

OSOBE S INVALIDITETOM – TEST PRISTUPAČNOSTI SUSTAVA ZDRAVSTVA

SELMA ŠOGORIĆ, MANDICA SANKOVIĆ¹, VESNA ŠTEFANČIĆ² i KSENIJA VITALE

Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“; Zagreb, ¹Grad Vinkovci, Upravni odjel za prostorno uređenje, gradnju i zaštitu okoliša, Vinkovci i ²Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

Pristupačna gradnja je prihvatljiva i predstavlja izravno investiranje u vrijednost građevina u sustavu zdravstva, jer se klasično građene građevine koriste i dulje od 80 godina. Gradnja pristupačnih građevina u mnogim je članicama Europske unije potpomognuta i dodatnim financijskim sredstvima. Provođenje odredbi za poboljšanje kvalitete života osoba s invaliditetom (OSI) u RH usklađeno je s međunarodnim standardima. Ti standardi uključuju temeljno načelo ljudskih prava, a to je načelo nediskriminacije. Kako bi se postiglo navedeno načelo nužno je osigurati pristupačnost sustava zdravstva osobama s trajnim ili privremenim invaliditetom te senzornim, intelektualnim i psiho-socijalnim teškoćama. Pristupačnost sustava zdravstva uključuje uz prostornu i "specijalističku" pristupačnost po odjelima, zdravstvenim jedinicama/ ustanovama, kako bi sustavi zdravstva mogli pružiti sveobuhvatnu zdravstvenu uslugu OSI. U osiguravanju pristupačnosti sustava zdravstva osobama s invaliditetom značajna je uloga mnogih dionika u gradnji i intersektorska suradnja. Prvi korak u realizaciji pristupačnosti sustava zdravstva osobama s invaliditetom jest utvrditi stanje pristupačnosti sustava zdravstva OSI. U tu svrhu potrebno je izraditi alate, tehnike i tehnologije za procjenu i kasniju evaluaciju. Osnovni dio alata je upitnik samoprocjene (samoevaluacije) pristupačnosti sustava zdravstva OSI sukladno zakonskim propisima, izrada IT programa za obradu podataka prikupljenih probirom te izrada akcijskog plana za uspostavu i evaluaciju pristupačnosti sustava zdravstva OSI. Uspostava mehanizama samoprocjene pristupačnosti sustava zdravstva OSI kao konačan rezultat imat će unaprijeđenje neovisnosti i kvalitete življenja OSI, ali i kvalitete i učinkovitosti sustava zdravstva pružanjem zdravstvenih usluga primjerenih potrebama.

Ključne riječi: pristupačnost, sustav zdravstva, osobe s invaliditetom, zdravo urbano planiranje, univerzalni dizajn

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. Selma Šogorić, dr. med.
Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Rockefellerova 4
10 000 Zagreb, Hrvatska
Telefon: ++385 1 4590 102
E-pošta: ssogoric@snz.hr

UVOD

Prema procjenama WHO, oko 15 % osoba u svijetu ima neki oblik invaliditeta (1). U usporedbi s prijašnjim podacima iz 1970-ih godina, kada je procijenjena prevalencija bila 10 %, došlo je do značajnog porasta koji pripisujemo demografskim promjenama i starenju stanovništva no i istovremenom unaprijeđenju tehnologije mjerenja invaliditeta (1). Porast prevalencije invaliditeta direktno je povezan s porastom dugovječnosti u populaciji, ali i s porastom utjecaja vanjskih čimbenika na invaliditet što promatrano u

tijeku vremena, očekivano, uvjetuje trend porasta (2). Kako osobe s invaliditetom (OSI) čine značajni segment korisnika zdravstvenih usluga, planiranje zdravstvene zaštite u kontekstu pristupačnosti nameće se danas kao veliki izazov i samom sustavu zdravstva.

Već iz članka 69. Ustava Republike Hrvatske koji naglašava obaveze zaštite zdravlja ljudi, prirode i ljudskog okoliša uviđa se nužnost osiguravanja adekvatnog okruženja za OSI koje će im omogućiti kvalitetan i ravnopravan život u zajednici pa između ostalog i ostvarivanje prava iz područja zdravstvene zaštite.

