

### razvojno – raziskovalno delo

#### OBRAVNAVA PRIPOMOČKOV ZA VZGOJO IN REKREACIJO OTROK

(Seminarska naloga pri predmetu »organizacija sestrške službe v bolnišnici«; 1979/80)

Seminarsko nalogo, v kateri obravnavam pripomočke za vzgojo in rekreacijo otrok, sem pripravila na osnovi opazovanja in razgovorov z medicinskimi sestrami na Kliniki za nalezljive bolezni in vročinska stanja v Ljubljani.

#### Opazovanje vzgojno-rekreativnega dela

Za otroke do tretjega leta starosti skrbijo predvsem medicinske sestre, ki jih negujejo. Zaradi preobilice dela se ne utegnejo ukvarjati še z njihovo vzgojo oziroma rekreacijo malčkov. Pogosto so prepuščeni samim sebi in lastni iznajdljivosti: sesanju prstov, trakcev, plenic in drugih predmetov. Bistveno boljše je poskrbljeno za starejše otroke, s katerimi se ukvarjajo vzgojiteljice in jim tako olajšajo bivanje v bolnišnici. Menim, da bi bilo zelo koristno, če bi tudi malčki do tretjega leta starosti dobili osebo, ki bi bila strokovno usposobljena za delo z njimi.

#### Čiščenje in razkuževanje igrač

Na kliniki za nalezljive bolezni in vročinska stanja igrače čistijo in razkužujejo:

- s tekočo vodo in milom;
- namakanjem v razkužilu;
- z razkuževalnimi spreji;
- z baktericidnimi svetilkami.

Zaradi nevarnosti širjenja okužbe igrače redno in temeljito razkužujejo. Igrače se namenjene le individualni uporabi, izjemoma si jih lahko izmenjujejo otroci, ki se v bolnišnici zdravijo za enako boleznijo.

Skupinske igre otrok so manj razvite in jih lahko izvajajo le pri otrocih, ki po bolezni že okrevaajo. Različni pripomočki, ki jih še uporabljajo pri delu z otroci, imajo namen razvedriti majhnega bolnika ter ga odvrniti od razmišljanj, ki jih sproži tuje okolje, neznani obrazi, ločenost od staršev, pogosto tudi »bolečine«, ki so posledica različnih preiskav in zdravljenja. Le pri otrocih s kroničnimi boleznimi, za katere je potrebno dolgotrajno bivanje v bolnišnici, morajo imeti igrače tudi vzgojnoizobraževalni pomen oziroma namen.

## Potrebna znanja medicinskih sester in vzgojiteljic na otroškem oddelku

Medicinske sestre in vzgojiteljice na otroških oddelkih bolnišnice morajo za uspešno delo:

- imeti veselje in smisel za delo z otroki;
- biti strokovno usposobljene ter svoje znanje nenehno dopolnjevati in izpopolnjevati;
  - zelo pomembno je, da so iznajdljive — npr. drago igračko lahko spretno nadomestijo s preprostim robčkom, rutico in drugim, kar ima enak učinek oziroma z njim dosežemo želeni namen;
  - pomembno je tudi poznavanje zakonitosti telesnega, duševnega in socialnega razvoja. Delo je namreč potrebno prilagoditi razvojnim stopnjam otrok — funkcijske igre, posnemalne igre ter domišljijske, dojemalne in ustvarjalne igre.

### Igrača je otrokova »potreba«

Igrača je otrokova »potreba«, torej tudi najosnovnejši pripomoček za vzgojo in rekreacijo.

Pri izbiri igrač moramo upoštevati:

- igrača mora ustrezati otrokovi starosti;
- igrača mora biti lepa (estetska!);
- barve naj bodo čiste in jasne;
- material naj bo trpežen in plemenit;
- oblika in velikost igrače naj bo prilagojena otrokovim rokam;
- površina igračke mora biti prijetna za otrokov dotik;
- ustrezati mora tudi zdravstvenim zahtevam — možnost čiščenja, razkuževanje, steriliziranja;
  - igračka naj bo preprosta in vsestransko uporabna.

