

## VLOGA IN MESTO SLOVENSKEGA INSTITUTA ZA GERONTOLOGIJO IN GERIATRIJO V LJUBLJANI

V novembru 1966. leta smo ustanovili v Ljubljani Institut za gerontologijo in geriatrijo, ki je ne le prvi te vrste v Sloveniji, temveč prvi v Jugoslaviji. Z otvoritvijo tega instituta se uvršča tudi naša država med večino evropskih držav, ki imajo zelo različno zasnovane gerontološko-geriatrične institute: nekateri imajo le raziskovalni karakter, drugi so usmerjeni le k preventivi staranja ali pa k terapiji starostnih obolenj, nekateri instituti so le nekakšni statistično-ekonomski centri za probleme starih prebivalcev posameznih držav i.t.d.

Čeprav imamo Slovenci izredno, večstoletno tradicijo na področju starostnega skrbstva, sega historijat ustanovitve Instituta za gerontologijo in geriatrijo le nekaj let nazaj.

V maju 1961. leta je bila prvič izražena misel, da bi morali ustanoviti nek metodološki center za vse obče potrebe gerontoloških služb, ob priliki prvega seminarja upravnikov domov za stare v Sloveniji. Vsi prisotni, tako predavatelji, kakor tudi udeleženci tega seminarja smo čutili, da smo priča prvih korakov na poti do ustanovitve take institucije. V tem obdobju se je pri takratnem Sekretariatu za socialno varstvo osnovala tudi komisija za gerontološka vprašanja v Sloveniji, ki je idejo o ustanovitvi takega metodološkega gerontološko-geriatričnega centra vsestransko podprla. Oktobra leta 1962 je sklenil Svet doma na Bokalcah, da nudi svoje ubikacije na razpolago programiranemu gerontološko-geriatričnemu centru ter je z lastnimi sredstvi dal izdelati tudi idejne elaborate (gradbeno-tehnične kakor tudi strokovno-metodološke) za leto dni prej zasnovani center.



Komisija za gerontološka vprašanja pri takratnem Sekretariatu za SRS je na svojih rednih sejah dalje razvijala idejo o ustanovitvi gerontološko-geriatričnega centra, najbolj intenzivno pa je prav gotovo sodelovala v prvih mesecih leta 1964 s Sekretariatom za socialno varstvo, ko se je izdeloval elaborat Republiškega zavoda za zdravstveno varstvo SR Slovenije o varstvu starostnikov, ki je bil poslan v proučitev Ljudski skupščini SRS. Socialno-zdravstveni zbor Skupščine socialistične republike Slovenije je na svoji redni seji dne 27/4-1964. leta napravil zaključke v zvezi z varstvom ostarelih oseb v republiki ter izdal ustrezen sklep in izdelal program razvoja gerontološko-geriatrične dejavnosti v republiki. V teh sklepih je precizirana točka, ki jo povzemam in extenso:

"Potrebno je formirati gerontološko-geriatrični center (beri Institut - podčrtal avtor), katerega prvenstvena naloga bi bila vzgoja potrebnega kadra. V ta namen naj bi se čimprej realiziral že obstoječ načrt za ustanovitev takega centra na Bokalcah."

Poleg te točke v sklepih, so še nadaljne druge, ki nakazujejo način reševanja problema starejših oseb na področju naše republike.- Moram povdariti, da je večina od nakazanih točk v programu v zvezi z varstvom starejših oseb že v določeni stopnji na poti do realizacije.

V oktobru 1964. leta je bila predlagana in sprejeta slovenska organizacijska shema reševanja gerontološko-geriatričnih problemov, ki naj bi veljala za celotno področje Jugoslavije. Takrat se je namreč vršil v Opatiji prvi jugoslovanski geriatrični simpozij. 26.XI.1965 je sklenil Strokovni kolegij kliničnih bolnišnic v Ljubljani, da ustanovi Gerontološko-geriatrični institut, ta sklep strokovnega kolegija je v marcu 1966 potrdil Svet kliničnih bolnišnic, 28.IV.1966 je Uradni list SRS uzakonil obstoj instituta v sklopu Kliničnih bolnišnic in končno 25.XI.1966. leta je pričel formalno praktično poslovanje Gerontološko-geriatrični institut



s svojim bolniškim oddelkom. Ubikacijske prostore pa je dobil Institut za gerontologijo in geriatrijo ob ukinitvi dotedanje Ftiziološke klinike, ki je bila inkinjena po sklepu Priporočil Ljudske skupščine SRS, zaradi že izražene predimenzioniranosti antituberkuloznih ubikacij.

Vloga in mesto Instituta za gerontologijo in geriatrijo je bila že ponovno razčlenjevana, ob ustanovitvi sami pa je postalo jasno, da je najbolj umestno realizirati tisti predlog, ki je bil podan že na prvem seminarju upravnikov domov za stare v letu 1961:

Gerontološko-geriatrični institut mora delovati kot pedagoško-izobraževalna institucija za potrebe gerontološko-geriatrične dejavnosti, kot znanstveno - raziskovalna institucija iz področja geriatrije, tretja hospitalna funkcija pa mora spričo majhnega posteljnega fonda zadostiti predvsem prvim dvem naštetim nalogam.

## I. PEDAGOŠKO-IZOBRAŽEVALNA FUNKCIJA INSTITUTA

Ta funkcija instituta je prav gotovo najbolj važna, saj smatramo, da bi z večjo strokovnostjo razpoložljivih kadrov mogli že danes mnogo bolje reševati probleme na naših gerontoloških institucijah - predvsem v domovih za stare.

Izobraževanje nižjega in srednjega medicinskega strokovnega kadra predvsem iz področja nege bolnika je že danes na Institutu za gerontologijo in geriatrijo v polnem teku. Urejeno je redno podiplomsko izobraževanje negovalcev iz Domov za stare v Sloveniji, kar je bilo urejeno po posvetovanju vseh upravnikov domov za stare v mesecu decembru 1966 v Ljubljani. Po organizacijskih pripravih je to podiplomsko izobraževanje negovalcev domov za stare steklo 1/2-1967, ki bo trajno in neprekinjeno. Po končanem prvem tečaju, na katerem se bodo zvrstili vsi negovalci iz domov za stare, bomo pričeli z drugim nadaljevalnim tečajem. Omenjeni tečaji za



negovalce so v bistvu podiplomski tečaji iz nege bolnika s praktičnim in teoretičnim delom, sočasno pa prisotni negovalci poslušajo tudi nekaj predavanj s splošno gerontološko-geriatrično vsebino.

Praktične vaje iz predmeta "Nega bolnika" vrše na Institutu za gerontologijo in geriatrijo tudi gojenke naslednjih srednjih in višjih medicinskih šol: Šole za otroške negovalke, Babiške šole, Srednje in višje šole za medicinske sestre. Prav tako so na našem inštitutu že sedaj na praksi študentje II. semestra medicinske fakultete. iz predmeta "Nega bolnika", kakor tudi študentje III. in IV. letnika iz predmeta "Interna medicina".

Lahko bi Inštitut razvijal pedagoško izobraževalno dejavnost tudi za negovalce, za potrebe nege na domu, lahko bi izobraževal tudi kadre Rdečega križa za pomoč starim ljudem, lahko bi koreliral in usmerjal delovanje mnogih družbenih delavcev (sociologov, arhitektov, ekonomistov, urbanistov, zdravnikov itd.) na področju gerontoloških dejavnosti - seveda, če bi imel za to ustrezne ubikacijske pogoje. Menimo, da bo ta dejavnost dejansko popolna šele takrat, ko bo imel Inštitut svojo predavalnico ter vse potrebne stranske prostore, ki so nujni za izvedbo takega širokega programa. Pripominjam pa, da pričenjamo v mesecu marcu letos že z rednimi seminarji tudi z zdravniki, ki delajo v domovih za stare.

Zgoraj je bilo že omenjeno, da imajo praktične vaje na Institutu za gerontologijo in geriatrijo tudi medicinci ljubljanske medicinske fakultete. Institutu je bil namreč že v juniju 1966 od strani organov Medicinske fakultete priznan status učne baze za pouk iz predmetov "Nega bolnika" in "Interne medicine".

## II. ZNANSTVENO-RAZISKOVALNA DEJAVNOST INSTITUTA ZA GERONTOLOGIJO IN GERIATRIJO

Z ozirom na sedanje pogoje dela bomo lahko razvijali znanstveno-raziskovalno dejavnost zaenkrat le iz



področja geriatrije. V programu je raziskovanje arterioskleroze - predvsem, kar se tiče patološkega prenavljanja maščob z ozirom na naše slovenske prilike, kakor tudi s področja tromboze; zadnje imenovani program raziskovanja problemov tromboze bo polno razvit z dokončno opremljenostjo koagulacijskega laboratorija. Pripominjamo, da smo preko Sklada Borisa Kidriča prevzeli obveznost skupno z Nevrološko kliniko v Ljubljani, za raziskovanja na področju cerebralne tromboze v starosti. Razumljivo je, da je nemogoče razvijati raziskovanja iz drugih področij gerontološke znanosti in to zopet zaradi pomanjkljivih prostorninskih (laboratorijskih) kapacitet, kakor tudi zaradi pomanjkanja ustreznih kadrov. Ne misliti, da ustreznih kadrov Institut ne bi mogel dobiti za raziskovalno dejavnost na področju gerontologije, problem je predvsem v plačevanju takih kadrov. Dokler bo plačevanje kadrov na Institutu vezano le na Zavod za socialno zavarovanje v zvezi s hospitalno dejavnostjo Instituta, toliko časa Institut prav gotovo ne bo mogel imeti kadrov, ki bi se orientirali prvenstveno na raziskovanje problemov iz področja eksperimentalne in socialne gerontologije, pa tudi geriatrije. Vsekakor bo treba najti ustrezna pota za financiranje znanstvenoraziskovalnega dela na področju gerontologije, sicer ni mogoče računati z večjim napredkom gerontološke znanosti v naši republiki.

### III. HOSPITALNA FUNKCIJA INSTITUTA ZA GERONTOLOGIJO IN GERIATRIJO

Institut razpolaga na svojem hospitalnem oddelku z 71 posteljami. Bolnike sprejema v zdravljenje preko S.I.S. na Polikliniki, to pa iz razloga, ker je Hospitalni oddelek po sestavi visokega medicinskega osebja (zdravnikov) orientiran v internistično dejavnost. Hospitalni oddelek je sicer dobro organiziran ter deluje za začetek na zadovoljivem strokovnem nivoju, manjkajo pa mu prepotrebni prostori za suho fizikalno terapijo in delovno terapijo, ki sodita med nepogrešljiv sestavni del vsakega geriatrično orientiranega hospitala. Pogoji za sprejem v Institut za gerontologijo in geriat-



ríjo na zdravljenje ni bolnikova starost. Vsekakor je orientacija za sprejem medicinsko-geriatrični problem, kakor tudi splošno-internistični problem zaupanih nam bolnikov. Poudarjamo, da letnica starosti ni indikator sprejema: kajti po podatkih, s katerimi razpolagamo, je že danes na vseh internističnih hospitalnih oddelkih Slovenije preko 30 % bolnikov starejših od 50 let; celo na Interni kliniki v Ljubljani, ki je vodilni internistični zavod v republiki, je lansko leto znašala v mesecu februarju povprečna starost bolnikov 51,8 let. Že iz teh podatkov je razumljivo, da 71 postelj za starejše internistične bolnike v Sloveniji v bistvu zelo malo pomeni v geriatrično-hospitalni dejavnosti. Ne glede na to, da je Institut za gerontologijo in geriatrijo internistično urejen, pa je treba pripomniti, da geriatrija ne sodi le na področje interne medicine, prav tako sega tudi v področje kirurgije, urologije, nevrologije, okulistike, dermatologije, kjer iz leta v leto prav tako narašča procent starih bolnikov.

Če bi geriatrična hospitalna institucija vzela letnico starosti kot pogoj za sprejem, potem bi moral iz stališča splošne geriatrije v bistvu duplirati celotno mrežo hospitalnih ustanov, kar pa prav gotovo ni in ne more biti naš cilj. Že ponovno je bile poudarjeno in sprejeto načelo, da sodi n.pr. starejši očesni bolnik v roke okulistu in sodi na zdravljenje na okulistični hospitalni oddelek, nevrološki oddelek pa naj sprejema starejše nevrološke bolnike itd. - skratka, vsak, tudi starejši bolnik sodi v roke ustreznemu specialistu, ne pa v roke nekakšnemu vsepotentnemu geriatru, ki v nobenem primeru ne more obvladati danes že tako široko razvejane medicine. Pa tudi iz humanih razlogov je pravilneje, da je starejši človek tudi za čas bolezni - ne same ob zdravju - sprejet v krog mlajših ljudi. Samostojne geriatrične bolnišnice zato danes na svetu v nekaterih deželah že opuščajo, ponekod pa se dobile prav te bolnišnice strašen pridevek "prekrematorijum" zaradi visoke umrljivosti. V potrdilo temu naj navedem podatek nemškega geriatra Störmer-ja, ki je navedel,



Da umre v geriatrični bolnišnici v München-u 26 % vseh sprejetih bolnikov medtem, ko je umrljivost v vseh ostalih bolnišnicah 5 %-na. Prav ta zadnji podatek je razlog, da se danes branijo bolni starejši ljudje sprejema na ta ali njemu podobne geriatrične oddelke.

Danes se smatra, da je v 32 domovih za stare, kolikor jih imamo Slovenci, - najmanj 50 - 60 % kroničnih nepokretnih bolnikov. Če bi hoteli vse te bolnike razmestiti po bolnišnicah, potem bi morali kreirati najmanj 1600 novih bolniških postelj. Vemo pa, da to ni mogoče ne same iz finančnih razlogov, katerih prav gotovo ne smemo podcenjevati, predvsem pa je to nemogoče že iz samega dejstva, ker kronični bolniki v taki fazi obolenja, v kakršni se danes nahajajo po domovih za stare, nujno potrebujejo le intenzivno nego in občasne preglede zdravnika, ki ordinira trajno terapijo. Prav zaradi tega mislimo, da je pedagoška dejavnost Instituta za gerontologije in geriatrijo tista primarna, ki bi nudila posredno oskrbovancem domov za stare svoje humano dejavnost preko kurzistov, ki so na praksi v Institutu za gerontologije in geriatrijo.

Zaradi navedenih dejstev ne smemo Instituta za gerontologijo in geriatrijo s svojim hospitalnim oddelkom napraviti za krnčnikarij ali nekakšno boljso hiralnico, kajti ob tolikšnem številu krnčničnih nepokretnih bolnikov, kot jih je danes v Sloveniji - 71 bolniških postelj dejansko ne pomeni ničesar. Prav zato je iz vsega dosedaj navedenega stremljenje celotnega osebja Instituta za gerontologijo in geriatrijo usmerjeno v izobraževanje kadrov, znanstveno raziskovalno dejavnost medtem, ko je tretja - hospitalna dejavnost - nujno potrebna, da lahko nemoteno in dobro opravimo prvi dve nam zaupani nalogi.

Želje in volja do dela vseh sodelavcev Instituta za gerontologijo in geriatrijo je prav gotovo usmerjena k veliki humani dejavnosti v skrbi za stare prebivalce naše domovine. Zaveda se pa tudi celotni kolektiv Instituta za gerontologijo in geriatrijo, da zaupanih nalog ne bo mogel izvršiti v polni meri.



in to vse dotlej, dokler bo za vso svojo raznoliko dejavnost dobival le ona denarna sredstva, ki jih daje Zavod za socialno zavarovanje za hospitalno dejavnost, ki so tudi namembna le za delo z bolniki. Prav zaradi tega bo treba, kot je bilo že povedano, prej ali slej pristopiti še k realizaciji sredstev iz drugih virov, ki bodo omogočala polno razvijanje dela Instituta.

Kljub težavam, ki spremljajo vsako novo institucijo pa menimo, da je že sedaj Institut dokazal, kako nujna je bila potreba po taki instituciji v Sloveniji, ki bo v doglednem času koristila v pedagoško-izobraževalnem in znanstveno-raziskovalnem delu ne le starejšim prebivalcem Slovenije temveč vsej Jugoslaviji.

Janko Perat

#### VARSTVO OSTARELIH V SR SLOVENIJI

V zadnjih letih, predvsem v letih po drugi svetovni vojni smo priče takorekoč eksplozivnemu porastu števila prebivalcev starih nad 60 let. Ta pojav je nastal zaradi splošnega porasta dolgotrajnosti življenja. Življenska doba se je od pračloveka do danes več kot štirikrat povečala, saj je bila povprečna dolgotrajnost življenja pračloveka 19 let, v času Oktaviana Avgusta 23 let. Leta 1910 je novorojenec na Slovenskem smel upati, da bo živel 30 let. Toda že leta 1931 se je življenska doba Slovencev povečala na 53 let, danes pa je povprečna dolgotrajnost življenja v Sloveniji 63,8 let pri moških in 72,2 let pri ženskah. Tako se je povprečna življenska doba v zadnjih petdesetih letih še enkratno povečala. Več v petdesetih letih kot prej v desettisočih letih.

Povečala se je zaradi vsesplošnega izboljšanja življenskih razmer, higienskih prilik, izobrazbe, pre-



hrambenih in rekreativnih navad ter napredka medicine. K proporcionalnemu številčnemu povečanju prebivalcev starejšega obdobja pa je naposled prispeval tudi občutni padec natalitete. Lato danes stojimo pred problemom ostarelega prebivalstva in vedno večjo potrebo sistematičnega ter strokovnega reševanja tega problema.

Šteje se, da je staro tisto prebivalstvo, ki ima nad 7 % prebivalstva starih nad 65 let in izpod 30 % prebivalcev starih izpod 15 let.

Prebivalstvo Slovenije je postalo "staro" sočasno z razvitimi predeli severne in zahodne Evrope, saj je že leta 1931 doseglo mejo 7 %. Leta 1961 pa je bilo 7,8 % prebivalcev Slovenije starih nad 65 let in 20,52 % prebivalcev izpod 15 let. V tem se vidi, da proces staranja Slovencev ne poteka samo pri vrhu, saj je še bolj intenziven na dnu starostne piramide zaradi nizke natalitete kot pa pri vrhu. Na svetovni lestvici starih prebivalcev smo med prvimi petimi deželami z najstarejšim prebivalstvom. Mi se tega dejstva premalo zavedamo. Proces staranja se sicer razvija počasi, skoro neopazno, a ima v daljšem razdobju neizbežne posledice. Staro prebivalstvo narašča po svoji številnosti absolutno kot tudi relativno. Bolj nazorno prikazuje proces staranja naslednja tabela:

| Leto                                                     | 1869 | 1910 | 1931 | 1953 | 1961 | 1971<br>(perspekt.) |
|----------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|---------------------|
| celotno prebivalstvo Slo<br>venije v ooc                 | 1129 | 1321 | 1144 | 1466 | 1591 | 1707                |
| staro prebivalstvo Slo-<br>venije 60 in<br>več let v ooo | 96   | 137  | 121  | 158  | 196  | 250                 |
| V odstotkih                                              | 8,5  | 10,4 | 10,6 | 10,8 | 12,3 | 14,7                |
| =====                                                    |      |      |      |      |      |                     |



Iz gornje tabele je razvidno, da se je celokupno prebivalstvo Slovenije povečalo za 67 %, medtem, ko se je "staro" prebivalstvo povečalo za 160 %.

Kaj je pravzaprav starost in kdaj se pri človeku začne? Hipokrat je postavil 43. leto kot vrhunec življenja in 61. leto kot začetek staranja. Toda če se je Hipokrat zelo približal resnici v tem, da je postavil 43. leto kot vrhunec življenja, pa je treba vzeti letnico 61 z velikim pridržkom, ker je pri posameznikih zelo različna, čeprav je po drugi strani kot konvencionalna, splošna meja še vedno veljavna, saj se v demokratskih študijah postavlja ta meja na 60. ali 65. leto.

Staranje je zelo težko definirati. Iz fiziološkega stališča lahko rečemo, da je staranje doba, ko začnejo vidno upadati naše telesne zmogljivosti, to je okrog 60. leta. Involucija sicer lahko nastopi tudi prej, vendar v teh primerih govorimo o patološkem staranju. Staranje iz socialnih aspektov pa je doba življenja, ko je človek v svojih socialno-ekonomskih potrebah vedno bolj odvisen od pomoči drugih. Iz psiholoških vidikov pa je staranje doba senzoričnih in intelektualnih funkcij ter zmanjšana sposobnost za prilagajanje novim situacijam.

Vsi naštetni znaki, ki opozarjajo, da je nastopila starost pa ne nastopajo istočasno pri posamezniku, zato je treba starost jemati zelo obzirno in strogo individualno. Mnogo imamo dokazov, da pešanje fizioloških funkcij, pomeni sočasen vzpon umskih sposobnosti, toda po drugi strani nam zdravstvene statistike dokazujejo, da približno 60 % starih nad 60 let trpi zaradi obolenj, ki so značilne za dobo involucije.

Staro prebivalstvo pa predstavlja za družbo zaradi številnosti, zaradi kvalitetnih razlik, ki jih kaže napram ostalemu prebivalstvu in naposled tudi zaradi posledic evolucije družine problem, ki neizbežno terja posebne ukrepe socialne politike.