Usvajanje Konvencije o pravima osoba s invaliditetom Ujedinjenih naroda (UN) (Konvencija) (3) značajan je korak u potvrdi i isticanju prava osoba s invaliditetom širom svijeta, a posebice u zemljama koje su ratificirale ovu Konvenciju kao npr. Republika Hrvatska. Konvencija ističe značajan broj općih i specifičnih ciljeva i obveza zemalja potpisnica u kreiranju okvira koji će omogućiti implementaciju mjera izjednačavanja mogućnosti s osobama bez invaliditeta. Prema definiciji Konvencije UN-a osobe s invaliditetom su osobe koje imaju dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja, koja u međudjelovanju s različitim zaprekama mogu sprječavati njihovo puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima (3). Prema toj Konvenciji, invaliditet nije samo oštećenje koje osoba ima, nego je rezultat interakcije oštećenja osobe i okoline. Drugim riječima, društvo je to koje svojom neprilagođenošću dodatno „invalidizira“ OSI, ali ga isto tako tehničkim prilagodbama prostora, osiguranjem pomagala i drugih oblika podrške može i ukloniti (4).

Strategija „Zdravlje za sve do 2020.“ (Z 2020.) Svjetske zdravstvene organizacije, Ureda za Europu (EU SZO) kao krovna strategija oblikuje strateški okvir za donošenje javnih politika u 21. stoljeću (5). Ona u preambuli kaže: „Zajednički ciljevi svih zemalja članica EU SZO, iskazani ovom strategijom su: unaprijediti zdravlje i blagostanje sveukupnog stanovništva, smanjiti nejednakosti u zdravlju, osnažiti javno zdravstvo i osigurati ljudima okrenut sustav zaštite zdravlja koji je univerzalan, pravičan, kvalitetan i održiv“. Iz preambule izvedene temeljne vrijednosti sustava zaštite zdravlja bile bi pravičnost, politika i praksa „neisključivanja“, dostupnost (teritorijalno i obujmom), pristupačnost (financijski, transportno i arhitektonski, vremenski, kulturno) i usluge koje odgovaraju potrebama korisnika te ostvaruju učinak na zdravlje (pravično unaprjeđuju zdravstvene ishode). Za postizanje visoko kvalitetne zdravstvene zaštite i unaprjeđenje zdravstvenih ishoda potrebno je organizirati zdravstvene sustave koji su financijski održivi, svrsishodni, usmjereni na ljude i utemeljeni na dokazima. Osiguravanje univerzalne pokrivenosti zdravstvenom zaštitom, pristup visoko kvalitetnoj njezi i lijekovima, prepoznavanje pacijenta kao partnera u procesima, jačanje i revitalizacija javnozdravstvenih kapaciteta te ulaganje u ljudske resurse, kao i prilagodba javnih politika u tom kontekstu, od izrazite su važnosti.

U širem smislu, pristup osoba s invaliditetom sustavu zdravstva je pokazatelj pravičnosti (engl. *equity*) sustava zdravstva, gdje jednakopravnost implicira izjednačavanje mogućnosti u pristupu svim razinama zdravstvene zaštite i uslugama koje zdravstvo pruža radi ostvarenja punog potencijala zdravlja pojedinca (6). U tom je smislu potrebno, uz praćenje epidemiologije in-

validiteta, razvijati i smjernice praćenja pristupačnosti sustava zdravstva OSI.

Pristupačnost se može promatrati s aspekta prostorne, fizičke pristupačnosti koja je rezultat primjene tehničkih rješenja u projektiranju i građenju građevina, kojima se osobama s trajnim ili privremenim invaliditetom, smanjene pokretljivosti te sa senzornim, intelektualnim i psiho-socijalnim teškoćama osigurava nesmetan pristup, kretanje, boravak i rad u građevinama na jednakoj razini kao i ostalim osobama. Drugi aspekt promatranja pristupačnosti je s aspekta pravičnosti (jednakopravnosti) i znači osiguravanje jednakog pristupa i mogućnosti svim osobama bez obzira na dob, spol i pokretljivost radi osiguranja osnovnog ljudskog prava na kretanje i time uključivanje u društveni, kulturni i gospodarski život zajednice.

Pristupačni zdravstveni sustavi podrazumijevaju mnogo više od uklanjanja fizičkih barijera u zdravstvenim ustanovama. Nemogućnost osoba s tjelesnim invaliditetom da samostalno priđu i uđu u zdravstvenu ustanovu na specijalistički pregled jest prva razina problema. No daleko veći problem u ostvarivanju zdravstvene zaštite OSI je nepristupačna medicinska oprema. Osim dva, već spomenuta, prisutan je i treći, najveći problem vezan uz proceduralnu i *policy* razinu - nedostatak jasnih standarda pristupačnosti vezano uz medicinsku opremu na nacionalnoj razini. Unaprjeđenje ove razine imat će značajnu ulogu u povećanju pristupačnosti OSI, osiguravanju sigurnosti pacijenata i unaprjeđenju kvalitete zdravstvene zaštite.

