το σχετικό κανονισμό του Υπουργείου Υγείας και, αντίστοιχα, 10 χρόνια μετά την τροποποίηση του Γενικού Οικοδομικού Κανονισμού να υπάρχουν Ιατρεία και, πόσο μάλλον Κέντρα Υγείας, που να θέτουν σοβαρά φυσικά και αρχιτεκτονικά εμπόδια στη

μετακίνηση αλλά και δυσκολίες στην πληροφόρηση και επικοινωνία των ατόμων με αναπηρία. Είναι φανερό ότι είναι υπέρτατης σημασίας να πληροφορηθεί η πολιτεία τα αποτελέσματα αυτής της πρωτότυπης ερευνητικής καταγραφής, ώστε να αναλάβει δράση για τη βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης.

5. Συμπεράσματα

Στην έρευνα αυτή έγινε καταγραφή του επιπέδου προσβασιμότητας των ατόμων με αναπηρία στις κτιριακές υποδομές και στις υπηρεσίες Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Περιφέρειας Θεσσαλίας. Για το λόγο αυτό κατασκευάστηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, στηριγμένο στις επιταγές του Γενικού Οικοδομικού Κανονισμού και του σχετικού κανονισμού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Μέσω του Υπουργείου Υγείας το ερωτηματολόγιο αυτό απεστάλη σε 182 σχετικές μονάδες, δηλαδή Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία των τεσσάρων νομών της Θεσσαλίας. Τα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν κατάλληλα συμπληρωμένα από το 83,0% των μονάδων (151/182), μεταξύ των οποίων ήταν 4 από τα 5 Νοσοκομεία και 15 από τα 17 Κέντρα Υγείας της περιφέρειας. Από τις μονάδες που έλειπαν, περισσότερες ανήκαν στους νομούς Τρικάλων και Λάρισας από ό,τι στους νομούς Μαγνησίας και Καρδίτσας (Fisher's Exact Test, $p=0,007$).

Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι οι περισσότερες από το 61,7% των υγειονομικών μονάδων στεγάζονταν σε χώρο ιδιόκτητο ή ιδιοκτησίας του αντίστοιχου δήμου, ενώ όλα τα περιφερειακά ιατρεία (πλην ενός) και τα 9 από τα 15 κέντρα υγείας (60,0%) στεγάζονταν αποκλειστικά σε ισόγειο χώρο. Ειδικές θέσεις προσωρινής στάθμευσης κοντά στο κτίριο για αυτοκίνητο ατόμου με αναπηρία είχαν μόνο τα νοσοκομεία, το 46,67% των Κέντρων Υγείας και 11,5% των Περιφερειακών Ιατρείων, μια διαφορά στατιστικά σημαντική (Fisher's Exact Test, $p=0,002$). Μόνο στο 23,5% των κτιρίων υπήρχαν ράμπες που να εξυπηρετούν την είσοδο στο κτίριο, ενώ μέσα σε κανένα κτίριο δεν υπήρχαν οδηγοί όδευσης τυφλών και έξω από το κτίριο μόνο σε ένα νοσοκομείο και σε ένα Κέντρο Υγείας.

Το 29,5% των κτιρίων δεν είχε προσβάσιμη είσοδο, ενώ σε 26 Περιφερειακά Ιατρεία η είσοδος ήταν στενή. Το 21,5% των μονάδων είχε υψομετρική διαφορά μεταξύ εισόδου και χώρων εξυπηρέτησης, που δεν καλύπτονταν από ράμπα, το 13,4% είχε στενούς (<90cm) διαδρόμους και το 16,6% είχε στενές εσωτερικές πόρτες, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η οριζόντια κυκλοφορία ακόμα και μέσα στο κτίριο. Κανένα από τα κτίρια στην έρευνά μας δεν είχε οδηγούς όδευσης τυφλών μέσα στο κτίριο για ανεμπόδιστη κυκλοφορία των ανθρώπων με προβλήματα όρασης. Σε ό,τι αφορά την κατακόρυφη κυκλοφορία, από τα 9 κτίρια που είχαν

ανεγκυστήρες μόνο τρία νοσοκομεία είχαν όλες τις προβλεπόμενες διευκολύνσεις για άτομα με αναπηρία και μόνο δύο είχαν κλιμακοστάσια με αντιολισθητικές λωρίδες έντονου χρώματος.