To so vprašanja gmotne preskrbe, hišne pomoči, nege



in zdravljenja, prehrane, prekvalifikacije in nadaljnega vključevanja v proizvodni proces, podaljševanje družbene aktivnosti in skrb za rekreacijo ter končno problem nastanitve starostnikov po domovih. Medtem, ko ugotavljamo, da smo na področju varstva otrok že nekaj naredili, pa lahko rečemo, da smo na področju varstva starostnikov komaj v zadnjih par letih zaorali v ledino in da so vse dežele s starostnim sestavom podobnim našemu daleč pred nami.

Naj omenim samo problem nadaljnega vključevanja starostnikov v proizvodni proces, ki je pomemben ne samo iz psiho- socialnih vidikov ohranjanja čim boljšega mentalnega zdravja starostnikov, temveč je in bo vedno bolj pomemben iz čiste ekonomske računice proizvodnje. Na tem področju trenutno delamo nekaj popolnoma nasprotnega : z nenaravnim velikim številom preranih administrativnih upokojitev oseb, ki so takorekoč še vedno na vrhuncu svojih fizičnih in umskih sposobnosti, povečujemo število nezadovoljnejšev, ki polagoma a neizbežno vedno globlje lezejo med alkoholike in preklinjajo svojo usodo.

Vse preradi pozabljam, da lahko doseže duševna produktivnost najvišjo stopnjo, ko so telesne funkcije že hudo oslabiljene. Pri starih ljudeh kaj radi prezremo nakopičeno izkustvo, sposobnost treznega presojanja, uravnovešenost, psihofizično umirjenost in utrjene delovne navade, ki so pozitivno, neizkoriščene značilnosti starostnikov in starostnic, ki omogočajo njihovo sodelovanje na mnogih področjih družbenega udejstvovanja.

Medtem pa imajo drugod po deželah razvitega sveta dobro vpeljane socialne službe svetovanja in posredovanja zaposlitev za starejše osebe.

Tudi ostale službe in dejavnosti za starostnike so slabo razvite in brez posebnega sistema. Službe hišne pomoči (home helping) za starostnike ni še nikjer. Nega bolnika (home nursing) je organizirana po večjih centrih v okviru zdravstvene službe in velja za vse bolnike nasploh. Pa tudi ta služba se ubada z stalnimi finančnimi težavami in ne dovoljnim



razumevanjem službe socialnega zavarovanja, čeprav je njena ekonomičnost v primerjavi s cenami oskrbnih dni v bolnicah več kot očitna. Z družbenim in kulturnim razvedrilom starostnikov se ukvarjajo samo društva upokojencev, v športnih rekreativnih aktivnostih pa najdemo starejše aktivne člane samo med planinci in lovci. Toda tudi v teh društvih so starostniki prepuščeni samim sebi in svoji sposobnosti prilagajanja zahtevam članstva. Ni mi znan primer, da bi planinsko društvo organiziralo n.pr. srečanje 60.letnikov na Komni, 70 letnikov na Rakitni in podobno. Nadalje ugotavljam, da je organizacija raznašanja prehrane na dom ali organizacija službe za dnevno bivanje starostnikov zaenkrat v fazi prvih poizkusov.

Vzroke za to moramo iskati v objektivnih dejstvih kot so : še vedno nerazvite socialne službe, kadri z nezadovoljivo strokovnostjo, nezadostna finančna sredstva in pa jako ekstenzivna in slaba urbanizacija Slovenije, vsled česar so mnogi poizkusi za ustanovitev posameznih služb obsojeni v neuspeh, ker bi bile te službe ekonomsko nevzdržne.

Vzroki so tudi subjektivne narave: mislim, da bi v obstoječih družbenih in ekonomskih prilikah mogli napraviti mnogo več kot smo naredili, če bi problem varstva starostnikov iztrgali stihiji, ga enotnejše ter bolj strokovno obravnavali in usmerjali. Nekaj let sem je bil pri Republiškem sekretariatu za zdravstvo in socialno varstvo stalen svetovalec za gerontologijo in posebna komisija za to področje. V tem obdobju je bilo več razprav in sproženih mnogo koristnih pobud za razvoj in enotnejše obravnavanje gerontoloških problemov.

Zdaj te službe v tej obliki pri Republiškem sekretariatu za zdravstvo in socialno varstvo ni več. Dobili pa smo novo ustanovo - gerontološki-geriatrični inštitut, ki naj bi bil pobudnik in usmerjevalec bolj strokovnega ter enotnejšega pristopa k gerontološkim problemom, ne samo na strokovno medicinskem, temveč tudi na sociološko, socialnem področju.



Zdi se mi pa tudi, da so zreli pogoji za ustanovitev in delovanje posebnega gerontološkega društva, katero naj bi združevalo vse strokovne in družbene delavce, ki se v praksi srečujejo in rešujejo probleme s področja gerontologije. V množici društev, ki jih je imamo, bi tako društvo prav gotovo našlo svoj *raison d'être*, saj bi bilo tako društvo koristna tribuna izmenjave mnenj, strokovnega napredka in popularizacije gerontoloških problemov. Želim, da bi ta pobuda našla v strokovnih krogih, ki jim je "Vestnik" namenjen potreben odziv.

Mnogo več tradicij, kot na ostalih področjih varstva starostnikov, imamo na področju domskega varstva. Saj segajo tradicije nič manj kot v leto 1280. V tem letu zgodovinske listine omenjajo ustanovitev Hospitala v Ljubljani, ki je stal na mestu zgradbe na Rimski cesti 3. Ta hospital je sprejemal stare in onemogle podložnike nemškega viteškega reda, ki je zavod ustanovil. Nadalje v listi datirani z dnem 22. julija 1326 prvič omenja meščanski špital v Ljubljani. Vendar je v listini govora o skrbniku, medtem, ko ni znano kdaj je bil "špital" ustanovljen. Meščanski špital je stal na voglu sedanje Stritarjeve ulice in Adamič-Lundrova nabrežja. V njem so našli zatočišče predvsem stari, brez svoje krivde obubožani ljubljanski meščani, otroci brez staršev in najdenčki. "Špital" je služil svojemu namenu, s kratko prekinitvijo med leti 1788 - 1792 vse do potresa - 1895.

Žal pa ta več kot pol tisočletna tradicija nima temu odgovarjajoče visoke strokovnosti v negi starostnikov - oskrbovancev. V naših domovih za starostnike je nega zelo različna in ponekod, se bojim občutno izpod tistega nujno potrebnega povprečja, ki ne ponižuje človekovega dostojanstva. To sodbo, med drugimi, dokazuje podatek o številu oskrbovancev, ki odpadejo na eno negovalko. Ta odnos se giblje med 9,66 pa vse do 63 oskrbovancev na eno negovalko (indeks razlike je 630 !). Od skupnega števila 32 domov jih je le 14, kjer pride pod 20 oskrbovancev na eno negovalko. Povprečno sicer pride 16 stanovalcev - oskrbovancev na eno delovno moč zdravstvenega in strežnega osebja. Toda to povprečje je precej relativno saj ga dosega



le 11 ali ena tretjina vseh zavodov. Če primerjamo to stanje z normativi zdravstvenih zavodov, v katerih pride na eno bolničarko 8,44 bolnikov in na bolniško strežnico 3,65 bolnikov, potem je še bolj očitni nezadovoljive stanje po domovih za starostnike.

Vzroki za tako stanje so objektivni (velikost in medsebojna povezava prostorov, zunanji vplivi, ki ovirajo uresničitev polne lastne cene oskrbe itd.), lahko pa subjektivni (glede strokovnosti, organizacije dela in pripravljenosti za delo ali celo nespoštovanje osnovnih človeških potreb stanovalcev ali oskrbovancev). Primerna obremenitev na eno strežnico, pri sedanjem razmerju premičnih in težje bolnih bi bila lo stanovalcev.

Stalnega zdravnika ima samo en dom, stalno medicinsko sestro, s potrebnimi strokovnimi kvalifikacijami pa 7 domov. Nadalje je v domovih zaposlenih še 43 bolničark, v povprečju pride 70 oskrbovancev na eno bolničarko, toda razpon je od 51,5 do 156 ! Iz tega se vidi, da je tudi standard zdravstvene službe po domovih zelo različen in da nastopajo te razlike iz istih razlogov, kot smo jih že omenili.

Manjše so razlike v ceni oskrbnega dne. Povprečje se giblje med 12,00 do 13,00 N dinarjev na oskrbni dan. Najnižja je 10,00 N din in najvišja nekaj nad 21,60 N din na oskrbni dan. Sodeč po silno različni obremenitvi zaposlenega osebja, nam to "izenačenje" cene v zelo zgoščenem povprečju nakazuje velik subjektiven vpliv na formiranje cene oskrbnega dne in pomanjkljive analitične objektivizacije te cene.

Vsi domovi za starostnike so samostojni zavodi z dokaj šibko medsebojno povezavo. Na vspodbudo prej omenjene gerontološke komisije, so ravnatelji teh zavodov leta 1960 na plenarni seji izvolili iz svoje srede koordinacijski odbor, ki je delno skrbel za povezavo in izmenjavo raznih izkušenj. Menim, da bi lahko imel ta odbor zelo široko in koristno področje dela. Morda bi kazalo razmisliti o višji obliki združevanja, na združenje zavodov za starostnike po zgledu združenj nekaterih zavodov



družbenih služb (zdravstvenih, šolskih). Morda bi tako mogli bolj pospešiti proces za uvajanje minimalnega standarda v domovih za starostnike. Pri tem vprašanju ne mislim samo finančne stimulacije. Tu gre v enaki meri za dobro počutje oskrbovancev in tistih, ki jih oskrbujejo.

Že uvodoma smo ugotovili, da je staranje naravni, ne pa bolezenski pojav. Vendar starostne pojave v praksi le težko ločimo od bolezenskih. Upoštevati tudi moramo, da starost kaj rada spremlja tudi bolezen. Okrog 60 % starih nad 60 let trpi zaradi obolenj involucije. Določeno število starostnikov ta involutivni proces (ne glede na to ali je fiziološki ali patološki) začne ovirati, da ne morejo več živeti v običajni socialni sredini, ker jim ta sredina ni v stanju nuditi potrebne nege. Praksa je pokazala v državah zahodne in severne Evrope, da je najmanj 3 % starostnikov, starih nad 60 let potrebnih specializirane nege v ustanovah za nego starostnikov. Ta procent je v mestnih aglomeracijah še večji in se povzpne na 5 in več odstotkov. V Sloveniji je 1,30 % oseb starih nad 60 let v domovih, v Ljubljani je ta odstotek nekoliko višji in se povzpne na 2,04 %. Če pa bi mogli ugoditi povpraševanju in bi upoštevali že vložene najbolj nujne prošnje za sprejem v domsko oskrbo, bi se ta procent dvignil na 2,9 %.

V Sloveniji je 32 domov z zasedbo 3220. Zasedba je polna. Vsi domovi imajo nerešene nujne primere za sprejem v dom. Če računamo, da je približno 3 % starostnikov potrebnih domske oskrbe, potem nam manjka 2700 postelj. To število je za sedanje povpraševanje morda nekoliko visoko ali misliti moramo na neposredno prihodnost, na predviden porast števila starostnikov, nadaljnjo razkrajanje ostan- kov patriarhalne družine in na spremenjeno vlogo domov za starostnike. Žal sem v tem pogledu pesimist in ne vidim resničnih možnosti, da bi v bližnji prihodnosti začeli z gradnjo manjkajočih domskih kapacitet. Zato bomo morali bolj kot doslej misliti na razvijanje mreže organiziranih služb za pomoč na domu.

O tem, kakšna je sedanja družbena struktura oskrbo-



vancev domov za starostnike, nimam na razpolago dovolj podatkov za temeljitejšo analizo, zato bi rad samo na enem primeru, primeru doma počitka Ljubljana na Poljanski cesti in nekaterimi primerjavami z domom na Bokalcu prikazal nekatere podatke o oskrbovancih:

Dom počitka na Poljanski cesti ima 140 standardnih postelj. Zdaj nudi oskrbo 145 starostnikom (Bokalce 339) in sicer: 27 moškim in 118 ženskam

Bokalce 112 moškim in 227 ženskam.

Njihova povprečna starost je 76 let, oziroma 4 stanovančiči so stari do 50 let; 4 od 50 do 60 let; 85 od 60 do 80 let in 52 nad 80 let.

Po zakonskem stanju pa so:

| samski |    | poročeni |   | vdovci |    | razvezani |   |
|--------|----|----------|---|--------|----|-----------|---|
| m      | ž  | m        | ž | m      | ž  | m         | ž |
| 16     | 60 | 2        | 2 | 7      | 51 | 2         | 5 |

Prikaz zdravstvenega stanja starostnikov, stanovalcev doma je nekoliko težavnejše, ker večina boluje za več boleznimi. V spodnjem prikazu pa smo upoštevali le eno obolenje, tisto, ki je prevladujoče, zaradi katerega se je stanovalec umaknil iz dotedanje socialne sredine v domsko oskrbo. Zbrani podatki nam dajejo naslednjo sliko:

Somatske bolezni Moš. Žen. Skupaj Bokalce

|                                                   |   |    |    |    |
|---------------------------------------------------|---|----|----|----|
| 1. Myocardiopatiae-cardiovascularna               | 5 | 26 | 31 | 64 |
| 2. Kronična obolenja in obolenja lokomot. sistema | 1 | 21 | 22 | 23 |
| 3. St. post. apoplex cerebri                      | 1 | 12 | 13 | 19 |
| 4. Ob. respir. sistema in TBC                     | 5 | 3  | 8  | 14 |
| 5. Traume in druge inv.                           | 1 | 8  | 9  | 16 |
| 6. Gluhi in naglušni                              | 1 | 1  | 2  | 6  |
| 7. Slep (slabovidni)                              | 1 | 3  | 4  | 6  |



|                           |    |    |     |    |
|---------------------------|----|----|-----|----|
| 8.Ostala interna obolenja | 2  | 18 | 20  | 9  |
| 9.Carcinomi               | -  | -  | -   | 18 |
|                           | 17 | 92 | 109 |    |

### Psihične bolezni

|                                          |   |   |    |    |
|------------------------------------------|---|---|----|----|
| 1.Kronični alkoholizem                   | 1 | - | 1  | 8  |
| 2.Epilepsiae                             | 2 | 1 | 3  | 3  |
| 3.Karakt.aberacije                       | - | - | -  | 3  |
| 4.Oligoph - debili                       | - | - | -  | 4  |
| imbecili                                 | 2 | - | 2  | 7  |
| 5.Schizophreniae                         | 1 | - | 1  | 7  |
| 6.Starostna dem. - lažja                 | 1 | 9 | 10 | -  |
| - težja                                  | - | 3 | 3  | -  |
| 7.Arteriosc.dem. - lažja                 | 2 | 5 | 7  | 21 |
| - težja                                  | 1 | 7 | 8  | 31 |
| 8.Ostala nevrološka in psihična obolenja | - | - | -  | 47 |

-----

Oskrbovanci brez poseb.

-----

-----

=====

Korelacija med gornjimi podatki je očitna. Podatki o zdravstvenem stanju pa nam povedo tudi nekaj drugega in sicer, da so naši domovi še vedno azil za posamezne duševne bolnike in duševno zaostale, kamor le-ti ne spadajo, ker želimo ustvariti v teh domovih tako vzdušje, ki ne vpliva preveč depresivno na razpoloženje starostnikov. Saj vemo, da so starostniki že itak nagnjeni k osamelosti in drugim depresivnim razpoloženjem, škodljivim za mentalno zdravje.

Po kraju bivanja je 137 stanovalcev doma na Poljanski cesti iz Ljubljane in sicer 6 iz Bežigradske občine, 96 iz občine Center, 13 iz Most, 9 iz Šiške in 13 iz Vič- Rudnik. Samo 8 stanovalcev je iz drugih občin izven Ljubljane.

V domu na Bokalcu so oskrbovanci: iz Bežigrada 44,



iz Centra 109, iz Most 37, iz Šiške 54, iz Vič-Rudnika 62 in iz drugih občin 34.

Povprečna dolgotrajnost bivanja stanovalcev v domu, kljub njihovi povprečni visoki starosti in obolevnosti je razmeroma dolga: izračun povprečne dolgotrajnosti bivanja v domu na 347 primerih stanovalcev doma na Poljanski cesti, sprejetih v času od 10/1-1956 do 15/1-1963 kaže povprečje 2 leti in tri mesece. Povprečna doba bivanja sedanjih stanovalcev doma je 5 let in pol. Točneje 6 let in pol moški in 5 let 3 mesece ženske. Od skupnega števila stanovalcev jih 20 biva v domu manj kot leto dni, 66 jih živi v domu do 5 let, 33 do 10 let in 26 nad 10 let.

Podatki o plačnikih nam povedo, da je v Domu na Poljanski cesti samo 20 oskrbovancev, ki k oskrbnini sami ničesar ne prispevajo, temveč zanje plačujejo pristojne občine. V domu na Bokalcih jih je 87; 45 oskrbovancev doma na Poljanski cesti v celoti plačuje oskrbnino, na Bokalcih pa 96. 80 oskrbovancev doma na Poljanski cesti prispeva približno dve tretjini stroškov oskrbe, razliko pa krijejo pristojne občine. Na Bokalcih je 156 delnih samoplačnikov. V domovih na podeželju je zaenkrat še vedno več tistih oskrbovancev, za katere plačujejo oskrbnino občine, toda oskrbovanci, ki razpolagajo z lastnimi dohodki so v hitrem porastu. Socialna struktura oskrbovancev se ves čas po osvoboditvi izpreminja. Medtem ko so bili predvojni domovi predvsem azili za brezdomce in hiralnice za onemogle, postaja zasedba vse bolj odraz dejanske družbene strukture starostnikov.

Značilen podatek je porast števila upokojencev po domovih v Sloveniji. Medtem, ko je bilo v prvih povojnih letih izpod 10 % upokojencev, jih je bilo leta 1958 že 37,5 % in leta 1964 40,96 %. To nam narekuje vse večjo skrb za izboljšanje nege in varstva starostnikov po domovih, ki naj bi bila vse manj brezosebna in mehanična, vse bolj strokovna ter neposredna. Organizacija življenja v domu je izredno pomembna, toda premalo izvajana in proučevana dejavnost. Toda pri tem naletimo na kopico ovir. Največja



ovira je, da niti lokacija, niti kapaciteta objektov ne ustrezajo osnovnim principom. Od vseh 32 domov je bil samo eden načrtovan in zgrajen za te namene. Vsi domovi trpijo zaradi večjih ali manjših funkcionalnih pomanjkljivosti, ki močno ovirajo smoternejšo organizacijo dela pa tudi varnost in dobro počutje stanovalcev-oskrbovancev.

Domovi bi morali stati v naseljih, tako, da so stari ljudje čimbolj povezani z vsakdanjim življenjem, ki so ga bili vajeni. Toda skoro polovica, t.j. 15 domov je izven naselij. Nekateri oddaljeni celo po več kilometrov od prometnih zvez, 8 domov je v manjših naseljih in le 9 domov je v večjih naseljih oziroma v kulturnih središčih.

#### Uporabljeni viri:

- 1.dr.Dolfe Vogelnik:Proгноza prebivalstva na območju Ljubljane do leta 2000 - "Urbanizem" št. 1-2/1965;
- 2.dr.Dolfe Vogelnik: Dosedanji razvoj, stanje in perspektiva prebivalstva SR Slovenije - izdaja Instituta za ekonomistatistiko in demokracijo pri Ekonomski fakulteti v Ljubljani, leto 1963;
- 3.doc. dr.B.Accetto: Gerontologija in geriatrija na Norveškem in Švedskem. Zdravstveni vestnik št.1-2/64
- 4.Generalni plan urbanističnega razvoja Ljubljane, osnutek za razpravo iz 1. 1965;
- 5.doc.dr.B.Uglešič,dr.R.Borčič, dr.T.Furlan  
Psihiatrijski i psihohigienski problemi geriatrije: zdravstvena zaščita z staračkim domovima na področju Splita "Narodno zdravlje" št.11-12/65;
- 6.Informacija o problemih starih ljudi  
Socialno zdravstvenemu zboru Skupščine SRS,leto 1964;
- 7."Ekonomski vidiki diferencirane oskrbe starih v gerontološko -geriatričnih domovih" Študij Centralnega zavoda za napredek gospodinjstva,Ljubljana;
- 8.Janko Perat:"Gerontološki problemi Ljubljane" Naši razgledi z dne 27/8-1966.



dr. Vrenk-Jerše Milena

## UREDITEV ZDRAVSTVENE SLUŽBE V DOMOVIH ZA STAROSTNIKE V OBČINI LJUBLJANA-CENTER

Organizacija zdravstvenega varstva v domovih za starostnike je samo del gerontološko geriatrične dejavnosti, ki v povezavi s patronažno službo pri zdravstvenih domovih, centrom za socialno delo, z organizirano nego in zdravljenjem na bolnikovem domu, rešuje probleme starostnikov.