Pristupačnost u zdravstvenim sustavima podrazumijeva i pristupačnu komunikaciju zdravstvenih djelatnika/ca s OSI s određenim oštećenjima, poput slijepih, slabovidnih, gluhoonijemih, osoba s intelektualnim teškoćama i dr., što uključuje uklanjanje komunikacijskih prepreka - izradu pristupačnih informativnih materijala, poznavanje znakovnog jezika, prilagodbu načina naručivanja i pružanja informacija (posebice prije dolaska u zdravstvenu ustanovu kako bi prilagodba svakoj pojedinoj OSI bila zadovoljena).

Ako se pristupačnost unaprjeđuje na svim prethodno navedenim razinama, zdravstveni sustav mogao bi biti evaluiran kao pristupačan, a OSI, u ulozu korisnika zdravstvenog sustava, bi imale priliku ostvariti cjelovito pravo na kvalitetnu zdravstvenu zaštitu.

Ovim radom želimo prikazati koji su to izazovi vezano uz pristupačnost sustava zdravstva osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj te predložiti kako se postojeće stanje može unaprijediti.

PRIKAZ SLUČAJA

Identificiranje problema

Na inicijativu Hrvatske mreže zdravih gradova (HMZG) i Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (ŠNZ „A. Štampar“) u travnju 2016., tijekom Sajma zdravlja u Vinkovcima (7), organizirana je serija od osam okruglih stolova na kojima su predstavljena iskustva u primjeni Nacionalne strategije izjednačavanja mogućnosti osoba s invaliditetom u razdoblju od 2007. do 2015. (8). Konstruktivno i kritički analizirajući postignuća u sektorima obrazovanja, rada i socijalne skrbi, zapošljavanja, zdravstva, mobilnosti, pristupačnosti, stanovanja i sporta i rekreacije, uz doprinos predstavnika nevladinog sektora, profesionalaca i predstavnika svih razina uprave utvrdili smo da je pristupačnost sustava zdravstva značajni izazov. I to ne samo osobama i udrugama osoba s invaliditetom nego i zdravstvenim ustanovama i njihovim osnivačima.

Izrada alata za samoprocjenu (samoevaluaciju)

Kako bismo identificirali koje su to skupine problema povezane s pristupačnosti sustava zdravstva OSI razradili smo upitnik za samoprocjenu. Samoprocjena (ili samoevaluacija) u kontekstu pristupačnosti podrazumijeva strukturirani proces određivanja obilježja pojedinih i unaprijed definiranih aspekata pristupačnosti iz perspektive unaprijed definiranog stručnog multidisciplinskog tima zaposlenika i suradnika ustanove čija pristupačnost se procjenjuje. Upitnik za procjenu pristupačnosti je Pravilnik o osiguranju pristupačnosti građevina osobama s invaliditetom i smanjene pokretljivosti (9) pretočen u pitanja i kao takav je dio alata za procjenu pristupačnosti. Upitnik za procjenu pristupačnosti definira skupine pokazatelja (ne) pristupačnosti te uz IT rješenje za praćenje i analizu dobivenih podataka omogućava izradu strateškog okvira za prilagodbu i implementaciju pristupačnosti, tj. alat za samoprocjenu pristupačnosti. Iako je Pravilnik o osiguranju pristupačnosti građevina osobama s invaliditetom i smanjene pokretljivosti iz područja tehničkih struka (izvan sustava zdravstva), procjena je bila da će uz nadopune i pojašnjenja biti primjenjiv i u sustavu zdravstva. U listopadu 2016. godine, tijekom jesenskog poslovnog sastanka HMZG u Požegi, organizirana je dvodnevna radionica razvoja upitnika za samoevaluaciju „Procjena pristupačnosti zdravstvenih ustanova osobama s invaliditetom“. Radionica je okupila osamdesetak sudionika iz tijela uprave, tehničkih i zdravstvenih struka te nevladinih organizacija iz gradova i županija članica HMZG, Ministarstva zdravstva i Ministarstva graditeljstva i prostornog uređenja.