Igra oblikuje otrokovo osebnost, kajti v igri se otrok razvija in igra razvija otroka. Prav iz teh razlogov poudarjamo potrebo po prilagoditvi igračke otrokovi razvojni stopnji.

### Kakšne igrače so primerne v posameznih starostnih obdobjih?

Otrokove prve igračke — **od prvega meseca do prvega leta starosti:**

- to so njegovi prstki na ročicah;
- v tretjem mesecu starosti je sposoben ogledovati predmete nekaj minut; 30 cm nad posteljico mu obesimo barvne trakove;
  - v četrtem mesecu starosti mu v posteljico položimo barvno rutico;
  - v petem mesecu damo otroku zvočno telo — roputuljico;
  - v šestem mesecu otrok že dobro prijema, zato mu damo v roke manjše igračke iz gume;
  - v devetem mesecu pa otrok zelo rad mečka papir.

**Ob koncu prvega leta starosti:**

- otrok ima zelo rad različne barvne posodice, ki jih vlega drugo v drugo;
- primerne so votle igračke;
- uvajamo tudi takoimenovane »ljubkovalne« igrače.

**Igrače od prvega do drugega leta starosti:**

- otrok že shodi, zato so primerne igrače, ki ga silijo h gibanju;
- uvajamo igrače na kolesih (živali na kolesih, voziček itd);
- barvne igrače (kocke), s katerimi gradi enostavne stolpiče;
- priporočljivi so tudi barvni svinčniki in papir.

**Igrače od drugega do tretjega leta starosti:**

— otrok v tej starosti že dobro govori, nenehno je v gibanju, vsi predmeti in igrače zanj oživijo;

- zelo rad ima punčke, pajace, madvedke itd.;
- primerne so enostavne slikanice in vlaganke;
- pogosto tudi predmeti iz njihove okolice;
- različni gradbeni elementi (lego kocke)!

**Igrače od tretjega do četrtega leta starosti:**

— v tej starosti otroci že prevzemajo različne vloge iz življenja;

— dobro posnemajo bližnje osebe;

— priporočljive so igrače, ki ponazarjajo resnično življenje (kuhinja, pohištvo, pribor oziroma pripomočki za nego punčk . . .);

— ker je otrok gibalno že zelo spreten, mu damo tudi lego kocke, tricikel itd.;

— primerne so že ustvarjalne igrače (plastelin, voščenske, papir, škarje itd.);

— otrokova domišljija v tej starosti je brezmejna, zelo rad pregleduje slikanice, revije itd.

**Otrokove igrače od četrtega do petega leta starosti:**

— otrok se rad izraža z risanjem, zato mu damo velike risalne liste, vodene barvice, čopiče . . .;

— prednjači zelo razgibano telesno gibanje, zato mu damo žogo, skakalno vrstico itd.;

— omogočimo mu tudi konstrukcijsko dejavnost: domino, kocke, razne nizalne kroge itd.

**Igrače od petega do šestega leta starosti:**

— otrok se igrač veseli, posega že po takšnih igračah, ob katerih mora misliti in sestavljati razne oblike;

— otrok se ne igra rad sam, zato se veseli igrač, ki so primerne za skupinsko igro;

— rad ima ročne lutke, tudi sam poskuša izdelati nekatere like;

— sestavlja raztrganke, sestavljene igrače ter izraža veliko zanimanje za tehnične igrače.

**Igrače in pripomočki v šolskem obdobju**

Igra je za šolskega otroka še vedno »življenjska potreba«. Ob vstopu v šolo je otrok že sposoben razlikovati med igro in delom. Zmožen je zasledovati določen zunanji cilj, katerega si ne zastavlja sam, temveč mu ga zastavljajo drugi. Ob tem še vedno potrebuje igro, pri kateri ni pomemben cilj, temveč je pomembna sama dejavnost. Prav v tem pa je tudi bistvo oziroma smisel igre. Otroka veselijo oblikovalne igre, ki jih:

- oblikuje po svoji zamisli;
- vztraja, da naredi izdelek do konca;
- opazuje podrobnosti;
- veselijo ga skupinske igre.