Težnja, da ostane ostareli individuum čim dalje v svojem domačem okolju postane neuresničljiva takrat, ko se pojavijo poleg zdravstvenih problemov, ki jih sicer rešuje zdravnik in sestra za nego na domu, še potreba po stalni in kontinuirani pomoči, potreba po pripravljanju oziroma donašanju hrane, oskrbe stanovanja itd. Izhod iz te situacije je sprejem v dom, ki naj nudi pomočipotrebneemu starostniku vso osebno varnost, za katero ne more skrbeti več sam, vso medicinsko nego, obenem pa mu pusti vso njegovo individualnost, brez večjega utesnjevanja njegove osebnosti, posebno še pri oskrbovancih, ki so mentalno neprizadeti. Domovi naj bi postali drugi dom starejših ljudi, upokojencev, ki so svoje sile že izčrpali in doprinesli svoj delež k današnji stvarnosti, ki pa so že zaradi svoje kronične bolezni ali starostne onemoglosti nezmožni svoje oskrbe.

Domovi naj perspektivno sprejemajo vse kategorije oskrbovancev, od kronično bolnih do vsaj relativno, oziroma začasno zdravih, saj tekom časa tudi ti postanejo bolniki. Diferenciacija po oddelkih, oziroma sobah je dopustna, saj je nujno, da dom razvija oddelke za intenzivnejšo zdravstveno varstvo, terapijo in nego težjih bolnikov, kar zahteva tudi večjo grupacijo negovateljskega osebja ter daje možnost za večji in frekventnejši zdravstveni nadzor in kontrolo. Razumljivo pa je, da je potrebna hos-



pitalizacija v katerokoli bolnico, v kolikor postane v danem primeru, diagnostična oziroma terapevtska zmogljivost zdravstvene službe v domu, insuficientna.

Zdravstveno varstvo, ki ga izvaja Zdravstveni dom Center v svojih domovih na Taboru, Poljanski cesti in Kodeljevem je usmerjeno v ambulantno preventivno in kurativno dejavnost, ter zdravljenje nepokretnih bolnikov ob njihovi postelji, ki jo vrši splošni zdravnik Zdravstvenega doma. Zdravnik dela dve tretine svojega rednega delovnega časa v splošni ambulanti Zdravstvenega doma, ostalo tretjino pa v domovih za starostnike.

Preventivna dejavnost zdravstvene službe je v obliki vsestranske splošne diagnostične obdelave oskrbovanca ob sprejetju v dom in enkratnih letnih sistematskih pregledov vseh oskrbovancev. V to je vključen splošni zdravniški pregled, merjenje telesne teže, običajni hematološki in urinski pregled, po potrebi razni biokemični in bakteriološki pregledi, nadalje pri pokretnih oskrbovancih Röntgenski pregled, EKG in eventuelno nujne specialistične preizkave. Ob sprejemu se vsakemu oskrbovancu uredi zdravstvena kartoteka, ki vsebuje vso zdravstveno dokumentacijo, terapijo in ostale podatke. V ambulanti doma izvršimo pregled sedimentacije in malo analizo urina, za vse ostale laboratorijske preizkave pa se poslužujemo odvzemov krvi po laborantu Zdravstvenega doma, kjer se nadaljnje analize tudi izvršijo. V slučaju potrebe po specialističnih pregledih se poslužujemo specialističnih ambulant poliklinike, oziroma pri nepokretnih oskrbovancih hospitalnih ustanov. Le redko nam je do sedaj uspelo organizirati konsiliarni obisk zdravnika specialista v samem domu in še to samo neurologa in psihiatra.

V nujnih in urgentnih primerih se poslužujemo zdravniške dežurne službe.

Dejavnost zdravnika je torej usmerjena v kompleksno splošno diagnostiko z osnovnimi diagnostičnimi prijemmi, kjer prednjači predvsem internistična diagnostika, v redne zdravstvene kontrole in v konstantno



izvajanje terapije, medikamentozne in fizikalne.

Zdravnik vodi tudi nadzor nad kuhinjo domov, predpisuje in vodi diete, sodeluje z upravo doma, oziroma socialnimi delavci in patronažno službo in daje nasvete in navodila pri reševanju raznih problemov iz področja gerontologije.

Za izvajanje zdravstvene dejavnosti, terapije in nege ima vsak dom polno zaposleno medicinsko sestro, ki je vodilna sestra doma, dve bolničarki in večje število strežniškega, laično negovateljskega osebja. Honorarno ima zaposleno tudi fizioterapevtko, ki dela v domu po nekaj ur vsak drugi dan.

Ker so skoraj vsi oskrbovanci doma upokoјenci, večji del njih pa tudi kronični bolniki, lahko z vso pravico zahtevajo od družbe popolno zdravstveno zaščito, medicinsko nego in oskrbo. Zavod za socialno zavarovanje pa je dolžan, da zdravstvenim domovom to njihovo dejavnost v celoti finančno omogoči in ne samo delno, kot je to dejanska praksa in, da morajo oskrbovanci domov, kronični bolniki, kriti svojo zdravstveno oskrbo in nego delno s svojimi lastnimi sredstvi, kar se seveda odraža v višini oskrbnega dne.

Nakazanemu obsegu zdravstvenega varstva odgovarjajo tudi materialne potrebe opreme, ki so minimalne. Poleg čakalnice, ki jo predstavlja nekaj klopi ali stolov na ogrevanem hodniku, je še soba za medicinsko sestro in ordinacijska soba zdravnika.

V sestrski sobi je preiskovalna miza za dajanje injekcij in izvrševanje prevez, omara za kartoteko in medicinsko dokumentacijo, omara za shranjevanje depoja zdravil, sterilizator za suho sterilizacijo, mizica za instrumente in pripravo injekcij, mizica za nesterilni material, kotliček za mokro sterilizacijo, kasete za instrumente in brizgalke, bobniči za sterilni material, stojalo za določanje dedimentacije, pribor za mali pregled urina, več ledvičk, kozarci za urin, tase za nošenje zdravil po oddelku, poleg pa še tehlnica, pisalna miza in več primernih stolov.



Ordinacija zdravnika je opremljena enako kot splošna ordinacijska soba. Preiskovalna miza z vrtljivim stolčkom, mizica za instrumente in priborom za dajanje injekcij, steklena omara za shranjevanje ampul, instrumentov in ostalega pribora (tonometra, fonendoskopa, otoskopa, perkusno kladivce, brizgalke za spiranje ušes, raznih katetrov, rokavic itd.). Za administrativno delo še pisalna miza in stoli.

V omari, vgrajeni v predsobi, je shranjen pribor za nego ležečega bolnika: termoforji, vrečice za led, termometri, zračne blazine, irigatorji, urinske posode, pljuvalniki, fen, brivski aparat, mali umivalniki za dajanje obkladkov, veliki umivalniki za umivanje bolnikov v postelji, gumijasti predpasniki in razna dezinfekcijska in čistilna sredstva.

V domu ne sme manjkati voziček za prevažanje in umivanje ležečega bolnika, ortopedski vozički za nepokretne bolnike, nosila, servilni vozički in mizice.

Eden glavnih pogojev za uspešno delo v domu je tudi soba za fizikalno terapijo, ki pa jo do sedaj še nismo uspeli opremiti. Vsebovala naj bi najosnovnejša sredstva za razgibavanje, kot hodilni koridor, na koncu katerega naj bo pritrjeno ogledalo tako, da ima vsakdo možnost kontrolirati svojo hojo, stenska lestev, na stropu več pričvrščenih škripcev in omara za razne rekvizite, potrebne pri fizikalni terapiji (vrečice s šibrami, žoge, kije, razne paličice itd.).

V sestavi fizikalne terapije naj bi bilo nekaj izoliranih boksov za obsevalno in inhalacijsko terapijo (Ukw aparat, solux in inhalator za toaleta respiratornih potov).

Poudarek na fizikalni terapiji je važen prav za obdobje starostnikov, da se jim ohrani, oziroma ponovno pridobi lokomotorika, zato bi bila dolžnost vsakega doma za geronte, da to terapijo tudi omogoči in razvije.



dr. Vrenk-Jerše Milena

## POROČILO O DELU V DOMOVIH ZA UPOKOJENCE V OBČINI LJUBLJANA CENTER V LETU 1966

S porastom življenske dobe nastaja tudi pri nas vedno bolj pereče vprašanje oskrbe starejših občanov, ki so zaradi bolezni ali pa starostne oslabelosti nezmožni skrbeti sami za sebe.

V Sloveniji je znašala povprečna življenska doba leta 1960 za moške 66 let, za žene pa 71 let, ki se je z boljšo organizacijo zdravstvene službe in izboljšanjem socialnih in življenskih pogojev v zadnjih letih še povečala. V zvezi s tem je naraslo tudi število kroničnih obolenj pri starejših osebah, kar zahteva vedno večjo potrebo po zdravstveni pomoči, oskrbi in negi. Potrebe starejše generacije po družbeni skrbi in varstvu, kot tudi po zdravstveni zaščiti in negi so večje kot drugih kategorij prebivalstva, kar nalaga zdravstvenim in socialnim organom vedno večje naloge in porabo finančnih sredstev.

Zdravstveni dom Center ima za potrebe pomoči potrebnih občanov organizirano po socialni liniji patronažno službo, po zdravstveni liniji pa zdravniško službo in nego bolnikov na domu po sestrah za nego. Prav ta dejavnost medicinske pomoči pa postane močno insuficientna pri osebah, ki so ostale brez svojcev in, ki jim dnevni obisk zdravnika, oziroma bolniške sestre, ki mu nudi le medicinsko pomoč in osebno nego, pomeni premalo. Še vedno ostane odprto vprašanje prinašanja hrane, oskrba stanovanja, urejanje dnevnih življenskih potreb stare osebe, za kar naj bi odgovarjale Krajevne skupnosti, Rdeči križ itd. Za tako popolno oskrbo na domu smo še popolnoma insuficientni, tako s kadrom kot z materialnimi sredstvi.

V takih primerih, ko postane zdravstvena oskrba in nega na bolnikovem domu nezadostna, se poslužujemo



domske oskrbe, kar rešuje občina Center s svojim Domom počitka na Poljanski cesti 14 in v letu 1966 ustanovljenim Domom upokojencev na Taboru. Iz analize po teritorialnem sestavu oskrbovancev v obeh domovih je razvidno, da je v Domu na Poljanah od 144 oskrbovancev 96 občanov občine Center, na Taboru pa od 120 oskrbovancev 80 občanov naše občine.

V domovih za upokojence išče oskrbo in zdravniško nego ter zaščito vedno več starejših oseb, upokojencev, kroničnih bolnikov, z rednimi dohodki, ki so ostali osamljeni, potrebni stalne tuje pomoči in zdravstvenega varstva. S tem se je spremenil tudi socialni sestav in družbeni karakter oskrbovancev. Domovi niso več pribežališče občinskih revežev, ljudi brez poklica in sredstev za obstoj, ampak drugi dom starejših občanov, upokojencev, ki so svoje sile že izčrpali in doprinesli svoj delež k današnji stvarnosti in, ki zaradi svoje kronične bolezni ali starostne onemoglosti niso več zmožni svoje oskrbe.

Če pogledamo socialni sestav oskrbovancev v Domu na Poljanah vidimo, da le 20 oskrbovancev ne plačuje svoje oskrbe, da 80 oskrbovancev delno krije stroške svoje oskrbnine in, da 45 oskrbovancev plačuje svojo oskrbo sami.

Torej so oskrbovanci domov v pretežni večini upokojenci, kronični bolniki, ki z vso pravico zahtevajo od družbe popolno zdravstveno zaščito in v slučaju potrebe, ki je pri tej starostni skupini sigurno največja, pa tudi vso medicinsko nego in varstvo po višjem in srednjem, oziroma nižjem medicinskem kadru.

Zdravstveni dom je nosilec zdravstvene pomoči in zaščite v domovih počitka in kot tak, nudi oskrbovancem zdravniško službo in negovateljski srednji medicinski kader. Zavod za socialno zavarovanje je odgovoren, da zdravstvenemu domu to njegovo dejavnost finančno omogoči v celoti, ne pa da vzdržujejo oskrbovanci - upokojenci svojo medicinsko negovateljsko osebo sami, kar ima seveda vpliv na višino oskrbnega dne v domu. Če konkretno pogledamo, vzdržuje zdravstveni dom zdravnika in medicinsko



sestro v obeh domovih, dočim sta obe bolničarki in vse strežniško osebje uslužbenci Doma počitka, torej plačani iz njihovih sredstev. Na ta način so praktično pravice upokojencev, oskrbovancev domov kršene, saj dokler je bil tak, zdravstvene nege potreben bolnik na svojem domu, je bil oskrbovan po sestri za negi ki jo plačuje zdravstveni dom, ob sprejetju v dom upokojencev pa je plačnik za svojo nego in zdravstveno oskrbo sam. Iz analize patologije oskrbovancev in njihove starosti, ki bo navedena pozneje je razvidno, da so oskrbovanci v velikem procentu kronični bolniki, nepokretni ali samo delno pokretni, nekateri že z močno alternacijo duševnosti in le mali procent je takih, ki ne potrebujejo medicinske nege in tuje pomoči.

Naj navedem podatke:

V Domu na Poljanah je oskrbovanih 144 oskrbovancev od tega 26 moških in 118 žensk. (1 zakonski par). Povprečna starost je 76 let.

|                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| do 50 let starosti      | 4 oskrbovanci      |
| od 50 - 60 let starosti | 4 oskrbovanci      |
| od 60 - 80 let starosti | 84 oskrbovancev in |
| nad 80 let              | 52 oskrbovancev.   |

Nepokretnih, potrebnih stalne tuje pomoči in vsestranske stalne zdravniške oskrbe in medicinske nege

31 oskrbovancev

delno pokretnih, potrebnih tuje pomoči in medicinske nege in varstva 51 oskrbovancev

popolnoma pokretnih 61 oskrbovancev.

Dom na Taboru je pričel s svojo dejavnostjo 1/6-1966. Vodilo pri organizaciji Doma na Taboru je nuditi ostarele mu individualno osebno varnost, za katero ne more skrbeti več sam, to je vso splošno oskrbo, po potrebi pa tudi varstvo in nego, tako laično, kot medicinsko, ob enem pa mu pustiti vso negovo individualnost, brez večjega utesnjevanja njegove osebnosti. Ta načela upošteva tudi arhitektura zgradbe, saj so vsi stanovanjski prostori eno, do dve posteljni in ima vsak stanovalc svoje sanitarije. To pa seveda



potegne za seboj mnogo večje zahteve od strani strežnega osebja, pravtako tudi medicinskega, saj tak način ubikacije stanovalcev zahteva mnogo večje oskrbne stroške, večjo časovno porabo in kadrovskega zasledbo. V teh prostorih je oskrba težkih kroničnih bolnikov, inkontinentnih, predvsem pa duševno prizadetih zelo otežkočena in je vsled tega izdelan tudi posebni kriterij za sprejem v dom.

V domu na Taboru je bilo v letu 1966 (od junija dalje) oskrbovanih 131 oskrbovancev, od tega 29 moških in 92 žensk in 5 zakonskih parov. Povprečna starost oskrbovancev je 76 let.

|                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| Do 50 let starosti je   | 1 oskrbovanec   |
| od 50 - 60 let starosti | 1 oskrbovanec   |
| od 60 - 80 let starosti | 92 oskrbovancev |
| nad 80 let              | 37 oskrbovancev |

Najstarejši oskrbovanec je star 98 let.

Nepokretnih, potrebnih stalne tuje pomoči in vsestranske stalne zdravniške oskrbe in medicinske nege je 21 oskrbovancev

Delno pokretnih, potrebnih tuje pomoči in medicinske nege in varstva je 37 oskrbovancev

popolnoma pokretnih je 66 oskrbovancev.

Razpredelniva bolezni, ki smo jih zasledovali pri oskrbovancih v letu 1966 je naslednja:

#### Dom počitka Poljane

|                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Maligna, neoplazmatska obolenja                                                                      | 21  |
| 2. Tbc dihal                                                                                            | 5   |
| 3. Tbc kože, kosti in sklepov                                                                           | 1   |
| 4. bolezni krvi in krvotvornih organov                                                                  | 13  |
| 5. bolezni srca in ožilja                                                                               | 123 |
| 6. visok krvni pritisk                                                                                  | 51  |
| 7. lezija centralnega živčnega sistema na bazi arterioscleroze z manjšo ali večjo alteracijo duševnosti | 97  |



|                                           |    |
|-------------------------------------------|----|
| 8. druga duševna obolenja in nerazvitosti | 8  |
| 9. alkoholizem                            | 5  |
| 10. bolezn dihal                          | 73 |
| 11. bolezn prebavil                       | 50 |
| 12. bolezn sečil                          | 27 |
| 13. bolezn spolovil                       | 15 |
| 14. venerične bolezn                      | 4  |
| 15. bolezn presnove (diabetes)            | 13 |
| 16. očesne bolezn                         | 34 |
| 17. kožne bolezn                          | 30 |
| 18. bolezn sklepov in kosti               | 55 |
| 19. hemiplegikov                          | 23 |
| 20. poškodb                               | 11 |

#### Dom upokojencev Tabor:

|                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. maligne, neoplazmatska obolenja                                                                      | 4  |
| 2. Tbc dihal                                                                                            | 1  |
| 3. Tbc kože, kosti in sklepov                                                                           | 2  |
| 4. bolezn krvi in krvotvornih organov                                                                   | 5  |
| 5. bolezn srca in ožilja                                                                                | 83 |
| 6. visok krvni pritisk                                                                                  | 75 |
| 7. lezija centralnega živčnega sistema na bazi arterioscleroze z manjšo ali večjo alteracijo duševnosti | 38 |
| 8. druga duševna obolenja in nerazvitosti                                                               | 1  |
| 9. alkoholizem                                                                                          | -  |
| 10. bolezn dihal                                                                                        | 24 |
| 11. bolezn prebavil                                                                                     | 27 |
| 12. bolezn sečil                                                                                        | 10 |
| 13. bolezn spolovil                                                                                     | 11 |
| 14. venerične bolezn                                                                                    | -  |
| 15. bolezn presnove (diabetes)                                                                          | 15 |
| 16. očesne bolezn                                                                                       | 28 |
| 17. kožne bolezn                                                                                        | 15 |
| 18. bolezn sklepov in kosti                                                                             | 38 |
| 19. hemiplegikov                                                                                        | 3  |
| 20. poškodb                                                                                             | 7  |

Iz analize bolezn je razvidno, da so zastopane v pretežni večini bolezn, ki so vezane na višjo življensko dobo, to so predvsem bolezn na podlagi arterioscleroze: vaskularne lezije CZS, vaskularne in degenerativna obolenja srca, hipertonijska, periferne tromboembolične motnje; obolenja na podlagi



degeneracije in involucije starajočega organizma: degenerativna obolenja lokomotornega aparata, osteoporoza, senilni emfizem s kroničnim bronhitisom, starostni diabetes in končno neoplazme. Iz razporednice je razvidno, da je ogromen odstotek bolnikov z vaskularno lezijo CZS in posledično arteriosklerotično deviacijo duševnosti, predvsem v Domu na Poljanah, kar zahteva še posebno osebno varstvo in zdravstveni nadzor. V Domu na Poljanah delimo dnevno zdravila 97 bolnikom. Velik delež nepokretnih bolnikov zavzemajo hemiplegiki, paraplegiki in bolniki z degenerativnimi obolenji sklepov.

Za zdravstveno varstvo je poskrbljeno v obeh domovih s splošno ambulantno zdravstveno službo in poseti zdravnika ob bolnikovi postelji ter z vso medicinsko nego in oskrbo delno pokretnih in nepokretnih bolnikov.

V Domu na Poljanah dela zdravnik 7 ur tedensko, ena polno zaposlena medicinska sestra in 2 bolničarki, 17 strežnic in ena nepopolno zaposlena fizioterapevtka.

|                                                |       |
|------------------------------------------------|-------|
| zdravniških ur je bilo opravljenih             | 322   |
| sestrskih ur - " -                             | 1.284 |
| medicinska sestra je zaposlena šele od junija) |       |
| bolničarskih                                   | 3.786 |

Vsak oskrbovanec je sistematsko zdravniško obdelan ob sprejemu v dom, izstavi se mu zdravstvena kartoteka. Pravtako je vsak oskrbovanec 1 krat letno sistematsko pregledan. Skupnih pregledov je bilo v letu 1966:

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| prvih pregledov | 229             |
| ponovnih        | 3.163           |
| Skupaj          | 3.392 pregledov |

|                              |    |          |
|------------------------------|----|----------|
| 1 - 5 x je bilo pregledanih  | 31 | oskrbov. |
| 5 -10 x je bilo pregledanih  | 39 | "        |
| 10 -20 x je bilo pregledanih | 53 | "        |
| nad 20 x je bilo pregledanih | 36 | "        |



Poslanih k specialistu je bilo 164 oskrbovancev, hospitaliziranih 26, umrlih 17, od tega 13 v domu, 4 v bolnici.

Laboratorijskih odvzemov krvi po laborantu zdravstvenega doma je bilo 220, od tega 112 biokemijskih in bakterioloških preiskav in 108 hematoloških preiskav ter 169 preiskav urina. V samem domu počitka je bilo napravljanih 150 določitev SR, narejenih 14 gastrotestov, pregledanih 17 urinov, danih 921 injekcij in opravljenih 1966 prevez. Fizioterapevtskih posegov je bilo izvršenih 1832.

Visoko število ponovnih pregledov opravičuje visoka starost oskrbovancev in visoka kronična morbidnost.