Prije održavanja radionice, predstavnici tehničkih struka pretražili su postojeće propise o pristupačnosti

prostora. Nađeno je da je u Republici Hrvatskoj donesen cijeli niz kodeksa: Kodeks strukovne etike (10), Kodeks strukovne etike članova Hrvatske komore arhitekata (11), izrađena je Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine (8), usvojen Pravilnik o osiguranju pristupačnosti građevina osobama s invaliditetom i smanjenom pokretljivosti (9) te Zakon o prostornom uređenju (12) i Zakon o gradnji (13). Prema ocjeni tehničke struke propisi su (tekstualno i grafički) jasni, ali je njihova implementacija u praksi nezadovoljavajuća. Rezultat necjelovite implementacije predmetnih zakonskih propisa iz domene pristupačnosti u praksu otežava pristup zdravstvenim uslugama OSI i njihovim obiteljima te čini sam zdravstveni sustav manje pristupačnim.

Uz pomoć prve radne verzije upitnika mogle su se prikupiti informacije o dimenziji fizičke pristupačnosti prostora (pristupa objektu i samog objekta, zaprekama u prostoru, urbanoj opremljenosti i dr.), ali i o psihosocijalnoj pristupačnosti koja podrazumijeva dimenziju osoblja (npr. educiranost ili barem informiranost za rad s OSI, postojanje tumača za znakovni jezik, vodiča i sl.) i audiovizualna komunikacijska pomagala (video prikaz, razglas, razumljiv tiskani materijal i upute, itd.). Treća dimenzija, koju ovaj upitnik nije sadržavao, ali su je dobro prepoznale zdravstvene ustanove, je opremljenost. Nadopunom upitnika ovom trećom dimenzijom (opremljenost) moglo bi se utvrditi postojanje ili nepostojanje potrebne opreme (ginekološke stolice za pregled žena s invaliditetom, anti-dekubitalni madraci i dugo) te temeljem toga utvrditi listu potreba po odjelima, zdravstvenim jedinicama i ustanovama kako bi se moglo unaprijediti kvalitetu usluga koje pružaju osobama s invaliditetom.

Inicijalno testiranje upitnika za samoprocjenu

Kako bismo dobili povratne informacije „iz prve ruke“ od samih zdravstvenih ustanova, prije sastanka u Požegi, metodom samoevaluacije provedeno je inicijalno testiranje prve radne verzije upitnika. Inicijalno testiranje u ovom kontekstu podrazumijeva strukturirani proces probnog prikupljanja informacija unaprijed definiranim upitnikom za procjenu pristupačnosti koji ima za cilj definirati konkretne rezultate koji se odnose na: mogućnosti izmjene i unaprjeđenja sadržaja upitnika, definiranja potrebe za uključivanjem dodatnog broja aktera i dr.

Inicijalno testiranje upitnika provele su: dvije opće bolnice (Koprivnica i Požega), Zavod za javno zdravstvo Požeško-slavonske županije i Dom zdravlja Požega te Zavod za hitnu medicinu Požega.

Rezultati inicijalnog testiranja upitnika za samoprocjenu ukazali su na sljedeće:

- a) samoevaluaciju, unutar zdravstvene ustanove treba provesti timski, intersektorski uz sudjelovanje raznih profila stručnjaka,
- b) za provođenje samog procesa samoevaluacije značajna je podrška uprave i tima odgovornog za unaprjeđenje kvalitete koji bi brinuli o sredstvima, rokovima i zaduženjima,
- c) za ocjenu informiranosti korisnika prostora (zaposlenika, pacijenata i obitelji) upitnik je nužno nadopuniti novom skupinom pitanja,
- d) najkorisnije informacije koje su prikupili putem upitnika vezane su uz procjenu stanja dijelova infrastrukture bolnice (zapreke, signalizacija, oprema) i razumijevanje zahtjeva (pravilnika) vezano uz visinu, širinu, prohodnost, dostupnost i označavanje,
- e) koristan dio upitnika vezan je uz elemente pristupačnosti za osobe s psihosocijalnim invaliditetom, jer pruža mogućnost definiranja potreba i standarda no informacije o stanju i potrebama trebaju biti istražene (šire) među zaposlenicima i korisnicima,
- f) upitnik je bio koristan u utvrđivanju hitno potrebnih promjena kao npr. potrebe za uvođenjem pristupačnih telefonskih govornica, bankomata i poštanskih sandučića, uređenja pristupa i pristupnih rampi, pješačkih staza (koje treba učiniti prohodnim za kolica i pješake), osuvremenjivanja dizala (uvesti zvučnu signalizaciju i vožnju bez ključa), natpisa na vratima (na Brailleovom pismu) te otkrivanja potrebnih promjena u kupaonicama (rukohvati, tuš kabine) i sobama.
- g) osnovna je manjkavost upitnika, iz perspektive liječnika, stručno i nedovoljno jasno nazivlje, pitanja koja nude dvosmislene odgovore i nedovoljno jasne upute (uključujući pitanje standardizacije u različitim zdravstvenim ustanovama),
- h) upitnik bi i radi opširnosti trebalo strukturirati u nekoliko cjelina koje će olakšati popunjavanje i obradu podataka (npr. opći podaci o ustanovi te stanje pristupačnosti u različitim područjima - infrastruktura, informacijsko komunikacijska pristupačnost, specijalističko-konzilijarne usluge ...),
- i) upitnik treba nadopuniti segmentom za procjenu opreme koja je potrebna bolnicama (npr. ginekološki stol za osobe s invaliditetom, prilagodljivi kreveti po visini za OSI i teško pokretne, lifter za OSI, toaletne stolice, nastavci za WC školjke, hodalice s kotačima i bez kotača, invalidska kolica, podlakatne štake, nosila za prijevoz, zvučna/svjetlosna signalizacija za bolesničke sobe, antidekubitalni madraci i jastuci, klupice i držači itd.).