Περίπου 71,1% από τις μονάδες της έρευνάς μας είχαν κοινόχρηστες τουαλέτες αλλά προσβάσιμες σε άτομα με αναπηρίες ήταν μόνο στα νοσοκομεία, σε 11 από τα 15 Κέντρα Υγείας (ποσοστό 73,3%) και στα 13 από τα 87 Περιφερειακά Ιατρεία (ποσοστό 14,9%) που είχαν κοινόχρηστες τουαλέτες, μια διαφορά στατιστικά πολύ σημαντική (Fisher's Exact Test, $p=0,001$). Η ειδική σήμανση, χειρολαβές, ελεύθερος χώρος και άνετη πόρτα εισόδου υπήρχε μόνο στο 28,6%, στο 35,7%, στο 82,1% και στο 96,4% από αυτές, αντίστοιχα. Συνολικά μόνον 3 από τα 28 κτίρια με «προσβάσιμες» τουαλέτες (ποσοστό 10,7% ή 2,0% επί του συνόλου) έχουν όλες τις προβλεπόμενες διευκολύνσεις για άτομα με αναπηρίες. Επαρκής φωτισμός αναφέρθηκε στο 33,6% και τηλέφωνο για το κοινό στο 21,2% των κτιρίων αλλά μόνο στο 8% το τηλέφωνο ήταν σε χαμηλότερο ύψος για άτομα σε αναπηρικό αμαξίδιο, ενώ σε κανένα δεν υπήρχε κειμενοτηλέφωνο για κωφούς ή προσωπικό ειδικά εκπαιδευμένο για εξυπηρέτηση ατόμων με αναπηρία. Ορίζοντας έξι βασικά κριτήρια προσβασιμότητας (προσβάσιμη είσοδος, πλάτος κύριας εισόδου, συνέχεια από την είσοδο μέχρι τους χώρους εξυπηρέτησης, τουαλέτα προσβάσιμη, με χειρολαβές και επαρκές επίπεδο φωτισμού) μόνον 3 κτίρια (2,0%) τα καλύπτουν όλα. Τα Κέντρα Υγείας έχουν καλύτερη προσβασιμότητα από τα Περιφερειακά Ιατρεία ($U=265,5$, $p=0,001$), ενώ τα κτίρια στους νομούς Μαγνησίας και Λάρισας έχουν κατά μέσο όρο καλύτερη προσβασιμότητα από αυτά στο νομό Τρικάλων ($Kruskal-Wallis \chi^2(3)=27,07$, $p=0,001$).

Ορισμένα από τα Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας έχουν αρκετά από τα προβλεπόμενα χαρακτηριστικά που επιτρέπουν την πρόσβαση σε άτομα με αναπηρία ή, γενικότερα, σε εμποδιζόμενα άτομα αλλά η συντριπτική πλειονότητα των μονάδων υγείας της περιφέρειας Θεσσαλίας έχει σοβαρές ελλείψεις. Η πολιτεία οφείλει να ενημερωθεί και να λάβει δράση σχετικά με τη βελτίωση αυτής της κατάστασης, σε συμφωνία με την εφαρμογή νόμων που εδώ και δεκαετίες έχουν θεσπιστεί.

6. Βιβλιογραφία

- Center for Universal Design. (2008). *Universal Design Principles*. Ιστοσελίδα που ανακτήθηκε στις 17/07/2010 από το δικτυακό τόπο του North Carolina State University: http://www.design.ncsu.edu/cud/about_ud/udprinciples.htm
- Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία. (2003). *Άτομα με αναπηρία: Ισότιμοι πολίτες. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπηρία 2004-2010, Μειώνοντας το χάσμα μεταξύ πολιτικών στόχων και πραγματικότητας*. Αθήνα: αυτοέκδοση.
- Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία. (2005). *Προσβασιμότητα: το "κλειδί" για την εξάλειψη των διακρίσεων*. Αθήνα: αυτοέκδοση.
- Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία. (2007). *Εγχειρίδιο για το δικαίωμα των ατόμων με αναπηρία στην ίση μεταχείριση στον τομέα της απασχόλησης και της εργασίας*. Αθήνα: αυτοέκδοση.
- Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία. (2008). *Σχεδιάζοντας πολιτική σε θέματα αναπηρίας: Εγχειρίδιο εκπαιδευτή*. Αθήνα: αυτοέκδοση.
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2000). *Για μία Ευρώπη χωρίς φραγμούς για τα άτομα με ειδικές ανάγκες*. Βρυξέλλες, COM(2000) 284.
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2003). *Ίσες ευκαιρίες για τα άτομα με αναπηρίες: ένα ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης*. Βρυξέλλες, COM(2003) 650.
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2005). *Η κατάσταση των ατόμων με αναπηρία στη διευρυμένη Ευρωπαϊκή Ένωση: το ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης 2006 - 2007*. Βρυξέλλες, COM(2005) 604.
- European Disability Forum. (2000). *Accessible access to urban areas*. Brussels: European Disability Forum.
- Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Άμστερνταμ (1997). *Συνθήκη του Άμστερνταμ που τροποποιεί τη συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση, τις συνθήκες περί ιδρύσεως των ευρωπαϊκών κοινοτήτων και ορισμένες συναφείς πράξεις*. Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, C 340.
- Ευρωπαϊκό Φόρουμ Ατόμων με Αναπηρίες. (2000). *Άτομα με βαριές αναπηρίες και πολλαπλές ανάγκες εξάρτησης*. Αθήνα: αυτοέκδοση.
- Ηνωμένα Έθνη (1994). *Οι Πρότυποι Κανόνες του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για την Εξίσωση των Ευκαιριών για τα Άτομα με Αναπηρίες*, Έκδοση στα Ελληνικά. Αθήνα: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες.
- Ηνωμένα Έθνη (2007). *Σύμβαση για τα δικαιώματα Ατόμων με Αναπηρίες*, Έκδοση στα Ελληνικά. Αθήνα: Γραφείο μεταφράσεων Υπουργείου Εξωτερικών.

- Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. (2000). *Οδηγία 2000/43/EK περί εφαρμογής της αρχής της ίσης μεταχείρισης προσώπων ασχέτως φυλετικής ή εθνοτικής τους καταγωγής*. Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, L 180/22.
- Συμβούλιο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. (2000). *Οδηγία 2000/78/EK για τη διαμόρφωση γενικού πλαισίου για την ίση μεταχείριση στην απασχόληση και την εργασία*. Επίσημη Εφημερίδα των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, L 303/16.
- Υπουργείο Περιβάλλοντος, Ενέργειας και Κλιματικής Αλλαγής (1990). *Σχεδιάζοντας για Όλους: Εισαγωγή στις οδηγίες*. Ιστοσελίδα που ανακτήθηκε στις 17/07/2010 από το δικτυακό τόπο: <http://www.minenv.gr/1/16/162/16203/g1620300.html>
- Χριστοφή, Μ. (1997). *Στατιστικά στοιχεία και διαγράμματα που αφορούν σε εμποδιζόμενα άτομα και άτομα με ειδικές ανάγκες*. Αθήνα: Γραφείο μελετών για ΑμεΑ, ΥΠΕΧΩΔΕ. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.minenv.gr/1/16/162/16202/g1620201.html>
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.
- WorldBank (2010). *Environment: What is it?* Ανακτήθηκε στις 17/07/2010 από το δικτυακό τόπο: <http://youthink.worldbank.org/issues/environment/>

6.1. Νόμοι και διατάγματα

- Σύνταγμα της Ελλάδας 1975/86/2001/2008* (2008). Αθήνα: Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.
- Ν. 2430/96 (1996). *Καθιέρωση της 3ης Δεκεμβρίου ως Ημέρας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες. Θέσπιση του θεσμού της κάρτας αναπηρίας και άλλες διατάξεις*. Αθήνα: ΦΕΚ 156-Α'.
- Ν. 2831/00 (2000). *Τροποποίηση των διατάξεων του ν. 1577/1985 "Γενικός Οικοδομικός Κανονισμός" και άλλες πολεοδομικές διατάξεις*. Αθήνα: ΦΕΚ 140-Α'.
- Ν. 3304/05 (2005). *Εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης*. Αθήνα: ΦΕΚ 16-Α'.
- Π.Δ. 16/96 (1996). *Ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας στους χώρους εργασίας σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/654/ΕΟΚ*. Αθήνα: ΦΕΚ 10-Α'.
- Υπουργείο Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημόσιων Έργων (2002). *Ειδικές ρυθμίσεις για την εξυπηρέτηση ΑμεΑ σε υφιστάμενα κτίρια*. Αθήνα: ΦΕΚ-18 Β', απόφαση 52487.
- Υπουργείο Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημόσιων Έργων (2002). *Ειδικές ρυθμίσεις για την εξυπηρέτηση ΑμεΑ σε κοινόχρηστους χώρους των οικισμών που προορίζονται για την κυκλοφορία πεζών*. Αθήνα: ΦΕΚ-18 Β', απόφαση 52488.
- Υπουργείο Περιβάλλοντος, Ενέργειας και Κλιματικής Αλλαγής (2009). *Ειδικές ρυθμίσεις για την εξυπηρέτηση ατόμων με αναπηρία σε κοινόχρηστους χώρους των οικισμών που προορίζονται για την κυκλοφορία πεζών*. Αθήνα: ΦΕΚ-2621 Β', 52907.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (1983). *Κανονισμός άρσης αρχιτεκτονικών εμποδίων από τα κτίρια υγείας και πρόνοιας για την διευκόλυνση της χρήσης τους από αναπήρους και άτομα μειωμένης κινητικότητας (άτομα με ειδικές ανάγκες)*. Αθήνα, Αποφ-ΔΤΥ/β/1215/83.

Ελληνική περίληψη

Με βάση την «κοινωνική προσέγγιση», η αναπηρία δε θεωρείται ένα χαρακτηριστικό του ατόμου αλλά ένα πλέγμα συνθηκών που αφορούν στην αλληλεπίδραση ατόμου και περιβάλλοντος. Ένα περιβάλλον θεωρείται «προσβάσιμο» όταν έχει εκείνα τα στοιχεία, που επιτρέπουν σε όλα τα μέλη της κοινωνίας, χωρίς διακρίσεις φύλου, ηλικίας, σωματικής διάπλασης, δύναμης, αντίληψης και λοιπών χαρακτηριστικών να μπορούν αυτόνομα, με ασφάλεια και με άνεση να προσεγγίσουν και να χρησιμοποιήσουν τις προσφερόμενες υποδομές, υπηρεσίες και αγαθά.