V Domu na Taboru je bila kadrovska zasedba sledeča:

zdravnik 7 - 8 ur tedensko  
1 medicinska sestra in 2 bolničarki s polnim delovnim časom  
9 strežnic  
Dom je pričel s svojo dejavnostjo 1. junija 1966.

V domu je bilo opravljenih:

|                |       |
|----------------|-------|
| zdravniških ur | 210   |
| sestrskih ur   | 1.120 |
| bolničarskih   | 1.939 |

Ob sprejetju v dom je bil vsak oskrbovanec medicinsko obdelan in za vsakega je bila nastavljena zdravstvena kartoteka. Tako je bilo pregledanih pred vstopom v dom 134 oskrbovancev.

Skupnih pregledov v domu je bilo

|                 |       |
|-----------------|-------|
| prvih pregledov | 308   |
| ponovnih        | 1.803 |
| Skupaj          | 2.111 |

|                               |    |          |
|-------------------------------|----|----------|
| 1 - 5 x je bilo pregledanih   | 49 | oskrbov. |
| 5 - 10 x je bilo pregledanih  | 38 | "        |
| 10 - 20 x je bilo pregledanih | 30 | "        |
| nad 20 x je bilo pregledanih  | 13 | "        |



K specialistu je bilo poslanih 159 oskrbovancev, na rtg lo5, hospitaliziranih 20, umrlih 5, od tega 3 v bolnici, 2 v domu. Število fizioterapevtskih posegov je bilo 45, odvzemov krvi za biokemijske in hematološke analize 23, V sami ambulantni doma pa je bilo narejenih 63 SR, danih 357 injekcij in narejenih 139 prevez.

Oba domova imata urejeno celodnevno medicinsko službo (medicinska sestra in bolničarke), preko noči pa dežurno strežnico. Tudi preko praznikov in nedelj je urejena medicinska dežurna služba.

Oba domova si prizadevata, da bi zagotovila svojim oskrbovancem čim večji občutek varnosti in zaščite, tako splošne kot medicinske, ob enem pa hočeta ustvariti oskrbovancem čim prijetnejše preživljanje jeseni življenja. Poleg lepo urejenih ambulantnih prostorov je dom na Taboru oskrbel svoje varovance tudi z razvedrilom. Oskrbovancem sta na razpolago televizorja, radioaparata, obsežna diskoteka in biblioteka. Dal je pobudo za organizacijo raznih proslav in predavanj, pri čemer so oskrbovanci z veseljem sodelovali. Nekako spontano se je organiziral pevski krožek in v oktobru so naredili oskrbovanci enodnevni izlet do Škocjanskih jam in Cerkniškega jezera. Opazili so se tudi prvi zametki okupacijske terapije v obliki šivanja, kvačkanja itd. in pripravljanja raznih okrasnih predmetov, dežurstva v sprejemnici itd. Pomoč oskrbovancev v kuhinji in administraciji je bila bolj simbolična, vendar se tudi že tu kaže tendenca k bolj rednemu delu.

Dom na Poljanah, ki je zaradi slabe, zastarele stavbe in prostorov v tem pogledu na slabšem, je v tem letu dokončno opremil ambulantne prostore in po svojih zmožnostih uredil svoje dnevne prostore, ki so jih do sedaj oskrbovanci močno pogrešali. Z moderno in udobno opremo so dali obema zaprtima verandama prijetni videz in uredili tudi ogrevanje s plinskimi pečmi. Izvršili so razne prezidave in izboljšave v kuhinji in opremili skupno jedilnico, ki jim služi tudi za prirejanje raznih zabav in proslav. Nabavili so nov jedilni pribor in posodo in uvedli kulturnejše in bolj estetsko serviranje hrane. Vse ku-



hinjsko osebje in strežnice so dobili enotne delovne uniforme in dali poseben poudarek in skrb na osebno nego in higieno oskrbovancev. V tem letu so uredili tudi svojo knjižnico, nabavili dva televizijska aparata, radio, organizirali več čajank in proslav ter dvodnevni izlet v Savudrijo. Uvajajo okupacijsko terapijo, vendar jim za večji obseg dela primanjkuje primernih prostorov. Dokaj živo pa je pri oskrbovancih udejstvovanje pri hišnih delih, pri delu na vrtu, kurilnici, kuhinji, opravljanju kurirskih poslov, v vratarnici itd.

Predsodki in strah pred bivanjem v domu minevajo zaradi vedno boljše oskrbe, nege in zdravstvenega varstva, saj je povpraševanje za sprejem iz dneva v dan večje in postaja vprašanje uvajanja novih domov vedno aktualnejše. Vse kapacitete domov so stalno saturirane in veliko število prošenj za sprejem se kopiči v upravni službi.

Želeti bi bilo le, da bi se problemi ostarelih občanov lahko hitreje reševali, med drugim tudi s povečanjem kapacitet domov, z boljšo povezavo med patronažno in socialno službo ter medicinsko - zdravstvenim varstvom, ob vsestranski podpori s strani gerontološkega instituta.

Prof. Janez VIVOD

KATEGORIZACIJA OTROK IN MLADINE MOTENIH V RAZVOJU  
PO OBČINAH V SR SLOVENIJI - po stanju 31.12.1966

Posredujemo zbrane podatke o številu ocenjenih otrok za kategorizacijo in število že kategoriziranih. To naj bi služilo le za orientacijo.

Število prebivalstva je vzeto iz statističnega poročila št. 8 Zavoda SR Slovenije za statistiko. Število ocenjenih za kategorizacijo smo vzeli 5 % iz 26 %-ne populacije starih od 5 do 19. leta. V teh 5 odstotkih so zajeti vsi slepi, slabovidni,



gluhi, naglušni, telesno invalidni, otroci z govornimi in glasovnimi motnjami, duševno nerazviti in otroci s kombiniranimi motnjami, kakor jih definira pravilnik o kategorizaciji in evidenci otrok z motnjami v telesnem in duševnem razvoju (Ur.l. FLRJ št. 27/60).

Pripomniti pa je, da znaša to povprečje v evropskih državah nekaj več kot 12 %. Sodimo, da naša približna ocenitev ni pretirana, saj je odstotek za več kot polovico nižji v primerjavi z evropskimi državami. (glej podatke iz knjige Clemens E. Benda Klinične Psihatrie iz leta 1960 in iz prispevka dr. Š. Gruškovnjaka, objavljenega v Zdravstvenem varstvu št. 11-12/63). Zanesljivejši odstotek, koliko je duševno in telesno prizadetih slovenskih otrok, živečih na območju SR Slovenije, bomo dobili šele, ko bomo izračunali na osnovi vzorca, ki ga sedaj pripravljamo.

| Občina          | Prebivalstvo |                         | Število                     |                 | % kategoriziranih v primerjavi z ocenjenimi |
|-----------------|--------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------|---------------------------------------------|
|                 | vsega v ooo  | 26 % starih od 5-19 let | ocenjenih za kategorizacijo | kategoriziranih |                                             |
| 1. Ajdovščina   | 21,1         | 5486                    | 274                         | 126             | 46                                          |
| 2. Brežice      | 25,7         | 6682                    | 334                         | 66              | 20                                          |
| 3. Celje        | 56,0         | 14560                   | 725                         | 609             | 84                                          |
| 4. Cerknica     | 14,0         | 3640                    | 182                         | 44              | 24                                          |
| 5. Črnomelj     | 17,0         | 4420                    | 221                         | 95              | 43                                          |
| 6. Domžale      | 29,3         | 7618                    | 380                         | 186             | 49                                          |
| 7. Dravograd    | 7,5          | 1950                    | 97                          | 40              | 41                                          |
| 8. Gor. Radgona | 19,8         | 5148                    | 257                         | 189             | 74                                          |
| 9. Grosuplje    | 22,9         | 5954                    | 297                         | 84              | 28                                          |
| 10. Hrastnik    | 11,1         | 2886                    | 144                         | 77              | 53                                          |



|                       |       |       |      |      |    |
|-----------------------|-------|-------|------|------|----|
| 11. Idrija            | 17,1  | 4446  | 222  | 120  | 54 |
| 12. Il. Bistrica      | 15,4  | 4004  | 200  | 98   | 49 |
| 13. Izola             | 9,8   | 2450  | 112  | 63   | 56 |
| 14. Jesenice          | 26,3  | 6838  | 341  | 229  | 67 |
| 15. Kamnik            | 21,1  | 5486  | 274  | 98   | 36 |
| 16. Kočevje           | 17,1  | 4446  | 222  | 167  | 75 |
| 17. Koper             | 33,0  | 8580  | 429  | 139  | 32 |
| 18. Kranj             | 52,5  | 13650 | 682  | 399  | 59 |
| 19. Krško             | 26,5  | 6890  | 344  | 117  | 34 |
| 20. Laško             | 18,3  | 4778  | 238  | 175  | 76 |
| 21. Lenart            | 17,0  | 4420  | 221  | 32   | 14 |
| 22. Lendava           | 27,4  | 7124  | 356  | 88   | 25 |
| 23. Litija            | 16,6  | 4316  | 215  | 58   | 27 |
| 24. Ljublj. Bežigrad  | 38,5  | 10010 | 500  | 260  | 52 |
| 25. " Center          | 43,0  | 11180 | 559  | 229  | 41 |
| 26. " Moste-<br>Polje | 39,4  | 10244 | 582  | 192  | 33 |
| 27. " Šiška           | 53,0  | 13806 | 690  | 269  | 39 |
| 28. " Vič-Rudnik      | 56,6  | 14716 | 735  | 294  | 40 |
| 29. Logatec           | 11,0  | 2860  | 143  | 55   | 38 |
| 30. Ljutomer          | 18,0  | 4680  | 234  | 216  | 92 |
| 31. Maribor           | 165,0 | 42978 | 2148 | 1272 | 64 |
| 32. Metlika           | 6,9   | 1794  | 89   | 16   | 18 |
| 33. Mozirje           | 15,2  | 3952  | 197  | 56   | 29 |
| 34. Murska Sobota     | 64,2  | 16692 | 834  | 126  | 15 |
| 35. Nova Gorica       | 49,1  | 12766 | 638  | 235  | 37 |
| 36. Novo mesto        | 47,5  | 12350 | 611  | 363  | 59 |
| 37. Ormož             | 19,1  | 4966  | 248  | 97   | 39 |
| 38. Piran             | 12,3  | 3198  | 159  | 103  | 65 |
| 39. Postojna          | 18,6  | 4836  | 241  | 135  | 56 |



|                         |      |       |     |     |    |
|-------------------------|------|-------|-----|-----|----|
| 40.Ptuj                 | 65,3 | 16978 | 848 | 441 | 52 |
| 41.Radlje               | 17,4 | 4524  | 226 | 31  | 14 |
| 42.Radovljica           | 27,6 | 7176  | 358 | 117 | 33 |
| 43.Ravne na Kor.        | 23,0 | 5980  | 299 | 101 | 34 |
| 44.Ribnica              | 11,9 | 3094  | 153 | 16  | 10 |
| 45.Sevnica              | 18,4 | 4784  | 239 | 75  | 31 |
| 46.Sežana               | 23,9 | 6214  | 310 | 16  | 25 |
| 47.Slov.Bistrica        | 30,3 | 7878  | 393 | 131 | 33 |
| 48.Slovenjgradec        | 16,1 | 4342  | 211 | 132 | 61 |
| 49.Slov. Konjice        | 18,6 | 4836  | 241 | 90  | 37 |
| 50.Šentjur              | 17,9 | 4420  | 221 | 101 | 46 |
| 51.Škofja Loka          | 25,7 | 6682  | 334 | 121 | 36 |
| 52.Šmarje pri<br>Jelšah | 31,0 | 8060  | 403 | 73  | 18 |
| 53.Tolmin               | 22,9 | 5954  | 297 | 88  | 30 |
| 54.Trbovlje             | 18,4 | 4874  | 243 | 112 | 46 |
| 55.Trebnje              | 17,3 | 4498  | 224 | 72  | 32 |
| 56.Tržič                | 11,7 | 3042  | 152 | 121 | 80 |
| 57.Velenje              | 25,6 | 6656  | 332 | 205 | 62 |
| 58.Vrhnika              | 13,0 | 3380  | 169 | 71  | 42 |
| 59.Zagorje              | 15,5 | 4030  | 201 | 128 | 64 |
| 60.Žalec                | 32,4 | 8424  | 421 | 214 | 51 |



## POGOSTOST MENTALNE NERAZVITOSTI OTROK V KOMUNI KRANJ

Leta 1960 je izšel Pravilnik o evidenci in kategorizaciji otrok z motnjami v telesnem in duševnem razvoju. Pravilnik določa namen kategorizacije, kriterije kategorij otrok in profile strokovnjakov, ki naj izvajajo kategorizacijo.

Na osnovi tega pravilnika je začela v Kranju komisija za kategorizacijo z delom leta 1962 in do danes končala pregled vseh prijavljenih primerov. Za bodoče je ostal le še priroden prirastek.

Pravilnik predvideva pregled vseh kategorij razvojno motenih otrok, vendar smo vzeli v analitičen pretres le duševno podnormalne, ki so številčno najmočnejše zastopani. Le-ti naj po teoretičnih pričakovanjih zastopajo določen procent od skupnega števila otrok. Podatek o skupnem številu duševno podnormalnih šolobveznih otrok pa ima velik praktičen pomen, kajti od tega je odvisno programiranje ustreznih rehabilitacijskih pogojev, to je kadrovskih, organizacijskih, investicijskih itd.

V teamu, ki je pregledoval otroke posamezno, so sodelovali: pediater, psihiater, psiholog, defektolog in socialni delavec. To so profili strokovnjakov, ki jih določa pravilnik.

Diagnoza posameznega primera je bila sicer teamsko postavljena, vendar je bil prispevek psihologa h končni diagnozi v večjem procentu vodeč oz. se je le redko razlikoval od ugotovitev ostalih sodelavcev. Poudariti moramo, da smo v določenih primerih sprejeli tudi drugačne kategorije, kakor jo je nakazoval sam psihološki pregled, čeravno je uporaba testov metodično bolj objektivna mera, kakor pregled po drugih metodah, kadar gre za duševno nerazvitost.



V času 4 let smo pregledali vse prijavljene primere šoloobvezne starosti. Zaradi tega nas je zdaj zanimalo, kolikšen je dejansko dobljen procent duševno podnormalnih otrok in primerjava tega dobljenega podatka s teoretičnim pričakovanjem.

Za psihološke preglede smo uporabljali test WISC kot osnovno psihometrično sredstvo. Ta merni instrument pri nas še ni standardiziran, je pa preliminarno preizkušen. Dobljene preliminarne norme so rahlo pod originalnimi ameriškimi.

Zaradi večje enotnosti in zaradi dejstva, da je ta merni instrument eden od najboljših v svetu, je bilo sklenjeno na posvetovanju psihologov v SRS, ki sodelujejo pri kategorizaciji, naj vsi uporabljajo ta test.

## X

Kakor nam je znano, imamo teoretično statistično 2,2 % (vse decimalke so zaokrožene) duševno podnormalnih otrok v celotni populaciji. Raziskave in različne cenitve ta procent nekoliko dvigajo navzgor in sicer nekako med 2,6 in 2,8 procenta, v krogih pa, ki pri nas odgovarjajo za duševno prizadete otroke, je obveljal kriterij, da imamo 3 procente podnormalnih otrok. To mnenje seveda ni z ničemer eksperimentalno potrjeno.

V komuni Kranj je skupno 7.200 šoloobveznih otrok. Če bi upoštevali gornje kriterije, bi dobili naslednje število prizadetih otrok: 2,2 % = 194 otrok, 2,7 % = 194 otrok in 3 % = 216 otrok. Teoretično zopet pričakujemo (ne po Gausovi krivulji, ker ta idejov sploh ne pokriva, imbecilov pa samo 1/6), da naj bo od skupnega števila prizadetih 75 % lažje, 20 % srednje in 5 % težje prizadetih.

Tabelarni pregled je naslednji:



| N                               | 7.200 | 2,2 % | 2,7 % | 3 % |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-----|
| Lažje podnormalni (debilni)     | 118   | 145   | 162   |     |
| srednje podnormalni (imbecilni) | 32    | 39    | 43    |     |
| težje podnormalni (idioti)      | 8     | 10    | 11    |     |
| Skupno                          | 158   | 194   | 216   |     |

Dobljeni rezultati se pomembno razlikujejo od teoretičnih pričakovanj. Skupno število je znatno nižje od najnižjega teoretičnega pričakovanja. Dejansko smo dobili naslednje končno število:

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| Lažje duševno podnormalni   | 110 |
| Srednje duševno podnormalni | 14  |
| Težje duševno podnormalni   | 13  |
| Skupno                      | 137 |

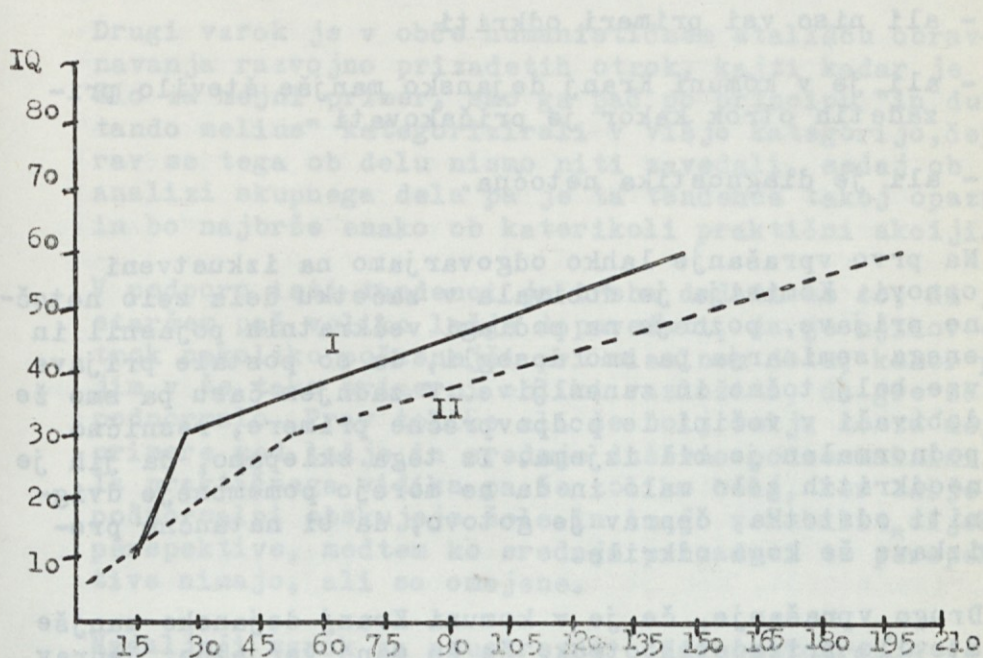
Iz podatkov je razvidno, da ni samo absolutno število znatno nižje od pričakovanega, temveč je tudi razmerje med lažje, srednje in težje prizadetimi pomembno različno od pričakovanj. Medtem ko je srednje prizadetih **znatno** manj, je težje prizadetih skoro 100 procentno več.

Tabelarni prikaz pričakovanega in dobljenega razmerja je naslednji:

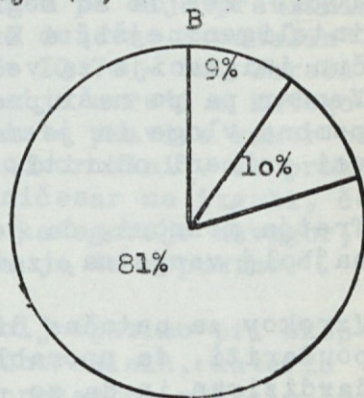
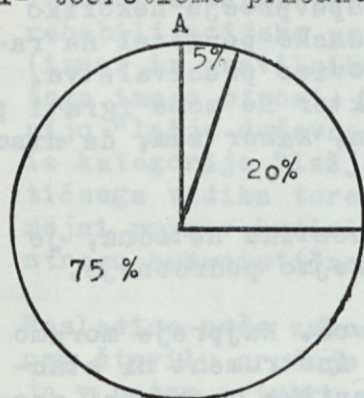
| N                   | 137 | pričakovano | dobljeno |
|---------------------|-----|-------------|----------|
| Lažje podnormalni   |     | 103         | 110      |
| Srednje podnormalni |     | 27          | 14       |
| Težje podnormalni   |     | 7           | 13       |
| Skupno              |     | 137         | 137      |



**GRAFIČNI PRIKAZ**  
**PRIČAKOVANIH IN DOBLJENIH REZULTATOV POGOSTOSTI**  
**DUŠEVNO NERAZVITIH OTROK V KOMUNI KRANJ (N 7200 otrok)**



I- praktično dobljena krivulja (1,9 odstotka)  
 II- teoretično pričakovana krivulja (2,2 odstotka)



A- teoretično pričakovano razmerje med lažje, srednje in težje prizadetimi  
 B- praktično dobljeno razmerje



Ker se torej dobljeni podatki znatno razlikujejo od teoretičnih pričakovanj, moramo iskati ozadje za ta odstopanja. Hitro nam se vsiljujejo tri vprašanja oz. tri možnosti, in sicer:

- ali niso vsi primeri odkriti
- ali je v komuni Kranj dejansko manjše število prizadetih otrok kakor je pričakovati
- ali je diagnostika netočna.