Svakako bi bilo važno zdravstvenim ustanovama osigurati informacije o mogućnostima i dostupnosti in-

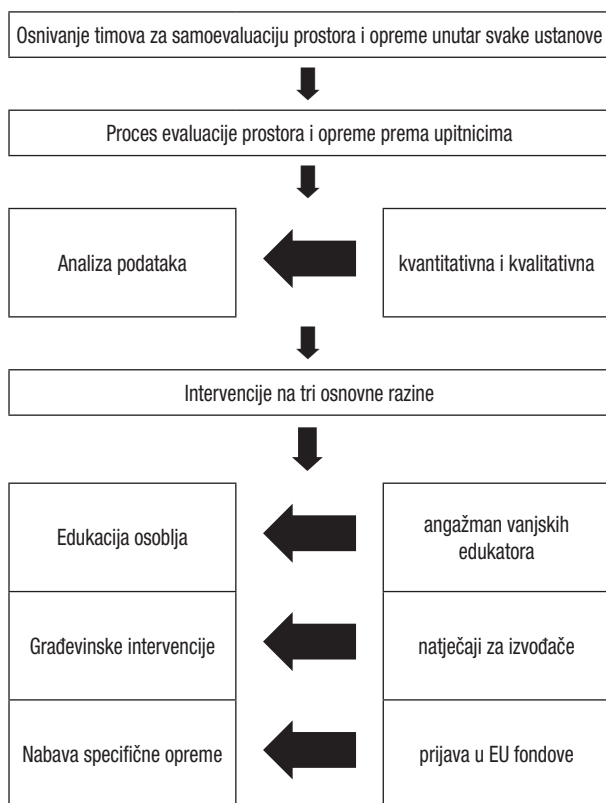
tervenција u infrastrukturu (kako unutarnju, tako i vanjsku o kojoj brine grad).

Ideja samoprocjene pristupačnosti ocijenjena je kao vrlo dobra, jer bi se njezinom realizacijom stvarao veliki broj intervencija kojima bi se poboljšala pristupačnost zdravstvenih usluga najvećem broju ljudi, a istovremeno je dobra podloga za osmišljavanje projekata kojima bi se mogao educirati veliki broj ljudi o načelima univerzalnog dizajna u kontekstu kohezivske politike EU. Kako svaka od zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj ima Povjerenstvo za kvalitetu (i/ili imenovanog pomoćnika ravnatelja za kvalitetu), osobu imenovanu za sigurnost i zaštitu na radu i službu za tehničko održavanje, uz njih bi u radnu skupinu trebalo uključiti i predstavnike civilnog društva - nevladinih udruga osoba s invaliditetom (a tim po potrebi proširiti i na druge osobe sa specifičnim oblicima invaliditeta).

Kako dalje?