Za šolarja so primerne: lesene gradbene igrače, mozaik, različne sestavljanke, plastelin itd. Glede na otrokovo starost in razred, ki ga obiskuje, izbiramo knjige za branje — zgodbe o življenju živali, ljudske pripovedke, potopise, zanimive biografije, poljudna dela, priročnike in drugo.

## **Pravilna izbira igrač upošteva tudi zdravstveno-higienski vidik**

Izbira igrač je zaradi pomembnega vpliva na otrokovo igro — in posredno za otrokov razvoj, tudi ob založenem tržišču zelo zapleteno opravilo. Upoštevati moramo tudi zdravstveno-higienski vidik igrače — igrača ne sme škodovati otrokovemu zdravju in ne sme biti nevarna.

Katera igrača torej higiensko ni primerna:

- igrača, ki ima slabo in površno obdelano površino — npr. igrača iz neobdelanega lesa, kovinska igrača z grobo površino in ostrimi, neobdelanimi robovi in vogali;
- igrača, ki je prebarvana z neobstojnimi ali celo strupenimi barvami;
- igrača, ki ima drobne gumbce in jih otrok lahko odtrga ter vtika v usta ali nos;
- igrača, ki se sunkovito premika in močno ropota;
- igrača, ki terja močno naprezanje oči (drobni sestavni deli, drobne črtice itd.);
- igrača, s katero se prenaša okužba (orglice, balončki!);
- igrača, ki je ne moremo dobro očistiti in razkužiti;
- igrača, ki je iz nevarne in škodljive snovi (steklene igrače).

Igrača mora ustrezati tudi psihološkim in pedagoškim zahtevam. Za izbiro igrač za vzgojo in rekreacijo otrok v bolnišnicah veljajo enaka pravila. Poostrene so le zdravstveno-higienske zahteve. Najpomembnejše je, da je možno igrače čistiti in razkuževati — torej izbira igrač iz primernih materialov.

### **Sklep**

1. Menim, da bi bilo zelo potrebno malčkom do tretjega leta starosti dodeliti strokovno usposobljeno osebo (medicinska sestra, vzgojiteljica), ki bi poskrbela za njihovo razvedrilo.

2. Na tržišču je na žalost še premajhna izbira igrač, primernih za bolnišnično uporabo, vendar imajo v nekaterih otroških oddelkih že precej zanimivih, estetskih in kvalitetnih igrač in igral. Največjo oviro pri izbiri igrač pomenijo neprimerni materiali, ki jih ni možno čistiti in razkuževati.

Prepričana sem, da bi primerno opozorilo proizvajalcem igrač in igral poglobilo potrebno sodelovanje med »izvajalci« in »uporabniki«, torej rešilo omenjeni problem. Vsekakor pa bi bilo potrebno tudi tesnejše sodelovanje otroških bolnišničnih oddelkov in vzgojnovarstvenih organizacij.

Darinka Z a v r l ,  
študentka oddelka za medicinske sestre,  
Višja šola za zdravstvene delavce v  
Ljubljani

---

**ZDRAVSTVENI OBZORNİK ŠIRI IN UTRJUJE STROKOVNO ZNANJE  
ZDRAVSTVENIH DELAVCEV, HKRATI PA JE POMEMBEN DOKUMENT  
NAŠEGA DELA**

**POKAŽITE GA ŠE DRUGIM, MORDA SE TUDI ONI NAROČE NANJ!**

# strokovno izpopolnjevanje

## NAČRTOVANJE NEGE BOLNIKA

**Načrti nege bolnika** so za kvalitetno delo negovalne ekipe nujno potrebni, vendar jih pri nas mnoge bolnišnične organizacije še niso uvedle. Tudi v mnogih drugih evropskih deželah so še nepopolni. Če pa so že uvedeni, so pogosto usmerjeni bolj k načrtovanju posegov, kot pa k dejanskim potrebam bolnika oziroma varovanja.

Ena izmed evropskih dežel, ki je v zadnjih petih letih povsod uvedla načrtovanje nege bolnika, je Francija. Anketa, ki so jo v letu 1980 izpeljali o tem, pove naslednje:

Najpopolneje načrtujejo nego bolnika na oddelkih za intenzivno nego in na področju varstva in nege otroka, ker je tam na razpolago več podatkov že pri dosedanjem načinu dela.