Στην έρευνα αυτή καταγράφηκε το επίπεδο προσβασιμότητας των ατόμων με αναπηρία στις κτιριακές υποδομές και στις υπηρεσίες των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Περιφέρειας Θεσσαλίας. Για το λόγο αυτό απεστάλη, μέσω του Υπουργείου Υγείας, ειδικό ερωτηματολόγιο σε όλες τις σχετικές μονάδες. Η πλειοψηφία των υγειονομικών μονάδων στεγάζονταν σε χώρο ιδιοκτησίας του Υπουργείου Υγείας ή ιδιοκτησίας του αντίστοιχου δήμου, και βρίσκονταν στο ισόγειο. Ειδικές θέσεις προσωρινής στάθμευσης κοντά στο κτίριο για αυτοκίνητο ατόμου με αναπηρία είχαν μόνο τα νοσοκομεία, τα μισά από τα Κέντρα Υγείας και το ένα δέκατο των Περιφερειακών Ιατρείων και από αυτά περίπου τα μισά δεν είχαν ειδική σήμανση ή δεν εξυπηρετούνταν από λεία και σταθερή διαδρομή μέχρι την είσοδο. Ράμπες που να εξυπηρετούν την είσοδο στο κτίριο υπήρχαν μόνο στο ένα τέταρτο των κτιρίων, ενώ οδηγοί όδευσης τυφλών έξω από το κτίριο μόνο σε δύο περιπτώσεις, ενώ μέσα στο κτίριο σε καμία.

Στα δύο τρίτα των κτιρίων η είσοδος ήταν γενικά προσβάσιμη, όντας στο επίπεδο του εδάφους ή με μικρή υψομετρική διαφορά είτε με ράμπα, αν και δεν υπήρχε ειδική σήμανση που να κατευθύνει τα άτομα με αναπηρίες προς τη συγκεκριμένη είσοδο. Σε ένα ποσοστό των κτιρίων, κυρίως Περιφερειακά Ιατρεία, η είσοδος ήταν στενή, ενώ σε κάποια Κέντρα Υγείας και Νοσοκομεία οι γυάλινες πόρτες δεν είχαν σήμανση, ώστε να είναι ευδιάκριτες από άτομα με προβλήματα όρασης. Ακόμα και στην οριζόντια κυκλοφορία μέσα στο κτίριο καταγράφηκαν εμπόδια, αφού στο ένα τέταρτο των μονάδων υπήρχε υψομετρική διαφορά μεταξύ εισόδου και χώρων εξυπηρέτησης, που δεν καλύπτονταν από ράμπα, ενώ σε άλλες μονάδες είτε οι διάδρομοι είτε οι εσωτερικές πόρτες ήταν στενές, ενώ το δάπεδο δεν είχε την απαραίτητη υφή, ώστε να μη γλιστράει. Σε ό,τι αφορά την κατακόρυφη

κυκλοφορία, από τα 9 κτίρια που είχαν ανελκυστήρες μόνο τρία νοσοκομεία είχαν όλες τις προβλεπόμενες διευκολύνσεις για άτομα με αναπηρία και μόνο δύο είχαν κλιμακοστάσια με αντλιοσταθιακές λωρίδες έντονου χρώματος.

Κοινόχρηστες τουαλέτες υπήρχαν σε πολλές μονάδες αλλά προσβάσιμες σε άτομα με αναπηρίες ήταν μόνο σε ορισμένες από αυτές (νοσοκομεία, τα περισσότερα Κέντρα Υγείας και κάποια Περιφερειακά Ιατρεία). Εντούτοις, η ειδική σήμανση, χειρολαβές, ελεύθερος χώρος και άνετη πόρτα εισόδου υπήρχε μόνο σε ένα ποσοστό από αυτές, με κατάληξη μόνον 3 από τα 28 κτίρια με «προσβάσιμες» τουαλέτες να έχουν όλες τις προβλεπόμενες διευκολύνσεις για άτομα με αναπηρίες. Επαρκής φωτισμός και τηλέφωνο για το κοινό αναφέρθηκαν στο ένα πέμπτο των κτιρίων αλλά μόνο στο ένα δέκατο των κτιρίων το τηλέφωνο ήταν σε χαμηλότερο ύψος για άτομα σε αναπηρικό αμαξίδιο, ενώ σε κανένα δεν υπήρχε κειμενοηλέφωνο για κωφούς ή προσωπικό ειδικά εκπαιδευμένο για εξυπηρέτηση ατόμων με αναπηρία. Μόνον 3 κτίρια καλύπτουν τα έξι βασικά κριτήρια προσβασιμότητας. Τα Κέντρα Υγείας και οι νομοί Μαγνησίας και Λάρισας φαίνονται, με βάση τα στοιχεία, να έχουν καλύτερη προσβασιμότητα από ό,τι τα Περιφερειακά Ιατρεία και ο νομός Τρικάλων, αντίστοιχα.