Postojeći upitnik za samoprocjenu treba proširiti i doraditi tako da se njime može utvrditi stanje pristupačnosti zdravstvenih građevina s obzirom na vanjski i unutarnji prostor, ali i procjena pristupačnosti u smislu opreme, tehnika i tehnologija rada i komunikacije s osobama s invaliditetom ("specijalistička" pristupačnost). Samoprocjena pristupačnosti zdravstvene ustanove obavljat će se putem upitnika (*on-line* aplikacija nadopunjena uputama za primjenu), a imenovani međusektorski tim unutar ustanova provodit će procjenu stanja pristupačnosti i utvrditi listu potreba po odjelima, građevinama i u vanjskom prostoru. Temeljem prikupljenih podataka i identificiranih potreba izradit će se prijedlog Plana uspostave pristupačnog zdravstvenog objekta osobama s invaliditetom. Plan treba biti sveobuhvatan, uključujući potrebne edukacije (primjerice stručno zdravstveno osoblje treba naučiti znakovni jezik i sl.), građevinske i ostale radove te opremu. Postojeće stanje pristupačnosti sustava zdravstva osobama s invaliditetom i Prijedlog plana uspostave sustava prikazat će se nadležnim institucijama/vlasnicima/korisnicima/upraviteljima. Ovakom (ujednačenom metodologijom) prikupljene informacije (na razini Hrvatske) bit će podloga za zahtjeve prema Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (HZZO-u), Ministarstvu nadležnom za područje zdravstva (MIZ-u) i Vladi (EU fondovima) nabavke opreme, ugovaranja usluge i unaprjeđenja pristupačnosti sustava zdravstva osobama s invaliditetom. Prikupljeni podatci bit će obrađeni i sistematizirani na način da se mogu koristiti za izradu projektne dokumentacije za prijavu na EU fondove u svrhu rješavanja problema pristupačnosti sustava zdravstva OSI u Republici Hrvatskoj. Svakoj županiji/gradu uručit će se izrađena idejna projektna dokumentacija na daljnje

postupanje (kao npr. prijava EU fondovima). Kontinuirano će se provoditi medijska promocija teme pristupačnosti sustava zdravstva osobama s invaliditetom i zdravog urbanog planiranja te pratiti realizacija projekata unaprjeđenja pristupačnosti sustava zdravstva na više razina - od uklanjanja fizičkih barijera, prilagodbe medicinske opreme do komunikacije s OSI i povećanja razine njihove informiranosti. Pokazatelji praćenja pristupačnosti koji bi ukazivali na razvoj sveopće pristupačnog sustava zdravstva bili bi: ukupan broj rekonstruiranih (u potpunoj upotrebi) prostora i građevina u sustavu zdravstva, smanjenje broja zapreka u prostoru sustava zdravstva, razina opremljenosti adekvatnom opremom, smanjenje broja nesreća, ozljeda, bolesti, bolovanja na radu stručnog osoblja u sustavu zdravstva i povećanje broja posjeta i specijalističko-konzilijarnih usluga sustava zdravstva koje koriste osobe s invaliditetom.



Sl. 1. Shematski prikaz procesa procjene pristupačnosti zdravstvenih ustanova

RASPRAVA

Izgradnja građevina koje omogućavaju slobodno i samostalno kretanje i korištenje svima uz dobro planiranje i projektiranje može se napraviti za istu svotu novaca kao i bilo koja druga današnja građevina koja ne udovoljava standardima pristupačnosti! Na visinu

troškova pristupačne gradnje ne utječu primjerice: ulazi i izlazi bez pragova, ispravna ugradnja rubnjaka uz pješačke prelaze, projektiranje u skladu načela univerzalnog dizajna (engl. "design for all"), izrada prostornih planova u kojima se definira uređenje prostora itd. Veći troškovi gradnje pristupačnih građevina i zgrada javljaju se primjerice kod: potrebe za gradnjom dizala i rampi, potrebe za većim "manevarskim" prostorom, ugradnje opreme koja omogućava nesmetano i samostalno korištenje (kao npr. vrata koja se sama otvaraju), ali najskuplji od svega su naknadni popravci i rekonstrukcije na zgradi radi osiguranja pristupačnosti.

Još davne 1982. godine donesen je Pravilnik o prostornim standardima, urbanističko-tehničkim uvjetima i normativima za sprječavanje stvaranja arhitektonsko-urbanističkih barijera (14), koji nije bio u obveznoj primjeni! Posljedica toga jest izostanak etičkog i moralnog odnosa prema gradnji u prvom redu stručnjaka iz tehničkih struka (projektanti, nadzorni inženjeri i izvođači radova). Zakazali su i investitori. Rezultat svega navedenog je postojanje velikog broja zapreka kako u životu osoba s invaliditetom, tako i drugih osoba te nepristupačnost i zdravstvenih i drugih svakodnevnih usluga potrebnih stanovnicima.