Na prvo vprašanje lahko odgovarjamo na izkustveni osnovi. Komisija je dobivala v začetku dela zelo netočne prijave, pozneje na podlagi večkratnih pojasnil in enega seminarja pa smo dosegli, da so postale prijave vse bolj točne in zanesljive. V zadnjem času pa smo že dobivali v večini le podpovprečne primere, resnično podnormalen je bil izjema. Iz tega sklepamo, da jih je neodkritih zelo malo in da ne morejo pomembneje dvigniti odstotka, čeprav je gotovo, da bi natančne preizkave še koga odkrile.

Drugo vprašanje, če je v komuni Kranj dejansko manjše število prizadetih otrok, je še manj verjetno, čeprav bi bila taka hipoteza za domačina atraktivna in bi ji tudi strokovnjak lahko dal delno vrednost. To iz razloga, ker da so migrantje v podpovprečju nekoliko inteligentnejši, a Kranj je dejansko porastel na račun imigracije za več kakor polovico prebivalstva. Vendar pa po naši presoji ta faktor ne more igrati pomembne vloge in je manj verjeten, kakor sum, da niso vsi primeri odkriti.

Tretja možnost, da je naša diagnostika netočna, je najbolj verjetna, zato si jo oglejmo podrobneje.

Vzrokov za netočne diagnoze je več. Najpreje moramo poudariti, da uporabljen merski instrument ni standardiziran in da so pokazale ameriške norme pri preliminarnem preverjanju nekoliko previsoko. Zaradi tega je komisija mejne primere raje ocenjevala višje oz. boljše. Mejnih primerov pa je veliko, kajti krivulja pogostosti se najhitreje dviga na vrhu pod-



normalnih. Dejansko pa je komisija pregledala tudi preko 100 primerov podpovprečnih, ker jih ni bilo mogoče preje izločiti iz možnosti kategorije, dokler niso bili kompletno pregledani.

Drugi vzrok je v obče humanističnem stališču obravnavanja razvojno prizadetih otrok, kajti kadar je šlo za mejni primer, smo ga pač po principu "in dubitando melius" kategorizirali v višjo kategorijo, čeprav se tega ob delu nismo niti zavedali, sedaj ob analizi skupnega dela pa je ta tendenca takoj opazna in bo najbrže enako ob katerikoli praktični akciji.

V podporo isti tendenci je treba dodati še to, da je staršem pač veliko lažje dopovedati, da je njihov otrok nekoliko počasnejši pri miselnem delu, kakor pa jim v še tako primerni obliki razložiti, da gre za podnormalno. Prav toliko ali še bolj velja to za mejne primere med lažje in srednje duševno podnormalnimi. Iz praktičnega vidika pa še toliko bolj, ker lažje podnormalni obskujejo šole in imajo rehabilitacijske perspektive, medtem ko srednje prizadeti te perspektive nimajo, ali so omejene.

Nadaljnji vzrok za neustrezna diagnosticiranja je naša zakonodaja, ki zagotavlja šolski tretman in rehabilitacijske pogoje lažje podnormalnim, medtem ko izpušča srednje prizadete. Obenem pa daje pravilnik rehabilitacijske pravice "lažje duševno zaostali" (izraz iz pravilnika), tistim z IQ 70 - 80. Zaradi tega imajo otroci, ki jih komisija uvrsti v kategorijo "lažje duševno zaostali" iste pravice kakor oni iz kategorije "lažje duševno podnormalni". Iz praktičnega vidika torej kandidat ničesar ne izgubi, če mejni primer komisija uvrsti v kategorijo navzgor, s strogo humanističnega vidika pa je to dopustno.

Posledice naše zakonodaje še bolj opazimo pri skupnem številu srednje duševno podnormalnih, katerih je v našem primeru skoraj 100 procentno premalo. Komisija je očitno pri lažje imbecilnih dajala diagnozo - težja debilnost in jim na ta način zagotovila formalne pogoje potrebnega tretmana. Čeprav jim seveda formalna kategorija ne more zagotoviti samo-



stojnosti v življenju in delu, pa jim zagotovi vsaj nekajletni šolski tretman, kar jim je več kot potrebno, istočasno pa je za starše bistveno lažje, ke njihov otrok "hodi v šolo" ali pa sploh ne, brez ozira na to, koliko se nauči.

Bežno gledano nas preseneča nadalje večji odstotek težje duševno prizadetih, ker smo vse te kategorije ugotavljali težnjo navzgor k manjšemu številu od pričakovanj. Vendar je možno najti ozadje tudi za ta rezultat. Ker je skupno število težje prizadetih majhno, je torej variabilnost večja. Zaradi tega bi bilo celo možno, da imamo v kranjski komuni dejansko 6 primerov več težje prizadetih otrok od teoretično pričakovanega števila, 6 primerov pa nanese preko 80 procentov.

Še bolj verjetno pa je, da je komisija prestrogo ocenjevala nekatere primere težje imbecilnih. To pa iz dveh razlogov. Prvič težje imbecilni in lažji primeri idiotije nimajo različnega socialnega statusa, niti jih ne distingvira socialna zakonodaja, drugič pa pri teh primerih ni potrebno staršem pojasnjevati prizadetosti, ker je tako očitna, da jo sami uvidevajo.

Razen omenjenega se nam ponuja še eno ozadje in sicer, da smo izvršili preglede relativno zgodaj med 6 in 7 letom in da so v tem času izkazovali težjo prizadetost, pozneje pa so toliko pridobili, da bi jih lahko diagnostično opredelili kot srednje duševno podnormalne. Medtem ko je lažje duševno podnormalnega s precejšnjo zanesljivostjo možno diagnosticirati v 6 letu starosti, pa se po naših izkušnjah težje natančno diagnosticira v tej starosti težje prizadetega, ker le ti pogosto v skladu s stimulacijo okolja precej pridobijo med 7 in 10 letom starosti. Kadar je socialno okolje manj stimulativno (subkulturno okolje) - in to ni redko - je ta verjetnost še toliko večja.

Nazadnje se nam lahko pojavi še vprašanje, ali ni kljub vsemu tehtnemu ozadju za razliko med teoretičnimi pričakovanji in dobljenimi rezultati ta razlika le prevelika in ali ni tako delo preveliko na-



silje nad človekovim intelektom zaradi stalnega kompromisa s prakso. Odgovor je "ne", kajti takoj lahko dodamo podatek, da je komisija usmerila na posebno osnovno šolo preko 130 primerov, čeprav skoraj 1/3 z diagnozo "lažje duševno zaostali". Skupno število pa predstavlja teoretično pričakovan rezultat v odstotkih in v kolikor je komisija preblago ocenjevala nekatere primere, so med njimi prav gotovo tisti, ki so tudi usmerjeni na posebno šolo in so torej pod odgo-varjačim tretmanom.

## Z a k l j u č k i :

Če pri ugotavljanju populacije duševno nerazvitih otrok izhajamo iz praktičnih namenov, bo končno dobljeno število nujno odstopalo od teoretičnih predvidevanj. Če hočemo dobiti teoretično pričakovane rezultate, moramo imeti teoretične naloge. V praktični akciji pride namreč do izraza načelo "in dubitando melius", v teoretični pa "in dubitando medicritas" v skladu z zakoni statistike, kar vpliva na končne rezultate.

Praktično izvedena akcija tendira bolj k prognozi, kakor k diagnozi, kar je razumljivo, vendar se zaradi tega oddaljimo od statistično teoretičnih pričakovanj glede števila.

Ker je akcija prva v SRS, je razumljivo najti v delu določene previdnosti. V smeri preverjanja teorij je lahko taka obdelava le preliminarne vrednosti.

Kljub nezadostni teoretični vrednosti, ki naj bi kot reprezentativen vzorec pokazala pogostost duševne prizadetosti v SRS, pa s takimi akcijami in ostalo dejavnostjo, ki nujno sledi, pristopamo k strokovnemu reševanju problemov ter krepko odrivamo od sebe pečat zaostale nacije.



STANJE IN PROBLEMI POKLICNEGA ALI DELOVNEGA USPOSABLJANJA TER ZAPOSLEJEVANJA KATEGORIZIRANE MLADINE MOTENE V TELESNEM IN DUŠEVNEM RAZVOJU

1. Slepi<sup>3</sup> in slabovidni<sup>4</sup> :

a) Število

Po podatkih Zveze slepih Slovenije in komisij za kategorizacijo je predvidoma slepih v starosti od 16 - 25 let okrog 170, a močno slabovidnih okrog 700. Od slepih je na poklicnem usposabljanju ali na ustreznem strokovnem šolanju (v srednji ali višji šoli) 52.

b) Kje se usposabljaajo

Zaradi izrednega prizadevanja Zveze slepih Slovenije lahko ugotavljamo, da se vsi slepi, ki so kos usposabljanju, usposabljaajo. Odpadejo le oni, ki imajo kombinirane motnje (slepota in gluhotata, slepota in nezadostna duševna razvitost itd.). Po stanju 15/9-1966 je bilo v srednjih strokovnih šolah in gimnaziji ter višjih in visokih šolah 31 slepih (v medicinski srednji šoli za fizioterapevte 9, v gimnaziji 10 in 5 slepih v drugih srednjih strokovnih šolah, na visokih jih je 7. Ti študirajo pravo in pedagoške predmete.

V Centru za slepe v Škofji Loki je na usposabljanju prav tako 34 slepih. 4 so na usposabljanju v zaščitnih delavnicah, 2 na priučevanju v rednih gospodarskih organizacijah, 28 pa se izučuje v kovinarski, elektromontažni in telefonski stroki. Razen teh pa je 14 slepih izven usposabljanja, ker sploh niso obiskovali osnovne šole in jih sedaj zato ni mogoče vključiti v rehabilitacijo. Iz tega je razvidno, da je Zvezi slepih uspelo v zadnjem času zajeti v rehabilitacijo skoraj vse slepe.



Drugače pa je z močno slabovidnimi. Teh Zveza slepih ne včlanjuje. Ker imajo še nekaj ostankov vida, se šolajo in usposabljaajo med videčimi. Ker pa marsikateremu slabovidnemu zaradi intenzivnega naprezanja oči, vid nadalje peša, bi bilo potrebno zanje organizirati posebej pouk s posebnimi metodami in nazornimi sredstvi, kajti le tako bi jih obvarovali nadaljnjega propadanja vida do popolne oslepitve. Slabovidnim bi moralo biti omogočeno, da bi ostanke vida obdržali.

c) Problemi poklicnega usposabljanja in zaposlovanja

Do nedavnega so se slepi usposabljali za klasične obrti kot je ščetarstvo in pletarstvo. Ta obrt pa zadnje čase hitro izumira zaradi vedno večje uporabe plastičnih mas in drugih surovin. Posebej pa še zato, ker se marsikaj izdeluje strojno. Temu pa slepi niso kos. Zato so slepe začeli usposabljati za telefoniste in jih je danes zaposlenih v Slove<sup>n</sup>iji v telefonskih centralah 145. Žal pa so tudi tu že ponudbe večje od potreb. Tako nima deset usposobljenih telefonistov zaposlitve.

Pred letom je Center za slepe začel uvajati nove poklice za slepe. Predvidel je dve glavni strokivkovinsko obdelovalno in kovinsko elektromontažno. V obeh strokah pa po 7 profilov. Tej novi rešitvi prilagajajo tudi učni program v lastni vajeniški šoli. Težave imajo z verifikacijo, vendar upajo, da bo šlo.

Uvajanje slepih v nove poklice pa lahko velja le za one, ki so umsko normalni, osebno urejeni in motorno (gibalno) intaktni. Vsi ostali, ki teh lastnosti nimajo, so iz novega koncepta izključeni. Ostane jim le klasična obrt, ki pa je, kot že rečeno, v izumiranju.

Pri zaposlovanju intenzivno delajo na tem, da jih vključujejo v redne gospodarske organizacije. Tu



pa lahko uspejo le oni, ki so navzlic občutnemu defektu 100 % po učinku na delovnem mestu enakovredni videčim. Kam z ostalimi, ostane odprto vprašanje. Čeprav klasična obrt ni donosna, naj bi še naprej ostala njihova domena. Tisti, ki so dobro izvežbani, se lahko v celoti sami preživljajo. Za ostale, manj sposobne zaradi kombiniranih motenj in motorne zavrnosti, pa pomeni taka zaposlitev razen delnega lastnega preživljanja okupacijsko terapijo in delček sreče ter osebnega zadovoljstva.

- d) Je prav tako ena od oblik zaposljevanja, katera je zlasti primerna za one slepe, ki so poleg da so slepi, še težko pokretni. Center za rehabilitacijo slepih, ki sicer te redno zaposluje, od njih ne more pričakovati, da bi se v celoti sami preživljali, zato jih mora deloma subvencionirati. Vendar je to še vedno ceneje kot da bi bili v Centru. Razen tega je slepi v domačem okolju in mu lahko domači pomagajo z drobnimi uslugami. Pa tudi občutek, da so med svojimi, je povsem drugačen, kot če živijo med samimi slepimi.

Z delom na domu Center za slepe deloma preperečuje, da bi se na enem mestu skoncentrirali vsi slepi. Ta oblika pa daje še to možnost, da so slepi v rednem delovnem razmerju s centrom, tako jim tudi teče delovna doba in se počutijo socialno varne. Seveda mora Center sprejemati vse tiste, ki zunaj nikakor ne morejo uspeti, to so v glavnem starejši, bolehní, taki brez svojcev ali z zelo nizko pokojnino itd. Do sedaj je lahko ugodno rešil vse prošnje za sprejem, vendar jih zadnje čase ne more več zaradi prezašedenosti doma. Razen tega je dom skrajno nefunkcionalno prirejen za slepe in ima zelo zastarelo opremo. Tudi stavba je dotrajana in bo potrebno misliti na večje adaptacije in preureditve. Ker je precejšnje število takih slepih, ki se s svojo pokojnino skoraj sami vzdržujejo, ni mogel dom v oskrbni dan še vkalkulirati amortizacijo. Zato danes tega sklada takorekoč nima in tudi ne postavke, iz katere bi lahko kril



prepotrebne investicije. Še danes je njihov oskrbni dan eden od najnižjih. Za celotno oskrbo v domu, t.j. za hrano, stanovanje, obleko, obutev, za plače tehničnega osebja, plača vsak oskrbovavec 1.300 S din dnevno. Vsaka ekonomska podražitev pa bi slepe zelo prizadela, saj zaradi minimalnih pokojnin, višjega oskrbnega dneva ne bi mogli plačati.

Nekateri predlogi za rešitev:

1. Slepim telefonistom, ki lahko s svojo usposobljenostjo enakovredno videčim opravljajo svoj poklic, zagotoviti prednost v zaposlitvi.
2. Za one slepe, ki se ne morejo zaposliti v rednih delovnih organizacijah (zaradi ukinitve in reorganizacije delovnih mest), formirati delovne enote v bazenskih centrih za rehabilitacijo.
3. Za preučevanje novih poklicev za slepe (nomenklature poklicev in delovnih mest) bi bilo potrebno temeljiteje strokovno preučiti možnosti, sestaviti ustrezen učni program in zagotoviti zadostna finančna sredstva.
4. Nujno je poiskati finančna sredstva za usposobitev, zlasti pa za tekoče vzdrževanje Centra, t.j. Doma slepih v Škofji Loki.

2. Poklicno in delovno usposabljanje mladine z okvarjenim sluhom 5

#### a) Število

Po delnih podatkih Zveze gluhih Slovenije in komisij za kategorizacijo je v Sloveniji predvidenih gluhih v starosti od 16 - 25 let okrog 300, naglušnih pa okrog 2,400. Od teh je kategoriziranih le 96 oziroma 57.

Na delovnem in poklicnem usposabljanju je bilo gluhih na dan 30/6-1966 po nepopolnih podatkih 69



(manjkajo podatki iz štirih občin). Od teh je v učnih delavnicah zavoda za usposabljanje sluš-  
no in govorno prizadetih 28. Vsi ostali pa se usposabljaajo v rednih delovnih organizacijah.

Letno konča obvezno šolanje v Ljubljani in Por-  
torožu okrog 30 gluhih. Kakor je razvidno, se  
večina teh zaposli v rednih gospodarskih organi-  
zacijah (60 - 70 %), 20 % absolventov sprejmejo  
učne delavnice, 20 % pa ima kombinirane motnje,  
teh pa nihče ne vzame in ostajajo še nadalje  
socialni problem za družbo.

Podobno kot s slabovidnimi, je z naglušnimi. Ker  
so ti manj odvisni od svojega sluha - ostanki  
sluha jim namreč še dovoljujejo, da laže kon-  
taktirajo s slišječimi - jih je težje odkriti.  
Razen tega imajo naglušni običajno neprizadet  
govor, kar jim prav tako znatno olajša prilag-  
oditev v okolje. Brez dvoma pa so naglušni  
problem, saj v osnovni šoli zaradi nestrokov-  
nega obravnavanja močno zaostajajo za slišječimi  
in jim je tako onemogočeno uspešno končati os-  
novno šolo, kar ima za posledico, da se ne mo-  
rejo vključiti v nadaljnje poklicno usposab-  
ljanje.

#### b) Kje se usposabljaajo

Svojo učno bazo imajo v učnih delavnicah Za-  
voda za slušno in govorno usposabljanje v Ljub-  
ljani. Tu se lahko usposabljaajo v tiskarski,  
litografski, knjigoveški, galanterijski in ši-  
viljski stroki. Razen tega morejo visoko in-  
teligentni gluhi, opremljeni s tehničnimi pri-  
pomočki, doseči tudi šolanje na srednjih in  
visokih šolah. Ker so učne delavnice popolnoma  
zasedene, se gluhi usmerjajo največ v redne  
gospodarske organizacije. Popolnoma odprto  
vprašanje pa je za one, ki imajo še poleg glu-  
hote kakšen defekt bodisi slepoto, duševno  
nezadostno razvitost, motorno zavrtoost, možgan-  
ske okvare itd. Tem so vsa vrata zaprta.

Za usposobitev za posamezne poklice v Zavodu



pridejo v poštev le tisti, ki niso duševno in ne motorično prizadeti in ki imajo ustrezno osnovno znanje iz risanja, računstva in slovenščine. Predno vajenca vključijo v uk, prekušajo šest mesecev njegovo sposobnost. V tej dobi je lahko tudi odklonjen in odpuščen. Torej je bilo lo-letno posebno šolanje zaman.

Nastaja resno vprašanje, kam s to mladino? Učne delavnice imajo svoj smoter. Zaradi gospodarskega računa ne morejo reševati socialnih problemov, čeprav so iste delavnice bile grajene v ta namen. Pod istimi kriteriji sprejemajo gluhe vajence tudi redne gospodarske organizacije.

Zaradi takega stanja bo treba misliti na zaščitne delavnice, kjer bi se lahko gluhi z nižjimi sposobnostmi in lažjimi kombiniranimi motnjami usposabljali in morebiti tudi kasneje zaposljevali. Morda na podobne načine kot slepi.

#### c) Posebna problematika naglušnih

Iz podatkov komisij za kategorizacijo je razvidno, da je do 30/6-1966 bilo kategoriziranih le 4 % za kategorizacijo predvidenih naglušnih otrok. Neštetokrat je bilo povdarjeno, da je zelo važno zgodnje odkrivanje teh. Zaradi zanamaranja odkrivanja, diagnosticiranja, triažiranja in posebnega slušnega treninga se tem mladim ljudem preprečuje normalen razvoj govora in učenja, zaradi česar zaostajajo v razvoju mišljenja in ostalih pomembnih psihičnih procesih. Pravočasno odkrivanje bi bilo zanesljivo najboljše in najučinkovitejše sredstvo za čimprejšnjo vključitev med normalne ljudi.

Velika ovira za zgodnje odkrivanje in ustrezno slušno usposabljanje v najranejši mladosti so obstoječi predpisi, ki ne dovoljujejo, da bi se ti otroci usposabljali na ustrezen način. Uredba o poklicni rehabilitaciji otrok zavarovancev priznava pravico do rehabilitacije šele s sedmim



letom. S tem zamudimo prav tisto dobo, ko otrok razvija svoj govor, ko kar naprej sprašuje in pričakuje odgovor. Tako prihajajo v Zavod za gluhe že kar formirani glušci, čeprav so imeli prej nekaj dispozicij za razvoj sluha in govora in jih zaradi navedenega niso mogli razvijati. Razumljivo je, da naglušni otrok v družbi gluhih zavestno postane bolj gluh kot je v resnici.

Naglušnim otrokom in mladini bi lahko tudi znatno pomagali s slušnimi aparati. Tudi tu je veliko ovir (strokovnih in finančnih). Slušni aparat se dodeljuje le onim osebam, ki jih je zaradi specifičnosti službe nujno potreben, razen tega pa uvažajo le cenejše aparate, ki pa ne olajšajo poslušanja v dovoljni meri in jih zaradi načina izdelave ni mogoče ustrezno adaptirati na ostanke sluha. Pri dodeljevanju aparatov so pa seveda popolnoma izvzeti kmečki zavarovanci in otroci tistih staršev, ki ne izpolnjujejo pogojev po Uredbi o poklicni rehabilitaciji otrok zavarovancev. (Starši, ki imajo prekinjeno delovno dobo, nimajo zadostno gostoto delovnega staža, niso upravičeni do otroškega dodatka ipd.).