Da so lahko uvedli načrtovanje nege bolnika v negovalno službo, so morali to nalogo predstaviti in obravnavati v okviru permanentnega izobraževanja medicinskih sester. Največ pozornosti so morali nameniti vprašanjem, kaj pomeni:

- **k bolniku, oziroma varovancu usmerjena nega;**
- **ugotavljanje dejanskih potreb bolnika oziroma varovanja;**
- **spoznati so morali metode načrtovanja in vrednotenje nege bolnika.**

Na podlagi analiz obstoječih načrtov nege so ugotovili, da je 80 odstotkov negovalnih načrtov usmerjenih k posegom in ne k bolniku oziroma varovancu. Tak odnos pojasnjujejo predvsem z načinom finančnega vrednotenja dela zdravstvenih delavcev in z dejstvom, da medicinsko-tehnične službe v zdravstvenih organizacijah s svojim urnikom določajo način dela v bolnišnici in ne potek negovanja bolnika, ki bi bil usklajen z idealnim ritmom in potrebami bolnikov in varovancev.

88 odstotkov medicinskih sester je načrtovalo nego bolnikov; v 50 odstotkih so to bili skupni načrti in ne individualni dokumenti.

Poročila v negovalno dokumentacijo zapisujejo sodne medicinske sestre in oddelčne medicinske sestre, ponoči tudi drugi delavci negovalnega tima ter študentje šol za medicinske sestre. Del poročil prispevajo tudi zdravniki, fizioterapevti, socialni delavci in dietičarji. Le v 38 odstotkih zdravstveni delavci poročila tudi podpišejo.

V načrtih nege bolnika najdemo v glavnem tri vrste informacij:

- splošne administrativne informacije;
- strokovne (medicinske) informacije in
- informacije o posameznem bolniku oziroma varovancu.

95 odstotkov načrtov vsebuje splošne podatke, 58 odstotkov načrtov vključuje medicinske informacije, 48 odstotkov poročil vsebuje individualne informacije o posameznih bolnikih, a le 25 odstotkov jih omenja bolnikove svojce in 8 odstotkov vključuje v končno poročilo tudi evaluacijo nege bolnika.

Le 33 odstotkov načrtov nege bolnika izhaja iz bolnikovih oziroma varovančevih potreb po negi.

Večino podatkov si medicinske sestre le ustno izmenjajo.

Negovalno dokumentacijo in načrte nege bolnika hranijo za čas obravnave bolnika v sestrskih pisarnah, nato pa jih arhivirajo skupaj z ostalo zdravstveno dokumentacijo ter so na voljo ob ponovni obravnavi bolnika oziroma varovanja.

Kot vidimo, francoski kolegi zelo kritično ocenjujejo svojo dokumentacijo in načrte nege bolnika.

**Kako bi bilo v moji in tvoji organizaciji? In, ali imamo povsod dokumente, ki bi jih lahko ocenjevali?**

Majda Šlajmer-Japelj

## **STALIŠČA IN PRIPOMBE ZVEZE DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER SLOVENIJE K DOPOLNITVI PROGRAMSKIH ZASNOV ZA OBLIKOVANJE VZGOJNOIZOBRAŽEVALNIH PROGRAMOV ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

Zveza društev medicinskih sester Slovenije je oblikovala naslednja stališča in pripombe ter jih posredovala Posebni izobraževalni skupnosti za zdravstveno varstvo (dopis števil. 79/81 z dne 22. 6. 1981):

1. Predlagamo spremembo pri izpopolnjevanju (specializaciji) **bolničarjev**: specializacija za maserja in pedikerja naj bo združena in naj traja šest mesecev. Menimo, da je predlog utemeljen zaradi racionalizacije kadrov, pa tudi v praksi bo moral maser opravljati še druga dela — prav tako pedikerska.