Pristupačnost sustava zdravstva osobama s invaliditetom i pristupačnost prostornog uređenja i gradnje može se postići uključivanjem ciljeva nediskriminacije, socijalnog uključivanja i njihove implementacije u sve dokumente prostornog uređenja jedinica lokalne i državne uprave, donošenjem propisa i provođenjem dokumenata prostornog uređenja koji promiču pristupačnost, primjenom univerzalnog dizajna u radu sudionika u gradnji, edukacijom stručne i opće javnosti te razvojem svijesti o našoj pripadnosti prostoru i zajednici.

U kontekstu univerzalne pristupačnosti najveći izazov nije samo financijski trošak, već učinkovitost i brzina izmjene dosadašnjih pristupa i regulacijskih okvira na lokalnoj i nacionalnoj razini, kao što su npr. dokumenti prostornog uređenja te ostali dokumenti jedinica lokalne i regionalne samouprave koji imaju odredbe o obvezi osiguranja pristupačnosti prostora i građevina osobama s invaliditetom u svim sektorima te jasni standardi pristupačnosti vezano uz medicinsku opremu na nacionalnoj razini. Značajna je uloga tehničke struke u poboljšanju pristupačnosti i unaprjeđenju kvalitete života osoba s invaliditetom (razmjena znanja, potreba i iskustva za istim stolom između OSI i tehničke struke). Važno je osnaživanje OSI njihovim uključivanjem u tehničke preglede građevina, ali i u procese unaprjeđenja pristupačnosti u sustavu zdravstva.

ZAKLJUČAK

Uspostava mehanizama procjene i samoprocjene pristupačnosti sustava zdravstva OSI unaprijedit će kako neovisnost i kvalitetu življenja OSI tako i kvalitetu i učinkovitost sustava zdravstva (pružanje potrebama primjerenih zdravstvenih usluga). U procesu unaprjeđenja pristupačnosti sustava zdravstva OSI ključna je intersektorska suradnja. Uz zdravstvene djelatnike i OSI posebnu će ulogu imati tehnička struka i ostali sudionici u gradnji: investitori, projektanti, urbanisti, revizori, izvođači, nadzorni inženjer koji se nužno trebaju pridržavati Pravilnika i ostalih zakonskih dokumenata.

Analizom trendova možemo predvidjeti da će i u Hrvatskoj i u svijetu kontinuirano rasti broj OSI različitih kategorija pa je stoga nužno izraditi i staviti u primjenu alate i tehnologije samoprocjene pristupačnosti sustava zdravstva OSI kao i pripadajuće planove sanacije utvrđenog stanja. Unaprjeđenje pristupačnosti sustava zdravstva donijet će višestruku korist u prvom redu OSI i njihovim obiteljima kojima će sustav i usluge biti pristupačniji, ali i zdravstvenim djelatnicima koji će lakše i učinkovitije pružati skrb. Osnivačima i financijerima zdravstvenog sustava uloženo će biti višestruko vraćeno povećanjem učinkovitosti i unaprjeđenjem kvalitete rada u sustavu zdravstva. I na kraju, vezano uz progresivan trend starenja populacije, svakako korist ima i šira zajednica, jer ovim pristupom sustav zdravstva prilagođavamo potrebama „najbrže rastuće“ populacijske skupine u Republici Hrvatskoj.

L I T E R A T U R A

1. WHO. Izvješće o invaliditetu, 2011; [350 stranica]. Dostupno na URL adresi: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf. Datum pristupa informaciji: 10. rujna 2017.
2. Castro SS, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. *Cad Saude Publica* 2008; 24(8): 1773-82.
3. Konvencija Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom, 2006; [28 stranica]. Dostupno na URL adresi: http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf. Datum pristupa informaciji: 10. rujna 2017.
4. Internetska stranica. Pravobraniteljica za osobe s invaliditetom; [10 ekrana/stranice]. Dostupno na URL adresi: http://posi.hr/index.php?option=com_content&view=article&id=273&Itemid=165. Datum pristupa informaciji: 12. rujna 2017.
5. WHO, Regional Office Europe, Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century, 2013; [190 stranica]. Dostupno na URL adresi: <http://www.euro.who>

int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf. Datum pristupa informaciji: 14. rujna 2017.

6. Merrel J, Cert T, Kinsella F, Murphy F, Philpin S, Ali A. Accessibility and equity of health and social care services: exploring the views and experiences of Bangladeshi carers in South Wales, UK. *Health Soc Care Community* 2006; 14(3): 197-205.