#### Nekateri predlogi za rešitev teh problemov

1. Določiti status in namen učnih delavnic. V kolikor ostanejo učne delavnice s sedanjim statusom, misliti na gradnjo novih zaščitnih delavnic za gluhe, ki se ne morejo vključiti v sedanje.
2. Zagotoviti strokovna in finančna sredstva za čimprejšnje odkrivanje, diagnosticiranje in triažiranje ter ustrezno slušno usposabljanje naglušnih otrok.
3. Izdelati in sprejeti ustrezne republiške predpise, ki bi omogočali rano slušno rehabilitacijo (sedaj morajo čakati do sedmega leta starosti).



### 3. Rehabilitacija mladine z govornimi in glasovnimi motnjami 6

#### a) Število

Po dosedanjih ocenah in preverjanju je okrog 4.000 mladine, ki je končala šolsko obveznost z omenjenimi motnjami. Tu gre zlasti za motnje izvajanja simbolov, za motnje fonacije, artikulacije, disfemije, subsimbolične motnje, motnje simboliziranja in za govor duševno nezadostno razvitih oseb.

#### b) Kje morejo tako prizadeti dobiti pomoč in rehabilitacijo ?

1. Odkrivajo jih lahko otroški dispanzerji, šolske poliklinike, ambulate in zdravstveni domovi.
2. Končna diagnoza pa je stvar visoko kvalificiranih in dobro opremljenih zavodov (foniatrična klinika v Ljubljani).

Z rehabilitacijo navedenih se ukvarjajo logopedске ambulate. Zaenkrat samo v Ljubljani, Mariboru in Portorožu. Te ambulate so do sedaj obravnavale že 715 logopatrov. Manjših korektivnih posegov pa je bilo že preko 1.500.

#### c) Problemi in predlogi za rešitev

Iz navedenega je razvidno;

- težavnost odkrivanja
  - in zelo šibka mreža logopedskih ambulatorijev.
1. Sistematični strokovni pregledi šolskih otrok, pri katerih morajo sodelovati foniater, logoped in klinični psiholog.
  2. Razširiti mrežo logopedskih ambulatorijev na večja središča.



#### 4. Rehabilitacija telesno invalidne mladine

##### a) Število

Po nepopolnih podatkih komisij za kategorizacijo je kategoriziranih nekaj nad 200 invalidne mladine, stare med 16 do 25 let. Računamo pa, da je te okrog 900. Od tega je 77 na poklicnem usposabljanju, 24 pa še čaka na rehabilitacijo, 40 pa je rehabilitiranih, vendar ne morejo najti ustrezne zaposlitve.

##### b) Kje se lahko usposabljaajo?

V Sloveniji imamo nad 100 mest za usposabljanje te mladine. Ti zavodi so: Dom za invalidno mladino v Kamniku in Zavod za usposabljanje in zaposlovanje telesnih invalidov Ponikve. Razen tega se usposabljaajo še v drugih zavodih za rehabilitacijo in zaposlovanje.

##### c) Problemi zaposlovanja telesno invalidne mladine

Eden od vzrokov, da rehabilitirani telesno invalidni mladinec težko dobi zaposlitev je v tem, da po vrnitvi v domači kraj ni ustreznih delavnic za njegovo stroko. Sploh pa se ne more zaposliti na področjih, kjer je le težka industrija (ta nima mest za invalide, ki so težko pokretni).

Posebni problemi nekaterih podkategorij telesne invalidnosti

##### 1. Cerebralno motorna invalidna mladina:

Osnovnošolsko cerebralno motorno invalidno mladino smo skoraj v celoti zajeli z novimi zmogljivostmi v Kamniku in v Vipavi. Izvedena je bila ustrezna diferenciacija tako, da Kamnik sprejema umsko normalne, Vipava pa lažje duševno nerazvite otroke z možganskimi okvarami. V Kamniku lahko nadaljujejo poklicno usposabljanje torej vsi tisti, ki so uspešno končali



8-letno šolanje, ostaja pa še vedno odprto vprašanje, kam z absolventi vipavskega zavoda. Za te bo potrebno organizirati v okviru tega zavoda nadaljnje usposabljanje ali pa povsem na novo ustanoviti delavnice, kjer bi se tako prizadeti usposabljali za enostavnejša fazna dela. Tisti, ki se zaradi narave motenosti nikakor ne bi mogli zaposliti izven zavoda, naj bi dobili ustrezna mesta v zaščitnih delavnicah ali pa, da bi jim delavnice dajale delo na dom.

2. Precejšnje težave nastajajo s paraplegiki. Zaradi nepokretnosti (spodnji del trupa je popolnoma paraliziran - pogosto tudi nimajo kontrole za vodo in blato), jih ni mogoče zaposliti v rednih delovnih organizacijah. Prav tako bi morali tudi zanje najti ustrezno rešitev za zaposlovanje na domu in delovna mesta v zaščitnih delavnicah.

- Rehabilitacija in delovno usposabljanje ter varstvo duševno nezadostno razvite mladine 7

#### a) Število

Po podatkih komisij za kategorizacijo je te mladine kategorizirane nad 16 do 25. leta 1319. Izven kategorizacije pa je še vedno okrog 4.000. Na poklicnem usposabljanju jih je komaj 182. Nekaj več kot 10 %.

Ta kategorija je izmed vseh do sedaj opisanih najštevilnejša. Glede narave prizadetosti pa ima najmanj zmožnosti delovnega usposabljanja in varstva. Slovenija do danes nima niti enega ustreznega delovnega mesta v kateremkoli zavodu, kjer bi se tako prizadeta mladina usposabljala. Edino pri Vzgojnem zavodu Janeza Levca v Ljubljani je njim namenjenih 6 delovnih mest v knjigoveški stroki.

- b) Problem tega usposabljanja je dokaj zapleten. Od navedenega števila je mogoče izločiti le še 60 % za poklicno usposabljanje ali pa navajanje na delo.



Ostalih 40 % pa je toliko prizadetih, da jih je potrebno namestiti v posebnih zavodih, kjer bi bili deležni posebnega varstva.

Kategorizacija je sedaj diagnosticirala komaj 40 % za kategorizacijo predvidene mladine. Ustreznega šolanja pa je deležno komaj 50 % teh. Ostali hodijo v osnovno šolo, kjer nikakor ne morejo biti uspešni, ali pa sploh ne obiskujejo osnovne šole. Po podatkih kategorizacije obiskuje osnovno šolo nad 1.500 duševno nerazvitih otrok. Približno enako število jih obiskuje posebne osnovne šole.

- c) Kako rešiti problem delovnega usposabljanja lažje duševno nerazvitih otrok oziroma mladine.

Letno konča osnovno šolo okrog 500 teh mladincev. Nekateri nadaljujejo (približno 20 %) šolanje na strokovnih šolah (industrijskih, obrtniških ipd.). Nekaj nad polovico se jih zaposli. Ker nimajo dovolj delovnega treninga, marsikateri od njih zapusti delovno mesto in zaide na stranpota. Tudi ostalih 30 % ostaja neproduktivnih - celo antisocialni del družbe.

Da bi bili rezultati morda celo desetletnega posebnega šolanja boljši, bi morali za to skupino mladine ustrezno prirediti delovna mesta v bazenskih centrih, kjer bi jih z intenzivnim treningom usposobili za fazno delo v industriji. V nekaterih industrijskih središčih, npr. na Jesenicah in v Celju imajo formirane posebne delovne grupe, kjer se ti mladinci najprej privajajo na delo. Tu gredo skozi razna delovna mesta, kjer jih opazujejo. Rezultati njihovega uspeha na določenih delovnih mestih so potem merila za trajnejšo zaposlitev na ustreznem delovnem mestu.

Prav tako bi kazalo v programe posebnih osnovnih šol vnesti več praktičnih predmetov na račun verbalnih. Za one mladince, ki niso dovolj usposobljeni za vključitev neposredno na delovno mesto, bi bilo potrebno podaljšati šolanje. Zakon



o posebnem šolstvu v členu 12 predvideva posebno šolanje do dopolnjenega 17. leta starosti.

## 6. Delovno usposabljanje težje duševno nerazvitih otrok

### a) Stanje

Po 18. členu zakona o posebnem šolstvu (Ur.l.LRS št. 34/60) se otroci, ki se zaradi hudih motenj ali hib v telesnem in duševnem razvoju ne morejo vzgajati in izobraževati v posebnih strokovnih šolah, vzgajajo v posebnih zavodih za usposabljanje in privajanje na delo. Med otroke, ki sodijo, kar zadeva njihovo usposabljanje po 18.členu cit. zakona, spadajo zlasti duševno nerazviti, ki so na stopnji imbecilnosti.

Po citiranem zakonu o posebnem šolstvu spada reševanje te problematike za otroke do 17.leta starosti, ki so sposobni delovnega usposabljanja v pristojnost šolstva, za nadaljnje varstvo pa mora skrbeti socialno varstvo.

Samostojnega zavoda za te otroke v Sloveniji nimamo. Le okoli 30 imbecilnih otrok je sedaj vključenih v dveh oddelkih mladinsko-zaščitnega doma v Dornavi in 28 v treh oddelkih vzgojnega zavoda Janeza Levca v Novih Jaršah v Ljubljani. Od skupnega števila 719 kategoriziranih imbecilov se tako delovno usposablja le 58 ali 8 %, od 1.050 odkritih 6 % otrok, ali od 1.500 predvidenih le 4 %.

### b) Potrebe in razlogi posebnega varstva - delovnega usposabljanja otrok in mladine:

Iz izvidov in mnenj strokovnih komisij za kategorizacijo, ki upoštevajo zlasti organsko biološko osnovne motnje, stopnjo duševnega razvoja oziroma intelektualne sposobnosti in otrokove osebnostne oziroma emocionalne značilnosti, je bilo mogoče ugotoviti, da je 75 % kategoriziranih imbecilov še duševno in telesno sposobnih za odvisen in usmerjevalen način življenja ter za opravljanje pre-



prostih, enostavnih del. Iz tega sledi, da je od sedanjih 719 kategoriziranih (imbecilov) 530 sposobnih za delovno usposabljanje pod posebnimi pogoji, ostali pa so v celoti odvisni od tuje pomoči. Če ne bomo pristopili k načrtu in sistematičnemu delovnemu usposabljanju teh otrok, bo treba računati na milijarde izdatkov za preživljanje v zavodih, če upoštevamo povprečno starost 40 let.

Vprašanje bodočnosti teh otrok je zelo zaskrbljujoče. Ker nimamo nobenega zavoda, kjer bi jih ustrezno usposabljali, so v celoti v breme staršev, ki zanje ali pretirano skrbijo, ali pa jih grobo zanemarjajo. Eni kot drugi preprečujejo otrokov razvoj.

Če bomo še nadalje zanemarjali reševanje primerne varstva imbecilov, bo treba računati z nekaj tisoči državljanov, ki bodo enako število državljanov zaposlili zaradi varstva, ker niso bili toliko usposobljeni, da bi opravljali najosnovnejša opravila. Zaenkrat v glavnem starši skrbijo za te otroke, po njihovi smrti pa bodo v celoti v breme družbi.

Sedaj 112 mater prejema socialno podporo za preživljanje, ker se zaradi prizadetega otroka ne morejo zaposliti.

c) Nekateri predlogi za delno rešitev teh problemov:

- v Ljubljani, Celju in Mariboru, kjer je največ imbecilov, (v Ljubljani 170, v Mariboru 110, Celju 50) ustanoviti eksterne zavode s celo - dnevno zaposlitvijo ali varstvom (strokovno samostojni zavodi, finančno in administrativno pa vezani na obstoječo mrežo posebnega šolstva);
- za tiste, ki živijo izven navedenih središč, ustanoviti zavod z internatom z zmogljivostjo od 150 do 200 mest (za tak zavod se načrti izdelujejo, in sicer: za zgraditev novega zavoda na Igu pri Ljubljani);



- za ostale, ki jih ne bi bilo mogoče zajeti z eksternim ali internim varstvom, predlagamo obravnavanje na domu. (Odpreti delovno mesto mobilnega ortopedagoga pri Centru za socialno delo, ali pri Zavodu za zdravstveno varstvo ali pri posebni osnovni šoli).

Iz prednjih podatkov je razvidno, da počasi pristopamo k reševanju delovnega usposabljanja na nivoju posebne osnovne šole, bo pa to brezpredmetno, če ne bomo že sedaj začeli pripravljati mrežo posebnih delavnic za to mladino.

- 3 Za slepega se šteje tisti, ki ima na boljšem očesu s korekcijsko lečo ostrino vida manjšo kot 0,10 (90 % izguba vida) ali ima vidno polje do 20 stopinj.
- 4 Za slabovidnega se šteje tisti, ki ima na boljšem očesu s korekcijsko lečo ostrino vida manjšo kot 0,4. Dalje tudi tisti, ki ima na boljšem očesu s korekcijsko lečo ostrino vida večjo od 0,4, vendar se pri njem pričakuje poslabšanje vida.
- 5 Za naglušnega se šteje tisti, ki je izgubil sluh od 30 do 80 db, s katerim je sporazumevanje nezanesljivo in je razvoj njegovega govora bistveno okvarjen.  
Za gluhega se šteje tisti, ki je izgubil sluh več kot za 80 db in sporazumevanje z njim ni mogoče.
- 6 Za govorne motnje štejemo takrat, kadar je sprememba vsebine ali akustičnega efekta dovolj velika, da pritegne pozornost, da ovira medsebojno sporazumevanje ali neugodno vpliva na govornika oz. poslušalca.
- 6a V kategorijo telesne invalidnosti spadajo tisti, ki imajo okvare ali deformacije ali gibalne motnje, ki jim onemogočajo, da bi se normalno vzgajali, izobraževali in usposabljali, t.j. na način, ki je določen za njihove duševno in telesno neprizadete vrstnike. V to kategorijo spadajo tudi tisti, ki



imajo trajne oziroma kronične okvare na kardio-vaskularnem, degestivnem, respiratornem in na drugih sistemih.

- 7 Duševno nezadostno razviti so oni, ki so zaradi zaostalega ali počasnega duševnega razvoja umsko zaostali in imajo pri analizi rezultatov testiranja umski količinski od 0 do vštrevši 70.

Dr. Irena Arko

### POSTOPNA HABILITACIJA DUŠEVNO NEZADOSTNO RAZVITIH OSEB

Primer dobro organizirane postopne rehabilitacije duševno nezadostno razvitih oseb od zgodnje mladosti dalje nudi Okrajna bolnišnica za psihiatrijo in nevrologijo Brandenburg - Görden (NDR). Delo v tej smeri se intenzivno razvija od leta 1959 dalje. V sorazmerno kratkem času je bolnišnici uspelo realizirati skoraj celoten plan postopne rehabilitacije.

Bolnišnica zastopa mnenje, da je duševna nerazvitost trajno bolezensko stanje, ki zahteva specifično zdravljenje. Kot bolezensko stanje sodi v bolnišnico; ker je specifično zdravljenje zanj posebno šolanje in delovno usposabljanje, mora biti v bolnišnici posebna šola, oddelki za delovno usposabljanje in delovna terapija; ker je takšno zdravljenje dolgotrajno, je potrebno dolgoletno bivanje v bolnišnici. Tega koncepta ni sprejela le bolnišnica, temveč tudi država in bolniška blagajna ter plačevanje oskrbnega dne tudi leta in leta dolgo ne predstavlja nobenega problema.

Habilitacija je osnovana na čim natančnejši diagnozi ter na dejanski zmogljivosti posameznika. Vse od otroških skupin na oddelkih pa tja do zaključne faze, usposobitve za delo, se odvija po določenem planu, ki se v svojem bistvu ves čas ne spreminja,



temveč samo dopolnjuje in pogloblja. Vendar ta plan ni nekaj togega, temveč so vselej možne potrebne spremembe, prav tako je vselej možna tudi premestitev otroka v manj zahtevno skupino ali obratno.

Habilitacija najmanjših se prične že na bolniškem oddelku samem. Negovalke navajajo ležeče otroke k opazovanju in seganju po predmetih in jim stalno menjavajo igračke, obešene na vrvi preko postelje. Tudi oprema oddelka, na primer zavese, odejice, otroške oblekice so izbrane tako, da vzbujajo otrokovo pozornost. Ko otrok shodi ali se zna plaziti, ga prične v igralnici oddelka navajati na smotrno igranje. Prične se tudi trening k snagi in navajanje na samostojno hranjenje.

Naslednja stopnja je rehabilitacija v manjših skupinah, ki bi ustrezale nekako pojmu otroškega vrtca. Tu pridejo otroci iz rok negovalk za nekaj ur na dan v roke vzgojiteljicam. V teh skupinah, ki ne presegajo števila deset otrok, jih vzgojiteljice najprej opazujejo in presojujejo ter jih nato razvrstijo v manj ali bolj zahtevne skupine. Otroci boljših skupin so predvideni za posebno šolo, slabših za medikopedagoško obravnavanje, najslabših za zaposlitvene skupine.

Posebna šola bolnišnice razvršča - enako kot je to v predšolskih skupinah - različno sposobne otroke v razrede z različno zahtevnostjo. Boljši otroci so v razredih tipa A, slabši tipa B, predvideni pa so še razredi tipa C, kot jih imajo posebne šole izven bolnišnice. Razredi tipa C so v bistvu prehodna stopnja med posebno šolo in najboljšimi medikopedagoškimi oddelki (Heilpädagogik). Posebna šola je za sedaj le osemrazredna in še ni razvila devetega in desetega razreda, ki veljata v NDR kot priprava za poklicno šolanje. Zato premesti bolnišnica debilne otroke, primerne za izučitev poklica, v posebne desetrazredne šole. Po uspešno dovršenem desetem razredu se lahko vpišejo v posebno poklicno šolo in se izučijo zanje primernega poklica, na primer za perico, za živinorejca, za brusača v optični industriji, za traktorista in podobno. Usmerjanje debilnih mladostnikov v ustrezne poklice je v NDR znatno lažje, odkar



velja od leta 1961 zakon, da zadošča za približno šestdeset poklicev dovršena posebna šola.

Mentalno huje prizadete otroke, ki ne bi uspevali v posebni šoli, vključijo v bolnišnici v medikopedagoške oddelke ali pa v zaposlitvene skupine.

Medikopedagoške skupine so razdeljene v štiri stopnje: igralno, opazovalno, prehodno in predšolsko. Iz predšolske je možen, če pokaže otrok večji napredek, kot je bilo predvideno, prehod na posebno šolo. Za vsako stopnjo je določen poseben program, ki smotrno razvija otrokovo mišljenje, motoriko, govor, ročne spretnosti, delovne navade in primerno socialno ponašanje. Programi niso obširni, temveč so osnovani na dejanski zmogljivosti otrok vsake stopnje. Metode so izdelane po principih ustvarjanja pogojnih refleksov. Na prvi pogled izgleda razvijanje neke dejavnosti kot težko opravičljiv drill, po daljšem opazovanju in kritični presoji pa postane takšen način dela s huje prizadetimi otroci vse bolj umljiv in sprejemljiv.

Otrok ostane v vsaki skupini toliko časa, dokler ne osvoji predpisane snovi. Če se pokaže, da tega ne bo zmoget, je premeščen v eno od zaposlitvenih skupin s še manj zahtevnim programom.

Na najvišji stopnji je program v medikopedagoških skupinah že precej obširen in obsega:

Govorno izražanje v stavkih, čitanje enostavnih besed in sestavkov v posebni čitanki (poznanje velikih in malih tiskanih črk), napisovanje lažjih besed in kratkih stavkov, prepoznavanje napisov (osvojeno po globalni zapornitvi besede) kot na primer "lekarna", "pošta", "trgovina" itd.

Štetje in poznanje števil do 50, enostavno računanje (seštevanje in odštevanje), poznanje denarja in praktična uporaba tega znanja, na primer da otrok ve, da je novce za pet pfenigov prav toliko vreden kot pet novcev po en pfenig.

Otrokom ni treba poznati na uro, pač pa morajo pre-



poznavati čas na ta način, da vedo, da se prične šola ob osmih zjutraj, da je ob dvanajstih kosilo, da gredo spat ob osmih zvečer.

Pri delovni vzgoji pomagajo otroci pri vseh opravilih na oddelku in pri delu na vrtu. Vzgojitelji zelo pazijo na to, da otroci začeto delo tudi končajo. V oddelčni kuhinji se naučijo skuhati krompir, pripraviti kakao, puding, preprosto enolončnino in slično. Pri razvijanju ročnih spretnosti v "šoli" vezejo, šivajo, tkejo, delajo prtičke iz rafije, barvajo, rišejo itd.

Samostojni so pri oblačenju, znajo se obuti in si zavezati vezalke, skrbeti za svojo osebno higieno, se vljudno obnašati do odraslih, biti obziren drug do drugega, dostojno jesti in uporabljati ne le žlico, temveč tudi vilice in nož. Z vzgojiteljicami se često peljejo v mesto in smejo sami nakupovati, iti na pošto po pisma in znamke, v kino in slaščičarno ter sami poravnajo račun ali kupijo vstopnico.