2. Usposabljanje (pripravnništvo) **zdravstvenega tehnika** naj obsega enoten devetmesečni program, in sicer šest mesecev za temeljni program usposabljanja in tri mesece za usposabljanje na ožjem delovnem področju, na katerem bo zdravstveni tehnik delal. Tako bi bili vsi zdravstveni tehniki bazično enako usposobljeni na podlagi temeljnega programa pripravnništva ter bi lahko praktično opravljali katerokoli delo s svojega delovnega področja.

Odpade naj vse usmerjeno pripravnništvo in tudi vsakršna specializacija na tej stopnji usmerjenega izobraževanja (tudi za zdravstvenega tehnika — mavčarja in zdravstvenega tehnika — spremljevalca v reševalnem avtomobilu ter zdravstvenega tehnika — babico v porodnih sobah). Takšna rešitev je ekonomična in tudi strokovno utemeljena, saj bi bila posledica uveljavljanja ožjih strokovnih področij nadaljnje drobljenje usposabljanja na ostalih ožjih delovnih področjih. Pomembna pa je tudi socialna varnost ob iskanju in spremembi zaposlitve.

3. Soglašamo, da pri izobraževanju na višji stopnji ohranimo naziv »medicinska sestra«, vendar mora biti le-ta dvojen »**medicinska sestra — medicinski inženir**«.

Tudi na višji stopnji predlagamo enotno dolžino usposabljanja (pripravnništva), ki naj traja eno leto. Načelno naj bo tudi usposabljanje na višji stopnji splošno — za pridobitev splošnega naziva »medicinska sestra«. Pri tem želimo doseči, naj dolžina usposabljanja omogoči zdravstvenemu delavcu, da bo lahko po zaključenem usposabljanju samostojno prevzel dela in naloge na določenem strokovnem področju.

Izjema pri tem naj bo le pri usposabljanju za naziv »**medicinska sestra — babica**«, ki ni splošno, temveč od vsega začetka usmerjeno in naj prav tako traja eno leto.

Poklic medicinske sestre — babice moramo ohraniti zaradi njene samostojne dejavnosti, tj. vodenja poroda, psihoterapevtske dejavnosti in načrtovanja družine. Program srednjega usmerjenega izobraževanja tega ne bi omogočil. Medicinske sestre — babice naj bi se izšolale samo še na višji stopnji izobraževanja.

V programih splošnega usposabljanja pa naj bi za posamezna strokovna področja določali, podobno kot na srednji stopnji, časovni obseg usposabljanja na ožjem strokovnem področju, na katerem bo medicinska sestra delala. Praviloma naj bi bilo najmanj šest mesecev splošnega usposabljanja in šest mesecev ali nekaj manj usposabljanja na ožjem strokovnem področju.

Po zaključnem usposabljanju lahko medicinska sestra na posameznem strokovnem področju širi in dopolnjuje strokovno znanje z rednimi podiplomskimi strokovnimi izpopolnjevanji v skladu s pravilnikom o strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev. Specializacija, ki traja eno leto, pa naj bi bila predvidena samo za določena strokovna področja, in sicer:

a) **obvezna specializacija za:**

- medicinsko sestro na področju medicine dela;
- medicinsko sestro za delo v patronažni dejavnosti;
- medicinsko sestro na področju psihiatrije;
- medicinsko sestro dietetičarko;

b) **možna specializacija za:**

- medicinsko sestro v anesteziji in intenzivni terapiji ter
- operacijsko medicinsko sestro.

Menimo, da na določenih strokovnih področjih potrebujejo specializacijo vsi izvajalci, medtem, ko potrebujejo specializacijo na drugih strokovnih področjih le izjemoma.

4. Na visoki stopnji izobraževanja naj bi medicinske sestre pridobile k temeljnemu znanjem še znanja iz organizacije zdravstva, psihoterapevtske dejavnosti ter pedagoške dejavnosti v skladu s potrebami združenega dela.

Predlagamo tudi, da bi pri nazivu poklica na visoki stopnji najprej navedli osnovni poklic in dodatno k temu še poklic, pridobljen z izobraževanjem na visoki stopnji. Pripominjamo tudi, da »diplomirani organizator« ni ustrezen naziv, ker ne opredeljuje delovnega področja. Organizator je lahko kdorkoli in česarkoli, za kar pa ni vedno potrebna posebna izobrazba. Zato predlagamo naziv »**diplomiran inženir organizacije zdravstva**«.