Συνολικά, φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των μονάδων υγείας της περιφέρειας που μελετήθηκε έχει σοβαρές ελλείψεις στον τομέα της προσβασιμότητας, όχι μόνο των ατόμων με αναπηρία αλλά γενικότερα των εμποδιζόμενων ατόμων. Αν και είναι παρήγορο ότι έστω και κάποιες μονάδες (κάποια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας) έχουν αρκετά από τα προβλεπόμενα χαρακτηριστικά που επιτρέπουν την πρόσβαση, είναι απαραίδεκτο ότι 27 χρόνια μετά το σχετικό κανονισμό του Υπουργείου Υγείας και, αντίστοιχα, 10 χρόνια μετά την τροποποίηση του Γενικού Οικοδομικού Κανονισμού να υπάρχουν Ιατρεία και, πόσο μάλλον Κέντρα Υγείας, που να θέτουν σοβαρά φυσικά και αρχιτεκτονικά εμπόδια στη μετακίνηση αλλά και δυσκολίες στην πληροφόρηση και επικοινωνία των ατόμων με αναπηρία. Είναι φανερό ότι είναι μείζονος σημασίας να πληροφορηθεί η πολιτεία τα αποτελέσματα αυτής της καταγραφής, ώστε να αναλάβει δράση για τη βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης.

Αγγλική περίληψη

According to the “social approach”, disability is not considered an attribute of the person but a network of conditions that concern the interaction of person and the environment. An environment is considered “accessible” when it has all the attributes that allow all members of society, without discrimination due to gender, age, size, strength, cognition or other characteristics, to autonomously, securely and comfortably access and use the available infrastructure, services and goods.

In this study, we recorded the level of accessibility for people with disability to the buildings and services of Primary Healthcare Units of the District of Thessaly. For this purpose, we sent by means of the Ministry of Health, a specially constructed questionnaire to all relevant units. The majority of buildings that housed the healthcare units was proprietary or belonged to the respective municipality and were on the first (ground) floor. Temporary parking spots near the building especially for disabled people were found only in Hospitals, in half of the Health Centers (Kentro Ygeias) and in one tenth of the Community Medical Facilities (Peripheriako Iatreio). Half of these had no relevant cueing or were not accommodated by a smooth and stable corridor to the entrance. Ramps that accommodate the entrance to the building existed only in one fourth of the buildings, while marching guides for blind people outside the building were recorded in two cases, and inside the building in none.

In two thirds of the buildings, the entrance was generally accessible, being on ground level or having a ramp or small height difference from the floor, even though there was no informative cueing that would direct people with disability towards the specific entrance. In a percentage of the buildings, mostly Community Medical Facilities, the entrance was narrow, while in some Health Centers and Hospitals the glass doors had no visual cueing that would make them discernible to people with vision problems. Even in horizontal circulation within the building various obstacles were recorded: in one fourth of the units there was a height difference between the entrance and the service rooms that was not accommodated by a ramp, while in other units the corridors or the internal doors were narrow and the floor did not have the appropriate texture so as not to be slippery. As far as the vertical circulation is concerned, among the 9 buildings that had elevators, only three hospitals had all the

statutory facilities for people with disability and only two had stairs with non-skid bands of intense color.

Communal bathrooms were in quite a few units, but ones accessible to people with disabilities were found in only a portion of them (Hospitals, most Health Centers and some Community Medical Facilities). Nevertheless, the appropriate cueing, handles, free space and convenient entrance door was found in only a percentage of them, with the conclusion that only 3 out of 28 buildings with “accessible” toilets had all the statutory facilities for people with disabilities. Adequate lighting and telephones for the public were mentioned in one fifth of the buildings but in only one tenth of them the telephone was in a low enough level to be used by people in a wheelchair, while in none was there a textphone for deaf people or staff specially trained to serve people with disabilities. Only 3 buildings cover the six basic criteria for accessibility. Health Centers and the Prefectures of Magnesia and Larissa seem to have better accessibility than Community Medical Facilities and the Prefecture of Trikala, accordingly.

On the whole, it seems that the striking majority of the studied district’s health units have serious deficits in their accessibility, not only for people with disabilities but in general for hindered people. Even though one may find consolation in the fact that some units (Hospitals and Health Centers) have some of the statutory attributes that allow access, it is unforgivable that 27 years after the relevant Ministry of Health regulation and 10 years after the modification of the General Construction Code there are Medical Facilities and even Health Centers that put serious physical and architectural hindrances to the mobility, information and communication of people with disability. Evidently, it is of the utmost importance that the State is informed of the results of this study, so as to take action for the improvement of the current situation.

Ερωτηματολόγιο έρευνας

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΟΝΟΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΠΟΛΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ/ΦΑΧ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

E-MAIL ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜ ΠΛΗΡΩΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Στόχος του παρόντος Ερωτηματολογίου είναι η καταγραφή του υφιστάμενου επιπέδου προσβασιμότητας των ατόμων με αναπηρία κάθε κατηγορίας (άτομα με κινητικές αναπηρίες, άτομα με προβλήματα όρασης ή/και ακοής, άτομα με ψυχικά ή/και νοητικά προβλήματα κλπ), τόσο στις κτιριακές υποδομές όσο και στις υπηρεσίες των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Περιφέρειας Θεσσαλίας.

Παράκληση να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο.