Imbecilni otroci, ki niso kos zahtevam v medikopedagoških skupinah, pa naj bo to zaradi prenizke intelektualne zmogljivosti ali nesposobnosti za govorno izražanje, so pa še primerni za razvijanje ročnih spretnosti, se usposabljaajo v zaposlitvenih skupinah. Mnogo otrok v teh skupinah ne zna govoriti, znajo pa pomagati pri delu na oddelku in na vrtu, so dokaj samostojni pri oblačenju in osebni higieni in se naučijo marsikaterega ročnega dela ali ročne spretnosti. Smoter dela v teh skupinah ni več toliko mentalno razvijanje, temveč razvijanje čim večje življenske samostojnosti in praktične znajdnosti.

Ko dosežejo otroci medikopedagoških in zaposlitvenih skupin primerno telesno razvitost in mentalno zrelost, so sprejeti glede na svoje sposobnosti v eno od skupin naslednje faze Rehabilitacije, kar pomeni že usmeritev v trajno zaposlitev.

Bolnišnica ima naslednje možnosti za zaposlitev imbecilnih mladostnikov in odraslih oseb: delo na vrtu



in na polju, zaposlitev v zavodskih delavnicah ali v delavnicah delovne terapije in pri delu na oddelkih kot pomožna delovna sila.

Navajanje imbecilov na redno zaposlitev poteka po že znanih vodilih: od lažjega k težjemu, od znanega k neznanemu, od popolne odvisnosti in navezanosti na tujo pomoč k delni ali popolni samostojnosti.

Najpopolneje je izvedena postopna rehabilitacija mladostnikov - debilov ali imbecilov, ki so bili usmerjeni v poljedelstvo. Začetne težave prebrodijo v okrilju bolnišnice, nato pa jih nastanijo na bolnišničnem posestvu v neposredni bližini bolnišnice. Tam živijo pod nadzorstvom bolničarjev in delajo pod vodstvom delovnega terapevta. Po daljšem ali krajšem času premestijo tiste, ki se dobro obnesejo pri delu in poda o njih ugodno poročilo bolničar, na podeželje dokaj daleč od bolnišnice. Tam živi z njimi nekaj bolnišničnega osebja, navadno vsega skupaj 3 bolničarji ali 3 bolničarke, ki skrbijo za gospodinjstvo in hodijo z njimi na delo v bližnjo kmetijsko zadruho. Pri delu jim pomagajo in obenem pazijo, da jih zadruga ne izkorišča. Navadno delajo vsi skupaj v posebni skupini, največkrat ločeno od delavcev kmetijske zadruge. Od zaslužka dobijo v roke le manjše zneske, ostalo se nalaga na hranilno knjižico. Oleg dela na polju opravljajo tudi vsa hišna dela. Bolnišnica ne pošilja v takšne zunanje oddelke samo oligofrenih, temveč tudi kronične duševne bolnike in delajo in živijo skupaj. Če se kateri od njih v takšnem, že dokaj svobodnem življenju ne obnese, je premeščen nazaj v bolnišnico. Te oddelke na daljši čas, a redno obiskujejo bolnišnični zdravnik, socialna delavka in nadbolničar oziroma glavna sestra.

Po uspešno prestani preskusni dobi premestijo oligofrene, sedaj že odrasle delavce oziroma delavke, večidel lažje imbecile ali debile, v ustanovo, ki pomeni zadnjo fazo rehabilitacije pred odpustom v samostojno življenje. Spet pridejo v kmetijsko zadruho, vendar so že skoraj povsem samostojni. Prebivajo skupaj v isti hiši, zanje skrbi tako imenovani skrbnik, ki živi z njimi. Red v hiši morajo vzdrževati sami. Delajo skupno z delavci kmetijske zadruge. Plače



še vedno ne prejemajo v celoti, vendar dobijo na mesec dovolj za svoje osebne izdatke. Čeprav so formalno še vedno bolniki bolnišnice Brandenburg-Görden, imajo svojo osebno izkaznico in zdravstveno knjižico. Če zbolijo, ne gredo k bolnišničnemu, temveč h krajšnemu zdravniku. Povezavo med njimi in bolnišnico vzdržuje le še bolnišnična socialna delavka. Ne smejo pa menjati delovnega mesta, dokler niso uradno odpuščeni iz bolnišnične oskrbe. Leta, ko so v takšnem delovnem razmerju, se štejejo v delovno dobo.

Oligofreniki, ki gredo skozi vse pravkar opisane faze rehabilitacije, so v veliki meri sposobni za redno zaposlitev in samostojno življenje.

Podoben razvoj postopne rehabilitacije predvideva bolnišnica za oligofrenike, ki bi delali v industriji na mestih, primernih zanje.

Da je možna zaposlitev imbecilov mladostnikov tudi v industriji, je dokazala bolnišnica s tem, da je ob sodelovanju tovarne plastičnih izdelkov usmerila eno od svojih delavnic v določeno fazo industrijskega postopka. Štiriindvajset dečkov, starih dvanajst do šestnajst let, odstranjuje z električnimi noži odvečen material s plastičnih izdelkov (nastavki za noge miz in stolov) ter jih nato kot gotov izdelek pakirajo. Najsposobnejši obrezujejo neravne robове, manj sposobni ravne, slabši izdelke pakirajo in še slabši prinašajo in odnašajo material. Najboljša dva dečka dosega približno 90 % norme delavca v tovarni, najslabši pa komaj okoli 30 %. Mlajši delajo po tri in starejši po šest ur dnevno.

Ostale oblike rehabilitacije na oddelkih in v bolnišničnih delavnicah se odvijajo v okviru običajnih dejavnosti bolnišnic za duševne bolezni; tudi pri tem se uveljavlja princip postopnosti rehabilitacijskega procesa.

Postopna rehabilitacija duševno nezadostno razvitih otrok in odraslih oseb v bolnišnici Brandenburg-Görden je potrdilo tega, kar povdarjamo in za kar si prizadevamo že nekaj časa tudi pri nas: Starši vsakega prizadetega otroka upravičeno zahtevajo zanj eno od



temeljnih pravic, pravico do osnovne izobrazbe. Osnovna izobrazba za prizadete otroke je ustrezna habilitacija, ki bi morala zajeti neprimerno več otrok kot doslej. Res neuničljivih, to je za vsako habilitacijo neprimernih otrok je dosti manj, kot se na splošno misli. Neprimerno več je duševno nerazvitih otrok, ki dajejo samo videz neučljivega otroka, v resnici pa si ni nihče prizadeval, da bi jih pravilno razvijal. Zanemarjanje duševno nezadostno razvitega otroka v smislu nerazvijanja ne pomeni samo zastoja v njegovem duševnem razvoju, temveč ugašanje sicer prizadetih, a vendarle podanih možnosti za neko, čeprav morda le kratko razvojno pot, te možnosti pa morajo propasti, če nikoli niso imele prilike, da bi zaživele in delovale.

Ing.arh.Milivoj Lapuh

#### PLANIRANJE IN PROJEKTIRANJE DOMOV ZA DUŠEVNO ZAOSTALE

Mednarodna zveza za otroško varstvo je v sodelovanju z Dansko službo za duševno zaostale organizirala mednarodno delovno konferenco, ki je obravnavala problematiko planiranja in projektiranja s področja duševno zaostalih.

Posvetovanje, ki se ga je udeležilo 50 predstavnikov iz 18 držav, se je vršilo v prostorih otroške bolnice za duševno zaostale (BØRNEHOSPITALET I VANGEDE) v Københavnu od 3. do 7. aprila 1966.

Posvetovanje je bilo združeno z razstavo projektov, modelov in fotografij, s predvajanjem filmov in ogledom nekaterih danskih institucij za duševno zaostale.

Konferenca se je pričela s plenarnim zasedanjem, na kar smo bili udeleženci porazdeljeni v 4 diskusijske skupine, ki so vsaka zase proučevale zastavljena vpra-



šanja in zavzele enotno stališče. Vodje skupin so ta stališča medsebojno usklajevali, ob zaključku pa so na plenarnem zasedanju bili sprejeti sklepi konference.

Na delo in uspeh konference je v precejšnji meri vplivala stalna, neposredna izmenjava mnenj. Udeleženci smo namreč živeli ves čas zasedanja skupaj, takorekoč brez stika z dogajanjem izven, za nas rezerviranega, prostora.

Podajam kratek resumé posvetovanja:

I. Nega duševno zaostalih ima zgodovino, ki je le delno podobna zgodovini nege duševno bolnih.

Duševno bolne je bilo treba zaščititi pred samim seboj in pred ostalimi ljudmi. Že v 18. stol. so bili izolirani od družbe. Prevladovalo je mnenje, da je dovolj iztrgati jih iz privajenega okolja in jih presaditi v nek idiličen kraj, kjer je možno, popolnoma izolirano od družbe, organizirati svoj lasten dnevni red. To je bila I. faza v zgodovini duševno bolnih.

V prvi polovici 19. stol. so že začeli deliti duševno bolne na tiste, ki jih ni mogoče rehabilitirati in na tiste, ki se jih da. To je II. faza.

Že sredi 19. stol. začno z ustanavljanjem takozvanih "kolonij", manjših bolnišnic, podobnih kmetijam. Tu so negovali delazmožne duševne bolnike, kot tudi velik del duševno zaostalih in epileptikov.

V prvi polovici 19. stol. so bili ustanovljeni tu in tam "azili za idiote". Mnogi pionirji so že tedaj sprevideli, da tak "azil" ne more služiti kot vzgojni zavod za duševno zaostale, kot je bilo to v začetku predvideno.

Takrat so pot nadaljnjega razvoja pokazali otroci. Oni so bili prvi, ki so bili deležni specialne vzgoje. In niso bili zdravniki tisti, ki so pisali zgodnjo zgodovino duševno zaostalih, temveč pedagogi. Klasifikacija v azilih je bila izvršena po šolskih, ne po ne-



dicinskih kriterijih . Opazili so, da se nekateri oskrbovanci izogibajo družbe ostalih in so začeli proučevati njih specialne zahteve. Temu je sledila diferenciacija po grupah, ki obsega širok spekter različnih stopenj prizadetosti.

Marsikje smo še danes v tej II. fazi razvoja, ko delimo zaostale po njih starosti in razvitosti ter stopnji prizadetosti, način nege pa izhaja iz diagnoze in opredelitve.

Istočasno pa se že vse bolj uveljavlja spoznanje, da duševno zaostali niso posebneži v dožemanju sreče. Doživljajo jo ob istih stvareh in situacijah kot mi. Imajo prav tako razvito osebnost in neredko izkazujejo tudi inteligenco, ki je enaka, ali vsaj zelo blizu naši. Torej jim je treba nuditi eksistenco, katera je, kolikor le mogoče, blizu normalni. Seveda pa se je treba sprijazniti z njihovo prizadetostjo in jim stalno pomagati, da bi mogli razviti svoje potencialne sposobnosti in jim omogočiti uživanje dobrin razvijajoče se družbe. In v tem je tudi bistvo: zaščitno (tutorsko) nego duševno zaostalih je treba nadomestiti z nevsi- lljivo kontrolno nego in aktivizacijo. To je III.faza razvoja v negi duševno zaostalih.

Danes je že vsakemu jasno, da duševno zaostali niso duševno bolni. Pretežno so to ljudje s povsem običajnimi potrebami, z dodatkom nekaterih čisto specialnih, ki so v zvezi z njihovo prizadetostjo. In ne smemo pozabiti, da so nam prav oni sami znali dopovedati, katere so te specialne potrebe. Kot takim jim naj- bolj ustrezajo pogoji, ki so čim bolj podobni pogojem normalnega življenja. To naj bo vedno osnovno načelo, ki naj nas vodi pri planiranju in načrtovanju zavodov za duševno zaostale.

## II. Planiranje mreže zavodov za duševno zaostale je odgovorna naloga družbe.

V nadaljevanju navajam stališča, ki vodijo Skandinavce pri planiranju.

Vse Skandinavske države so razdeljene na posamezne



regije, te pa na področja.

Po njihovih izkušnjah je možno organizirati najučinkovitejšo službo za duševno zaostale v regiji z 200.000 do 500.000 prebivalci.

Ob upoštevanju, da je 30/00 celotnega prebivalstva duševno zaostalih, znaša njih število v takih regijah 600-1.500. Seveda ni mogoče in tudi ni potrebno, da bi vsi duševno zaostali imeli svoj stalni prostor v posebnih institucijah. Okoli 2/3 teh ljudi je lahko deležnih nege doma. V takih regijah je torej potrebno predvideti mrežo zavodov s skupno 200 - 500 ležišč.

Mreža zavodov vsebuje:

1. centralni zavod
2. lokalne zavode
3. internate, šole, varstvene ustanove itd.

1. Centralni zavod je srce (jedro) vseh služb. Pod njeno nadzorstvo spadajo vsi ostali. Centralni zavod organizira in vodi vse dejavnosti širokega spektra služb za duševno zaostale. Sestoji se iz:

- a) oddelka za trajno bivanje in nego najresneje prizadetih
- b) oddelka za dolgoročno bivanje in nego (ločeno po starostnih stopnjah in prizadetosti)
- c) oddelka za strogo medicinsko nego
- d) oddelka za opazovanje in diagnozo.

Glavni namen centralnega zavoda je, da z uporabo vseh možnih načinov in uvajanjem vedno novih metod nege, pripravijo oskrbovance tako daleč, da so čim bolj neodvisni v svojih osebnih potrebah in jih v najboljših primerih usposobijo za delo, da bi jih potem dalje lahko obravnavali izven zavoda. Zato pa je potrebno, poleg zadovoljivih prostorskih kapacitet, veliko število specialistov in kvalificiranega osebja (računaje z najmanj 1 zaposlenim na 2 oskrbovanca).



Centralni zavod naj bo integralni del večje urbane celote. Najučinkovitejšo službo je možno, po dosedanjih izkušnjah, organizirati v centralnem zavodu s kapaciteto 150 - 400 ležišč. Skandinavci računajo z investicijami za tak zavod 1.250 - 1.300 AM dolarjev na ležišče, kar je seveda za naše pojme izredno visoko.

- V projektiranju bivalne enote v zavodih za duševno zaostale so zadnjih 5 - 8 let nastopile intenzivne spremembe. Enote, ki so se že prej vse bolj zmanjševale (leta 1930 je 1 enota še vsebovala do 40 oskrbovancev), vsebuje danes 6 - 12 oskrbovancev. Nikoli več kot 4 v eni sobi. Na podlagi eksperimentov je namreč dokazano, da je manjše enote dosti lažje upravljati in, da je uspeh, ki ga dosežejo z individualnim obravnavanjem gojencev, bistveno večji.

Švedi računajo, da mora na 1 oskrbovanca v taki enoti odpasti 22 - 24 m<sup>2</sup> zazidane površine.

#### Norveški normativi:

|                                     |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Dnevni prostor vključno jedilnica : | najmanj 3 m <sup>2</sup> /oskrbov |
| soba z enim ležiščem:               | " 8 m <sup>2</sup>                |
| soba z dvema ležišči:               | " 11 m <sup>2</sup>               |
| spalnica:                           | " 5,5 m <sup>2</sup> /            |

Na 1 oskrbovanca skupno najmanj 15 m<sup>2</sup> zazidane površine.  
Najmanj 1 umivalnik na 6 oskrbovancev  
" 1 WC na 6 - 10 oskrbovancev (odvisno od kategorije)  
" 1 kopalna kad ali prha na 10 oskrbovancev.

Finci predvidijo za centralno institucijo s kapaciteto 500 ležišč 25 - 30 hektarov, kar pomeni 500 - 600 m<sup>2</sup>/oskrbovanca. To je izredno veliko, zemljišče namreč pri njih ni problem.

2. Lokalni zavodi - so sateliti centralnega. Namenjeni so duševno zaostalim, ki niso sposobni za življenje v svobodnejši obliki (n.pr. v internatih), ki pa obenem ne potrebujejo tako intenzivne obravnave in nege, kot jo lahko nudi centralni zavod. Pretežnemu delu duševno zaostalih ta oblika najbolj odgovarja. Lokalni zavodi naj ne bodo preveliki (20 - 50 ležišč). Nekateri oskrbovanci



bivajo tu le nekaj časa, dokler jih ne usposobijo za življenje v internatu. Velika večina pa najde tu svoj stalni dom, zato je važnejše, da so situirani bliže staršev kot pa centralnemu zavodu.

3. Internati, varstveni domovi, dnevni centri - Ta oblika zavodov za duševno zaostale je povsod najmanj razvita, z izjemo Anglije. Švedi računajo, da bo treba sem zajeti 15 - 20 % duševno zaostalih. Ta procent je seveda v raznih deželah različen.

Internati so manjše enote (6 - 12 oskrbovancev), v njih ima vsak svojo sobo. Situירani so lahko tudi v kakem stanovanjskem objektu. Vsi oskrbovanci morajo biti sposobni zaposliti se zunaj, brez ali pa pod nadzorstvom. Ker mnogi oskrbovanci, ki žive v centralnem ali lokalnih zavodih, potrebujejo spremembo okolja v počitnicah ali ob koncu tedna, je treba zanje predvideti počitniške domove in kolonije.

Odnosu med centralnim zavodom in skupnostjo sociologi doslej niso posvetili dovolj pažnje. Šele v zadnjem času se uveljavlja mnenje, da naj oskrbovanci pridejo ven, med družbo, kolikor je to le mogoče. Uživajo naj iste dobrine (zabavo, oskrbo, usluge itd.), ki so namenjene skupnosti. Mnogi pacienti seveda tega, zaradi mentalnih ali fizičnih motenj, ne morejo. Treba je torej organizirati nekatere teh služb v samem zavodu. Paziti pa je treba, da ne bi službam v zavodu dajali prednosti tudi tisti, ki so sposobni posluževati se zunanjih. Zato je izredno važno, da zavodi niso preveliki in da so tudi po svoji lokaciji integralni del naseljenega okolja.

V zavodu mora biti oddelek za otroke ločen in neodvisen od oddelka za odrasle.

Razvoj je pokazal, da ni dobro, če nudimo otrokom izobrazbo v isti stavbi kjer bivajo. Na to so opozorili uspehi, ki so jih dosegli z organiziranjem posebnih razredov za tiste, ki so sposobni živeti doma. Kasneje so v večjih urbanih centrih začeli graditi dijaške domove za otroke, ki stanujejo daleč od šole. Danes, ko se vse bolj uveljavlja 5-dnevni šolski teden, lahko tudi otroci iz dijaških domov spijo 3 krat



na teden doma.

Dijaški domovi naj ne bodo predaleč od šole, pa tudi ne preblizu. Zanje naj veljajo isti kriteriji oddaljenosti, kot za normalne otroke.

Kapaciteta bivalne enote naj bo 6 - 8 otrok. Projektirane naj bodo tako, da v njih lahko bivajo tudi otroci s fizičnimi okvarami. Locirane naj bodo v območju naselij, kjer je dovolj duševno zaostalih otrok za formiranje najmanj 3 posebnih razredov ob normalni šoli.

Neodvisna izobraževalna enota (posebna šola) naj se formira tedaj, ko ta vključuje najmanj 6 razredov (Danska).

Za predšolske duševno zaostale otroke, ki sicer lahko žive doma, je treba predvideti otroško-varstvene ustanove, kjer so deležni igralne terapije in potrebne nege. Te so lahko priključene centralnemu ali lokalnemu zavodu, ali pa locirane samostojno v območju naselja kot dnevni centri.

Za šoloobvezne duševno zaostale, ki niso sposobni sprejemanja teoretičnega pouka, je treba predvideti šole s praktičnim poukom, ki so lahko ob zavodu, kjer ti otroci bivajo, ali pa tudi ločeno od njih.

V poročilu navajam predvsem kriterije, ki jih pri planiranju zavodov za duševno zaostale upoštevajo Skandinavci in Angleži. To pa zaradi tega, ker je konferenca v Københavnu v celoti potrdila osnove njihovega koncepta, ki se že bolj ali manj uspešno uveljavljajo tudi v drugih deželah.

Amerikanci na primer, ki so še leta 1950 imeli le 25 % duševno zaostalih v zavodih s kapaciteto pod 1.000 ležišč, so leta 1964 imeli v takih zavodih že 90 % duševno zaostalih. Danes je tudi pri njih 500 ležišč v centralnem zavodu gornja meja in organiziranje mreže zavodov je podobno Skandinavskemu načinu.

V Skandinavskih državah in Veliki Britaniji nosi dr-



žava v povprečju 65 % stroškov za investicije pri izgradnji zavodov za duševno zaostale, 35 % teh stroškov pa nosi občina ali privatne družbe. Od stroškov za vzdrževanje in poslovanje institucij pa prevzame država 55 %.

V ZDA nosi država od skupnih stroškov za posamezne zavode najmanj 33 %.

Vse, kar se v poročilu nanaša na planiranje mreže in prostorske normative, kot tudi nova gledišča v izgradnji zavodov za duševno zaostale, je povzeto delno iz referatov, v glavnem pa iz izkušenj, ki so mi jih posredovali posamezni udeleženci konference. Seveda niso njihova stališča povsem enotna, kot bi to morda lahko zaključili iz poročila. In prav gotovo bi napačno ravnali, če bi navedene kriterije smatrali kot kalup, ki se ga je treba toga držati. Nikoli ni dobro izkušnje, ki so jih dosegli v drugih deželah enostavno povzeti in jih presaditi k nam. Važno je biti na tekočem z delom in uspehi, ki so jih na tem področju dosegli drugje v svetu in na podlagi tega osvojiti svoje lastne kriterije, ki naj upoštevajo naše specifične pogoje, potrebe in zmogljivosti.