7. 20. Sajam zdravlja s međunarodnim sudjelovanjem, Vinkovci, 15.-17. 04. 2016.: Sajamski vodič, zbornik radova i izvješća sa sajma, Vinkovci, Grad Vinkovci, 2016; 81-164.

8. Republika Hrvatska. Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine. *Narodne novine* 2007: 63. Dostupno na URL adresi: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2007_06_63_1962.html. Datum pristupa stranici:

9. Republika Hrvatska. Pravilnik o osiguranju pristupačnosti građevina osobama s invaliditetom i smanjene pokretljivosti. *Narodne novine* 2013: 78. Dostupno na URL adresi: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_06_78_1615.html. Datum pristupa stranici: 14. prosinca 2018.

10. Hrvatska komora arhitekata i inženjera u graditeljstvu. Kodeks strukovne etike hrvatskih arhitekata i inženjera u graditeljstvu. *Narodne novine* 1999: 40. Dostupno na URL adresi: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/full/1999_04_40_814.html. Datum pristupa stranici: 14. prosinca 2018.

11. Hrvatska komora arhitekata. Kodeks strukovne etike članova Hrvatske komore arhitekata. *Narodne novine* 2010: 93. Dostupno na URL adresi: <https://www.arhitekti-hka.hr/files/file/komora/akti/kodeks/Kodeks%20strukovne%20etike%20%C4%8Dlanova%20HKA.pdf>. Datum pristupa stranici: 14. prosinca 2018.

12. Republika Hrvatska. Zakon o prostornom uređenju. *Narodne novine* 2013:153. i 2017:65. Dostupno na URL adresi: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2017_07_65_1494.html. Datum pristupa stranici: 14. prosinca 2018.

13. Republika Hrvatska. Zakon o gradnji. *Narodne novine* 2013:153 i 2017:20. Dostupno na URL adresi: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2017_03_20_456.html. Datum pristupa stranici: 14. prosinca 2018.

14. Republika Hrvatska. Pravilnik o prostornim standardima, urbanističko tehničkim uvjetima i normativima za sprečavanje stvaranja arhitektonsko-urbanističkih barijera. *Narodne novine* 1982:47. Dostupno na URL adresi: <http://www.propisi.hr/print.php?id=1335>. Datum pristupa stranici: 14. prosinca 2018.

SUMMARY

PERSONS WITH DISABILITY – TEST OF THE HEALTH SYSTEM ACCESSIBILITY

S. ŠOGORIĆ, M. SANKOVIĆ¹, V. ŠTEFANČIĆ² and K. VITALE

University of Zagreb, School of Medicine, Andrija Štampar School of Public Health, Zagreb, ¹Vinkovci Department of Urban Planning, Construction and Environmental Protection, Vinkovci and ²Croatian Institute of Public Health, Division of Public Health, Zagreb, Croatia

Accessible construction is acceptable and represents direct investment in the infrastructure, as well in the healthcare system, while the infrastructure is used for more than 80 years. In many EU Member States, construction of accessible buildings has been supported by additional financial resources. Implementation of the framework for the quality of life improvement of persons with disabilities in the Republic of Croatia is in line with international standards. These include the principles of fundamental human rights, i.e. the principle of non-discrimination. In order to achieve this principle, it is necessary to provide access to healthcare system to persons with permanent or temporary disabilities and sensory, intellectual and psychosocial difficulties. Accessibility of the healthcare system includes both spatial availability and 'specialized' (medical services and equipment) availability within departments, health units and institutions, with the main goal to provide comprehensive healthcare service for people with disabilities. Very important is the role of stakeholders in the construction industry and intersectional co-operation. The first step in achieving accessible healthcare system for people with disabilities is to assess and define the level of accessibility of healthcare institutions. Therefore, it is necessary to develop the tools, techniques and technologies for assessment and subsequent evaluation in accordance with legal regulations, such as questionnaire for (self)assessment of the accessibility of healthcare institutions for persons with disabilities, and an IT program for data processing. This can lead to development of an action plan, i.e. framework for improvement of accessibility of healthcare institutions for persons with disabilities. As the ultimate result of the establishment of this process, the healthcare system will increase its accessibility to persons with disability and enhance their independence and quality of life. It will also improve the overall system quality and efficiency through provision of appropriate healthcare services.

Key words: accessibility, healthcare system, people with disabilities, healthy urban planning, universal design