Το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο πρέπει να επιστραφεί στη διεύθυνση
Περιφερειακό Γραφείο Σ.Ε.Υ.Υ.Π. Μακ. – Θράκης
Αγ. Σοφίας 46
54622, Θεσσαλονίκη

Για οποιαδήποτε διευκρινίσεις παρακαλούμε επικοινωνήστε με
α) Τηλέφωνα: 6972 724854, 2310 254600 κος Ράλλης Τσιουλάκης

β) E-mail: rallis.tsioulakis@gmail.com

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία!

A.1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΚΙΝΗΤΟΥ

A.1.1. Το κτίριο είναι ιδιόκτητο ή μισθωμένο

A.1.2. Το κτίριο έχει ορόφους

A.1.3. Η εν λόγω Υπηρεσία στεγάζεται σε ορόφους, αναλυτικότερα καταλαμβάνει το ισόγειο , τον α' όροφο , τον β' όροφο , τον γ' όροφο , τον δ' όροφο .

A.2. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

A.2.1. Υπάρχει ειδική θέση προσωρινής στάθμευσης για αυτοκίνητο ατόμου με αναπηρία κοντά στο κτίριο NAI OXI

A.2.2. Εάν υπάρχει ειδική θέση, τότε η θέση αυτή φέρει την κατάλληλη σήμανση; NAI OXI

A.2.3. Πόσες ειδικές θέσεις στάθμευσης αυτοκινήτων ατόμων με αναπηρία υπάρχουν;
.....

A.2.4. Η διαδρομή από την ειδική θέση στάθμευσης στην είσοδο είναι πάνω σε επιφάνεια λεία και σταθερή (Όχι χαλίκι, χώμα, γρασίδι κλπ) NAI OXI

A.2.5. Υπάρχει στάση αστικής συγκοινωνίας κοντά στο κτίριο (σε απόσταση μέχρι 100 μέτρα)..... NAI OXI



A.2.6. Υπάρχουν ράμπες στο πεζοδρόμιο, σε όλα τα σημεία των διαβάσεων μεταξύ θέσεων στάθμευσης και εισόδου του κτιρίου;..... NAI OXI NAI σε ορισμένα σημεία



A.2.7. Υπάρχουν «οδηγοί όδευσης τυφλών» στο πεζοδρόμιο, δηλ:

A) ανάγλυφες πλάκες πεζοδρομίου NAI OXI

B) πλαστική ενχάρακτη επιστρωση NAI OXI

Γ) ενχαράξεις επί του πεζοδρομίου..... NAI OXI

ΣΧΟΛΙΑ

.....

.....

.....

A.3. ΕΙΣΟΔΟΣ ΣΤΟ ΚΤΙΡΙΟ

A.3.1. Υπάρχει έστω και μία είσοδος πρόσβασης στο κτίριο (χρηστική από το κοινό):

α) στο επίπεδο του εδάφους

β) με μικρή υψομετρική διαφορά (μέχρι ένα σκαλοπάτι)

γ) με ράμπα

A.3.2. Είναι η προσβάσιμη είσοδος η κύρια είσοδος; NAI OXI

(α) Αν NAI, τότε, υπάρχει σήμανση που να κατευθύνει τα άτομα με αναπηρία σε αυτή;.....NAI OXI

A.3.3. Υπάρχει σκάλα για την είσοδο στο κτίριο από το πεζοδρόμιο; NAI OXI

(α) Αν NAI, τότε η σκάλα αυτή έχει χειρολισθήρα τουλάχιστον στη μιά πλευρά ή στο μέσον αυτής; NAI OXI

A.3.4. Το καθαρό πλάτος της πόρτας εισόδου* είναι:

α) Τουλάχιστον 90 εκατοστά του μέτρου ή μεγαλύτερο

β) Μικρότερο από 90 εκατοστά του μέτρου

(*Καθαρό πλάτος είναι η απόσταση από κάσα σε κάσα.)

A.3.5. Η πόρτα της εισόδου στο κτίριο είναι ανοιγόμενη;.....

α) Ανοιγόμενη

β) Περιστρεφόμενη

γ) Συρόμενη

δ) άλλο (διευκρινήστε)

A.3.6. Αν η πόρτα της εισόδου είναι δίφυλλη, το καθαρό πλάτος του ανοιγόμενου φύλλου είναι:

α) Τουλάχιστον 90 εκατοστά του μέτρου ή μεγαλύτερο.....

β) Μικρότερο από 90 εκατοστά του μέτρου.....

A.3.7. Είναι η πόρτα της εισόδου γυάλινη;..... NAI OXI

α) Αν NAI, τότε έχει πάνω στην γυάλινη επιφάνεια αυτοκόλλητες ταινίες ή άλλη σήμανση για να είναι ευδιάκριτη από άτομα με προβλήματα όρασης;..... NAI OXI

A.3.8. Υπάρχει γραφείο υποδοχής (reception) στο επίπεδο της εισόδου;

..... NAI OXI

A.3.9. Αν NAI, τότε ο πάγκος στο γραφείο υποδοχής (reception) έχει ύψος από το δάπεδο μέχρι 80 εκατοστά του μέτρου (σε όλο το μήκος του ή σε ένα τμήμα του) ώστε να μπορεί ένα άτομο σε αναπηρικό αμαξίδιο να επικοινωνήσει με ευχέρεια με τον υπάλληλο υποδοχής

..... NAI OXI

ΣΧΟΛΙΑ

.....