### III. Priprava programa za izgradnjo zavoda za duševno zaostale

Osnova za izdelavo funkcionalno ustreznega in ekonomsko upravičenega projekta za izgradnjo zavoda je detajlno preciziran program.

Priprava programa je, tako kot planiranje mreže v širšem smislu, odgovorna naloga skupine strokovnjakov, v katero so vključeni tudi upravljalci programirane institucije.

V nadaljevanju navajam nekatere smernice, ki naj vodijo programersko skupino pri njenem delu:

1. Najprej je treba vsestransko proučiti in obrazložiti smoter zavoda.



2. Utemeljiti je treba potrebe (kapaciteto) in prikazati, kako se bo zavod vključil v perspektivni plan izgradnje mreže zavodov za duševno zaostale.
3. Jasno je treba opisati notranji režim zavoda (način dela z oskrbovanci).
4. Če bo institucija služila potrebam širšega področja, mora biti v programu točno določeno, katere in koliko različnih oddelkov bo vsebovala. Zavod za širše območje vsebuje vse ali nekatere naslednjih oddelkov:
  - a) za diagnozo in kategorizacijo
  - b) za zdravljenje, nego in bivanje
  - c) za varstvo
  - d) za izobraževanje in vzgojo
  - e) za zaposlitev pod nadzorstvom.
5. Ker je učinkovitost rehabilitacijskega programa odvisna predvsem od kontinuitete in integracije vseh služb, morajo biti medsebojni odnosi različnih oddelkov točno opisani.
6. Število, značilnosti in specialne zahteve morajo biti jasno obrazložene.
7. Iz seznama potrebnega osebja mora biti razvidna personalna struktura zavoda.
8. Obrazložene morajo biti specialne oblike dela ter priložen seznam in opis opreme, ki bo potrebna za učinkovito izvajanje delovnega načrta.
9. Če se predvideva individualno vežbanje, je treba na to opozoriti in ga točno opisati.
10. Če bo zavod vključeval tudi znanstvenoraziskovalno obliko dela z oskrbovanci, je treba program še toliko bolj pazljivo proučiti.
11. Soglasno z izkazanimi zahtevami je treba določiti potrebne prostorske kapacitete in sanitarno tehnične



kriterije (minimalne normative) ter izdelati preliminarne skice, iz katerih je razvidna funkcionalna ustreznost in ekonomska upravičenost programiranega zavoda.

Te skice skupina strokovnjakov, ki so izdelali program, temeljito prouči, ter jih po svoji presoji sprejme ali pa tudi zavrne in zahteva izdelavo novih.

Šele ko je komisija v celoti potrdila predložene skice, se naroči izdelavo definitivnega investicijskega programa z idejnim projektom, ki je osnova za izdelavo dokončne investicijsko tehnične dokumentacije (glavnega projekta).

#### IV. Na koncu navajam še zaključke, ki so bili sprejeti na konferenci

1. Ustvarjanje človekovega fizičnega okolja, ki vpliva na njegovo življenje in razvoj, je glavna naloga arhitekta. Arhitekt tako posredno vpliva na življenje in navade družbe. Zato naj bo arhitektonska miselnost prisotna že v samem začetku vsakega planiranja.
2. Planerska skupina mora biti sestavljena iz vseh vrst odgovornih strokovnjakov. Vodja skupine koordinira delo na programu, ki naj vsebuje:
  - a) oceno perspektivnih potreb po ustanovah za duševno zaostale in to za območje regije kot posameznih področij.
  - b) določitev potrebnega števila specialnih tipov zavodov z ozirom na funkcijo in kapaciteto.
  - c) dejanske pobude za izdelavo konkretnih projektov posameznih zavodov. Važno je, da v planerski skupini sodeluje arhitekt, ki v tej fazi prevzame vodilno vlogo.
3. Sestav planerske skupine se skozi različne razvojne faze programa menja.



4. Pri sestavljanju programa za konkretno ustanovo morejo sodelovati tudi predstavniki kolektiva, ki jo bo upravljal in predstavniki "potrošnikov" iz družin duševno zaostalih, ki so najbolj neposredno prizadeti.

5. Lokacija, velikost in arhitektonska zasnova zavoda naj omogoča največjo možno individualno obravnavo oskrbovancev in učinkovito vključevanje ustanove v skupnost. Ker še vedno prevladuje mnenje, da so zavodi z večjo kapaciteto racionalnejši, je treba stalno opozarjati na ekonomičnost, ki izhaja iz večje učinkovitosti manjših zavodov.

Tako pri večjih kot pri manjših zavodih pa naj bo upoštevano načelo o grupiranju manjših samostojnih bivalnih enot 6 - 12 oskrbovancev (odvisno od starosti in stopnje prizadetosti).

6. Zaradi nenehnega razvoja na področju nege duševno zaostalih in uvajanja vedno novih rehabilitacijskih metod, naj bodo projekti zasnovani tako, da dopuščajo čim večjo možno fleksibilnost v uporabi objektov.

7. Vzdušje zavoda je odvisno od lokacije, osnovnega arhitektonskega koncepta, velikosti in oblike objekta ter prostorov, barvitosti in opremljenosti. Prav tako pa je vzdušje odvisno od moralne strokovnega osebja in njegove usposobljenosti, kvalitete administrativnega vodstva in delovnega programa zavoda, ki naj omogoča oskrbovancem, da rastejo in se razvijajo v pogojih, vrednih človeškega dostojanstva.

Zato je treba posebej skrbeti za vzgojo specializiranega visoko kvalificiranega kadra in pomožnega osebja.

Opomba: Na Norveškem so v Oslu ustanovili šolo za različne profile visoko kvalificiranih strokovnjakov (psihologe, psihiatre, socialne delavce, vzgojitelje, terapevte itd.), 4 take šole pa so trenutno še v iz-



gradnji . Istočasno pripravljajo program izgradnje šol za pomožno osebje.

Šolanje za visoko kvalificirane strokovnjake traja 3 leta, za pomožno osebje pa se predvideva 1 letno šolanje.

Na podoben način je organizirano šolanje kadrov tudi v ostalih skandinavskih državah.

Učni program v visokih šolah na Danskem:

- a) praksa: 3 mesece prevzgoje v kakem zavodu
- b) teorija: 5 mesecev - iz predmetov - psihologija, pedagogika, psihiatrija, anatomija, zaposlitvena terapija, plesi in igre, glasba in petje, domači jezik, aritmetika, zakonodaja in sociologija.
- c) praksa : 12 mesecev v kakem zavodu. Skozi celotno dobo (2 leti) opravljajo prakso po rotacijskem sistemu, tako da se študentje seznani z delom v vseh oddelkih: za otroke, za odrasle, v otroških vrtcih in zaščitnih delavnicah.
- d) teorija: 5 mesecev - z zaključnim izpitom. Predmeti so isti kot v prvem obdobju, z razliko, da študij bazira na pridobljenih izkušnjah iz prakse.
- e) praksa: 12 mesecev v kakem zavodu. Poleg praktičnega dela poglobljajo teoretična znanja iz medicinske vede, ekonomike in upravljanja zavoda, pedagogike, sociologije. Prakso dopolnjujejo ekskurzije v ostale socialne ustanove s specialnim dodatnim poukom.

Šolanje je brezplačno, v času prakse dobivajo študentje plačo.

8. Izbira obleke oskrbovancev, svoboda kretanja in stalna odprtost (neomejeni obiski za družine oskrbovancev in javnost, močno vpliva za izboljšanje



vzdušja.

9. Da bi bili arhitekti, ki so eden primarno odgovornih činiteljev za izgradnjo in opremljanje zavodov za duševno zaostale, sproti informirani o važnejših dosežkih in bi mogli odločati o njih uporabnosti doma, je treba organizirati mednarodno izmenjavo mnenj in razprave o načrtovanju za potrebe duševno zaostalih.

V. Soglasno s programom posvetovanja smo si s strokovnim vodstvom ogledali:

1. Zavod za duševno zaostale otroke BØRNE HOSPITALE I VANGEDE (400 oskrbovancev) v Køben - havnu.
2. Zavod za odrasle duševno zaostale LILLEMOSGARD (309 oskrbovancev), ki je blizu tega. Iz centralne kuhinje, situirane v območju zavoda (1.000 obrokov) razvažajo hrano z avtomobili v BØRNEHOSPITALET, s katerim ima tudi skupno toplarno.
3. Zavod za duševno zaostale v NYKOBINGU in ROSKILDE-u
4. Montažno šolo za duševno zaostale v RINGSTED-u
5. Internat za šoloobvezne otroke v PRESTØ-u
6. Zavod za duševno zaostale v PRESTØ-u.

VI. Ob obisku teh zavodov sem posnel 31 uspelih barvnih diapozitivov, udeleženci posvetovanja pa so mi posredovali načrte, ki nam bodo prav gotovo lahko služili za orientacijo pri osvajanju konceptov za izgradnjo tovrstnih zavodov pri nas.

Priloga: Organizacijska shema Danske službe za duševno zaostale

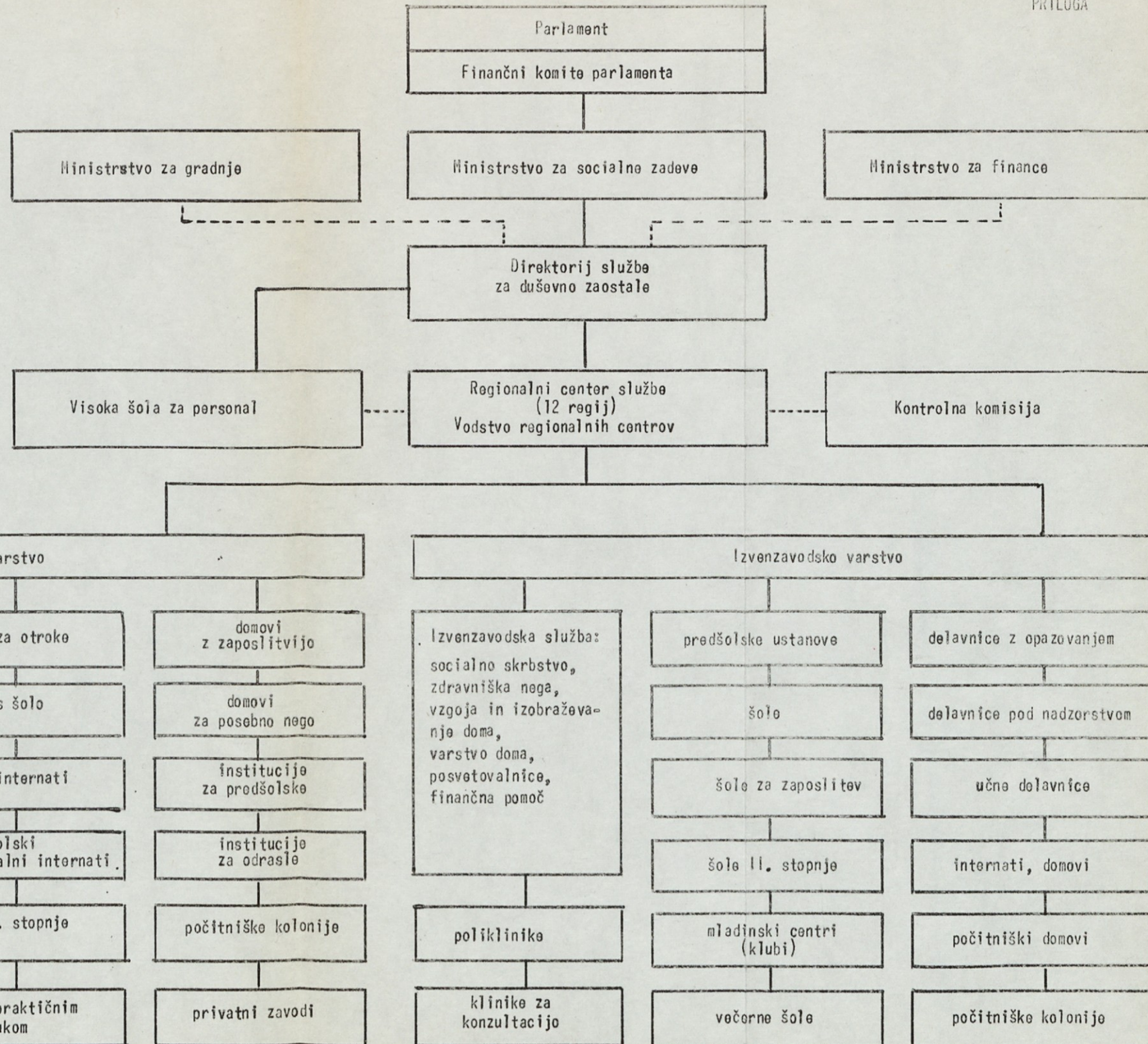


ORGANIZACIJA DANSKE  
SLUŽBE ZA DUŠEVNO ZAOSTALE

DANSKA

4.7 milijonov prebivalcev cca 20.000  
registriranih duševno zaostalih

165 vseh institucij

65 centralnih zavodov s skupno  
9.000 ležišči100 lokalnih zavodov, šol, internatov  
itd. s skupno 4.650 mestskupni letni stroški 200 milj.  
D.Cr. letno (tj. 362 milj. ND : 20.000 =  
= 18.100 ND/oskrbovanca v poprečju)







## REHABILITACIJA IN EDUKCIJA TEŽJE

### DUŠEVNO PRIZADETIH<sup>x</sup>

Usposabljanje duševno prizadetih otrok je šele v razvoju. Najboljše dokazilo tej trditvi je sama terminologija. Če do nedavnega smo vsestransko uporabljali izraz oligofreni, z nadaljnjo razdelitvijo na debile, imbecile in idiote. Sedaj se že s pridom uveljavlja izraz duševno prizadeti in sicer: lažje, težje in težko duševno prizadeti. Po izjavi predavatelja se bo v januarju 1968 ponovno sestala v UNESCO skupina strokovnjakov, ki bo stopnjo težje duševno prizadetih delila v zmerno težje prizadete - to so tisti, ki so še učljivi in drugi, ki se ne morejo več usposablјati, marveč le vadijo brez pravega končnega cilja za usposobitev. Meje med lažje duševno prizadetimi in zmerno duševno prizadetimi ne bi mogli potegniti. Pedagogi uporabljajo svoja pedagoška merila, na osnovi katerih vključujejo otroka po znanju v odgovarjajoči razred. Ista merila pa ne moremo uporabljati za vključevanje prizadetih v učne ali za - ščitne delavnice. Po mnenju predavatelja je okoli 75 % vseh težje duševno prizadetih, na stopnji zmerno prizadetosti, 25 % pa je ostalih. Za te podatke predavatelj ni nakazal meril. Ako bi hoteli izraziti inteligentnostno stopnjo težje duševno prizadetih z

---

<sup>x</sup> Na kratko povzemam troje predavanj, ki jih je imel v Zagrebu v mesecu januarju 1967 dr. Bunnart Dubwad, direktor projekta za duševno retardacijo pri mednarodni uniji za otroško zaščito v Ženevi.

Dr. Dubwad je predaval o rehabilitaciji in edukaciji težje duševno prizadetih, o duševno zaostalih v zaščitnih delavnicah in o profesionalni orientaciji in rehabilitaciji mentalno retardiranih.

<sup>o</sup> v slovenščini še nimamo ustreznega izraza



inteligentnostnim kvocientom od 50 - 20, bi zmerno duševno prizadeti dosegli IQ od 50 - 35, ostali pa od 35 - 20, vsekakor pa je inteligentnostna stopnja odvisna od testa, ki ga psiholog uporablja. Pri težje duševno prizadetih niti ne mislimo na usposabljanje na redni osnovni ali posebni šoli, mladoletnik se usposablja pod posebnimi pogoji.

Predavatelj je v nadaljnjem izvajanju nakazal 6 načel (od 9) usposabljanja duševno prizadetih oseb ameriškega profesorja:

1. Osnovni namen usposabljanja duševno prizadetih otrok je prilagoditev človeka za življenje. Od vsega začetka moramo misliti, kaj bo otrok v življenju lahko dosegel. Vaje, ki jih opravljamo z otrokom, ne morejo biti same sebi namen, vsaka naj bi služila za življenje. Temu načelu naj bo prilagojena tudi metoda usposabljanja.
2. Samo individualno delo, brez usposabljanja v skupini, pobija usposabljanje za življenje. Individualno delo naj bo v skladnem ravnotežju z individualnim in skupinskim delom v skupini. Glavni namen rehabilitacije je socializacija in ne izobraževanje ali umsko usposabljanje. Glavni činitelj naj bo pri tem predmetnik in učni načrt. Otroci se mora pričeti usposablјati že v rani predšolski stopnji.
3. Strokovnemu osebju, prvenstveno vzgojnemu, moramo pustiti veliko prostosti, da sami prilagajajo postopek z individualnimi potrebami v skupini. Vzgojitelj naj smelo uveljavlja nove metode dela. Modeliranje te dejavnosti je zelo težko.
4. Pri celotnem postopku je važna motivacija, ki mora biti individualna. Brez motiva strokovni delavec ne more opravljati svojega dela, niti izvesti programa. Strokovni delavec mora biti otrokom znan, zato se morajo z njim srečavati in sporazumevati v različnih situacijah pred in med delom samim.
5. Specialno vzgojo je potrebno stalno proučevati,



od stopnje do stopnje s pojačanim učenjem in delom.

6. Delo naj bo planirano za poedinca. Program usposabljanja v vzgojni skupini naj temelji na zbiru individualnih programov. Pri tem je potrebno upoštevati naslednje: pouk, ako ga lahko tako imenujemo, naj bo konkreten, dosegljiv vsem učencem, naj bo toliko dinamičen, da obdrži otrokov interes. Uporaba učbežnikov naj ima pomembno mesto pri usposabljanju. Učbenik ustvarja pri uporabi umetno, abstraktno situacijo, ki jo neprizadeti otroci sami izluščijo in rešijo, za prizadete pa predstavlja učbenik ponovno prizadetost.

V Angliji, Holandiji, Zahodni Nemčiji in ZDA so pričeli z znanstvenim delom na tem področju že pred desetimi leti. Vse dosežanje raziskave so pokazale, da so pričeli z usposabljanjem (poklicnim) šele po končani obvezni šoli. Danes pa prikazujejo problemi usposabljanja, da segajo vzroki neuspešne rehabilitacije v čas rane otroške mladosti. Še vedno niso osamljeni primeri, ko duševno prizadeti otrok prvič zapusti domače okolje, ko vstopi v prvi razred posebne osnovne šole. Usposabljanje na predšolski stopnji se zanemarja. Predšolski zdravstveni zavodi bi morali organizirati pravočasno ustrezno terapijo. Za preprečitev nadaljnjih okvar je potrebno podvzeti preventivne mere in to na področju fizične vzgoje. Starše moramo že ob spoznanju duševne prizadetosti vključiti v aktivno terapijo, nasprotno pa so ti še vedno deležni našega sožalja. Govor se bo otroku razvil le ob pogovoru s sovrstniki. Običajno pa je ravno obratno, ko starši ne vidijo hitrih uspehov, kot so jih vajeni pri neprizadetih otrocih, popustijo, ne govorijo z otrokom in se z njim tudi ne ukvarjajo. Prizadeti otrok se tako izolira od svojih sovrstnikov, namesto da bi se z njimi še pogostejše družil. Tako ostane v popolni odvisnosti od svoje matere. Neprizadeti otrok je ob igri deležen precejšnje mere telesne vzgoje, duševno prizadetemu otroku bi ta oblika vzgoje zelo koristila kot predstopnja za poklicno usposabljanje, a je zaradi izolacije ni deležen. Kakor predšolske se tudi šolobvezne otroke preveč razvaja, od njih se premalo zahteva. Pred pravo zahtevo, ki ni lahka, je otrok prvič



postavljen v posebni šoli. Po končanem pouku se la-  
godno življenje nadaljuje. Starši bi morali od otroka  
zahtevati, da se v okviru možnosti v obliki treninga  
priuči določenih domačih opravil, da se priuči vztra-  
jati pri določenem opravilu določen čas in da si pri-  
uči odmerjati čas odmora. Na stopnji obveznega šolanja  
predstavlja osnovo za delovno usposabljanje pouk s  
praktičnim delom. V 4., 5. in 6. razredu je to prak-  
tično delo zajeto neposredno pri tehničnem pouku. V  
7. in 8. razredu tehnični pouk prehaja v prve naj-  
enostavnejše oblike tehnološkega procesa obdelave  
posameznih materialov. "ekatero dežele že uvajajo 9.  
in 10. razred, ki jih imenujejo razred poklicnega  
usposabljanja. Šolski pouk se povsem umakne po-  
klicnemu usposabljanju. Delovna mesta v učnih de-  
lavnica teh dveh razredov morajo biti povsem pri-  
lagojena delovnim mestom v gospodarskih organizacijah,  
kjer bo mladoletnik kasneje zaposlen. Praktično delo  
mora biti povsem sistematično, celotno opravilo mora-  
mo zaradi stopnje prizadetosti deliti na posamezne  
operacije. Duševno prizadetega otroka pripravljamo  
za življenje le ob delu in z delom.

Končujem z uvodnimi besedami predavatelja:

"Saj vam nisem nič novega povedal", pa vendarle bi  
se ob njegovih izvajanjih lahko zamislili in upo-  
rabili del tega tudi pri nas.