.....

.....

A.4. ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

A.4.1. Η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί κατευθείαν στους ανελκυστήρες χωρίς τη μεσολάβηση κανενός σκαλοπατιού..... NAI OXI

A.4.2. Στη διαδρομή από την είσοδο στους ανελκυστήρες υπάρχει υψομετρική διαφορά με σκαλοπάτι; NAI OXI

(β) Αν ΝΑΙ, υπάρχει ράμπα; NAI OXI

A.4.3. Η προσβάσιμη είσοδος οδηγεί στους χώρους εξυπηρέτησης κοινού/γραφεία κλπ χωρίς κανένα σκαλοπάτι..... NAI OXI

A.4.4. Αν στη διαδρομή από την είσοδο στους χώρους εξυπηρέτησης κοινού/γραφεία κλπ υπάρχει υψομετρική διαφορά (σκαλοπάτι, -α) υπάρχει ράμπα NAI OXI

A.4.5. Οι διάδρομοι έχουν πλάτος τουλάχιστον 0,90μ NAI OXI

A.4.6. Αναφέρατε το υλικό επίστρωσης των διαδρόμων (πλακάκι, παχιά μοκέτα, ξύλο κλπ)

.....

A.4.7. Οι πόρτες εισόδου στους χώρους εργασίας/ εξυπηρέτησης κοινού/γραφείων κλπ είναι καθαρού πλάτους* τουλάχιστον 0,90μ NAI OXI

(* καθαρό είναι το πλάτος από κάσα σε κάσα)

A.4.8. Υπάρχει «οδηγός όδευσης τυφλών» στους διαδρόμους του κτιρίου; NAI OXI

ΣΧΟΛΙΑ

.....
.....
.....

A.5. ΚΑΤΑΚΟΡΥΦΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

A.5.1. Πόσοι ανελκυστήρες υπάρχουν στο κτίριο

A.5.2. Το καθαρό πλάτος της πόρτας του ανελκυστήρα (πλάτος με την πόρτα ανοιχτή) είναι:

α) τουλάχιστον 0,90μ.....

β) μικρότερο από 0,90.....

A.5.3. Τα κουμπιά του ανελκυστήρα έχουν και σήμανση σε γραφή Braille

..... NAI OXI

A.5.4. Οι ανελκυστήρες έχουν οπτική και φωνητική αναγγελία ορόφων

1^{ος} ανελκυστήρας NAI OXI

2^{ος} ανελκυστήρας NAI OXI

3^{ος} ανελκυστήρας NAI OXI

4^{ος} ανελκυστήρας NAI OXI

A.5.5. Οι ανελκυστήρες έχουν τηλέφωνο ανάγκης NAI OXI

- A.5.6. Υπάρχει ελεύθερος χώρος διαστάσεων τουλάχιστον 1,50X1,50μ μπροστά από τους ανελκυστήρες 1^{ος} ανελκυστήρας ΝΑΙ ΟΧΙ
- 2^{ος} ανελκυστήρας ΝΑΙ ΟΧΙ
- 3^{ος} ανελκυστήρας ΝΑΙ ΟΧΙ
- 4^{ος} ανελκυστήρας ΝΑΙ ΟΧΙ
- A.5.7. Τα σκαλοπάτια στα κλιμακοστάσια έχουν αντιολισθητικές λωρίδες λίγο πριν την ακμή τους ΝΑΙ ΟΧΙ
- A.5.8. Αν έχουν αντιολισθητικές λωρίδες, οι λωρίδες αυτές είναι έντονου χρώματος , που διακρίνεται εύκολα από το υλικό επίστρωσης των σκαλοπατιών..... ΝΑΙ ΟΧΙ
- A.5.9. Οι σκάλες έχουν χειρολισθήρες και στις δύο πλευρές ΝΑΙ ΟΧΙ
- A.5.10. Οι σκάλες έχουν χειρολισθήρες μόνο στην μία πλευρά ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΧΟΛΙΑ

.....

.....

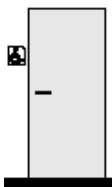
.....

A.6. ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΕΙΣ-ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

- A.6.1. Υπάρχουν κοινόχρηστες τουαλέτες στην υπηρεσία;..... ΝΑΙ ΟΧΙ
- A.6.2. Υπάρχει τουαλέτα προσβάσιμη σε άτομα σε αναπηρικό αμαξίδιο; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Αν ΝΑΙ,
- A) υπάρχει τουλάχιστον μία ανά όροφο ΝΑΙ ΟΧΙ
- B) υπάρχει τουλάχιστον μία στο κτίριο ΝΑΙ ΟΧΙ
- A.6.3. Το καθαρό πλάτος της πόρτας αυτής της προσβάσιμης τουαλέτας είναι τουλάχιστον 0,90μ
- A) προσβάσιμη τουαλέτα ΙΣΟΓΕΙΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ
- B) προσβάσιμη τουαλέτα Α΄ ΟΡΟΦΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ
- Γ) προσβάσιμη τουαλέτα Β΄ ΟΡΟΦΟΥΝΑΙ ΟΧΙ
- Δ) προσβάσιμη τουαλέτα Γ΄ ΟΡΟΦΟΥΝΑΙ ΟΧΙ

A.6.4. Πώς ανοίγει η πόρτα της προσβάσιμης τουαλέτας κάθε ορόφου: (Διαγράψτε του ορόφους που δεν υπάρχουν στην υπηρεσία)

	Προς τα έξω	Προς τα μέσα	Είναι συρόμενη
A) ΙΣΟΓΕΙΟΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Α΄ ΟΡΟΦΟΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ) Β΄ ΟΡΟΦΟΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ) Γ΄ ΟΡΟΦΟΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



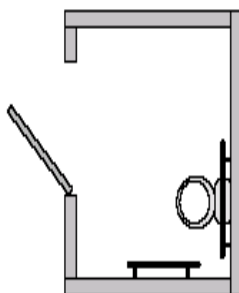
A.6.5. Υπάρχει σήμανση με το Διεθνές Σύμβολο Πρόσβασης (άτομο σε αμαξίδιο) έξω από τις πόρτες των προσβάσιμων τουαλετών ή σε τοίχο δίπλα σε αυτές..... ΝΑΙ ΟΧΙ

.....

A.6.6. Στη μια πλευρά της λεκάνης (δεξιά ή αριστερά αυτής) στις προσβάσιμες τουαλέτες υπάρχει ελεύθερος χώρος πλάτους τουλάχιστον 0,80-0,90μ ΝΑΙ ΟΧΙ

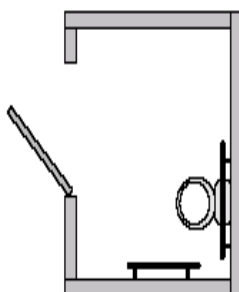
Αναφέρετε ξεχωριστά για κάθε προσβάσιμη τουαλέτα

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A) ΙΣΟΓΕΙΟΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Α΄ ΟΡΟΦΟΥ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ) Β΄ ΟΡΟΦΟΥ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ) Γ΄ ΟΡΟΦΟΥ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A.6.7. Η λεκάνη στις προσβάσιμες τουαλέτες έχει χειρολαβές (στον τοίχο -όπως στο σχήμα- ή εκατέρωθεν της λεκάνης κάθετα στον τοίχο)..... ΝΑΙ ΟΧΙ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A) ΙΣΟΓΕΙΟΥ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) Α΄ ΟΡΟΦΟΥ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ) Β΄ ΟΡΟΦΟΥ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ) Γ΄ ΟΡΟΦΟΥ.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A.6.8. Οι προσβάσιμες τουαλέτες έχουν νιπτήρα αποκλειστικής χρήσης.

A) προσβάσιμη τουαλέτα ΙΣΟΓΕΙΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

B) προσβάσιμη τουαλέτα Α΄ ΟΡΟΦΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ) προσβάσιμη τουαλέτα Β΄ ΟΡΟΦΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ) προσβάσιμη τουαλέτα Γ΄ ΟΡΟΦΟΥ ΝΑΙ ΟΧΙ

A.6.9. Υπάρχουν στην υπηρεσία τηλέφωνα για το κοινό;..... ΝΑΙ ΟΧΙ

A.6.10. Υπάρχει τηλέφωνο σε χαμηλότερο ύψος για άτομα σε αναπηρικό αμαξίδιο;
 ΝΑΙ ΟΧΙ

A.6.11. Υπάρχει κειμενοτηλέφωνο για κωφά άτομα;..... ΝΑΙ ΟΧΙ

A.6.12. Το επίπεδο φωτισμού στους χώρους εργασίας και συναλλαγής είναι τέτοιο ώστε να διασφαλίζεται η επικοινωνία με χρήση νοηματικής γλώσσας και η ανάγνωση σε άτομα με προβλήματα όρασης;..... ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΧΟΛΙΑ

.....
.....
.....

A.7. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

A.7.1. Πόσα άτομα από Το προσωπικό έχουν εκπαιδευτεί για να μπορούν να εξυπηρετήσουν άτομα με αναπηρία (πχ.ειδικά σεμινάρια συμπεριφοράς και επικοινωνίας, χρήση νοηματικής γλώσσας κλπ)Κανένα ,1 , 2 , 3 , πάνω από 3

A.7.2. Υπάρχει προσωπικό στον χώρο Υποδοχής (RECEPTION) στην είσοδο για να βοηθήσει αν χρειαστεί κάποιο άτομο με αναπηρία ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΧΟΛΙΑ

.....
.....
.....

A.8. ΓΕΝΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ

Παρακαλούμε αναφέρετε ότι θεωρείτε χρήσιμο για το αντικείμενο της έρευνας και δεν έχει καταγραφεί παραπάνω.

.....
.....
.....
.....