## **SKLEPI POSVETOVANJA »POMOČ PRIZADETIM OTROKOM V LJUBLJANI«**

Na pobudo Mestne konference SZDL Ljubljana, Skupščine mesta Ljubljana, Mestne skupnosti otroškega varstva Ljubljana, Mestne izobraževalne skupnosti Ljubljana, Zveze prijateljev mladine Slovenije in Mestne zveze prijateljev mladine Ljubljana je bilo ob letošnjem mednarodnem dnevu otroka 5. oktobru organizirano v Ljubljani posvetovanje o pomoči prizadetim otrokom. Sklepe posvetovanja je 7. oktobra 1981 obravnavala in sprejela tudi sekcija za družbeno varstvo otrok pri Mestni konferenci SZDL Ljubljana.

Sprejeti so bili naslednji sklepi:

1. S strokovno organiziranim predzakonskim svetovanjem, načrtovanjem družine in genetskim svetovanjem staršem že omogočamo spočetje zdravega otroka. Tako se starši lahko pravočasno vključijo v družbena in strokovna prizadevanja za vsesplošen zdrav razvoj otroka.

2. Z rednimi pregledi vseh nosečnic v posvetovalnicah pravočasno odkrivamo ogrožene nosečnosti, morebitne nepravilnosti ali bolezen pri plodu in lahko ustrezno ukrepamo.

3. Dobro organizirana predporodna dejavnost omogoča optimalne pogoje za rojstvo otroka, ustrezno varstvo materinstva in novorojenca ter takojšen poseg v primeru komplikacij ali bolezni.

4. Dosledno prijavljanje podatkov o porodih in novorojencih Republiškem registru ogroženih otrok omogoča vodenje evidence rizičnih novorojencev, spremljanje njihovega razvoja in s tem zgodnje odkrivanje prizadetih otrok.

5. Sedanje sistematične preglede vseh dojenčkov in triletnih otrok je potrebno dopolniti z ustreznimi razvojnimi testi. Tako bomo sproti zajeli razvojno motene otroke, ki niso bili ob rojstvu vključeni v sistem organiziranega spremljanja razvoja rizičnih otrok.

6. Zgodnje odkrivanje motenj v razvoju otroka, njegove morebitne prizadetosti ali kronične bolezni, omogoča pravočasno zdravljenje in vključevanje v ustrezno obravnavo.

7. Nujno je potrebna samoupravno dogovorjena delitev dela med osnovno zdravstveno službo in visoko specializiranimi zdravstvenimi organizacijami, saj le-to omogoča stopenjsko zasnovano diagnostiko, terapijo in rehabilitacijo.

8. Organiziranje diagnostično-terapevtskih timov v osnovni zdravstveni službi omogoča vključevanje staršev v sam proces rehabilitacije prizadetega otroka. Le-ta lahko tako ostane v svojem domačem okolju. Družina in njena ožja in širša družbena skupnost je namreč najidealnejše okolje za rast in razvoj tako zdravega kot tudi prizadetega otroka.

9. Družino je potrebno usposobiti za pravilno nego, usposabljanje in vzgojo prizadetega otroka. Zaradi tega moramo okrepiti ustrezno svetovalno dejavnost in skrb organizacij združenega dela, zaposlenih staršev in krajevnih skupnosti, kjer ti otroci doraščajo.

10. Tako kot zdrav otrok, ko dozori za bivanje v skupini vrstnikov, se mora tudi prizadeti otrok vključiti v vzgojnovarstveno organizacijo.

11. Kriteriji za vključitev prizadetega otroka v vzgojnovarstveno organizacijo so vrsta in stopnja prizadetosti in stopnja njegove usposobljenosti.

Standardi in normativi morajo biti prilagojeni potrebam otrok in okolja in odpirati možnosti vključevanja različnih oblik družbene pomoči tem otrokom.

12. Pri vključevanju prizadetih otrok v vzgojnovarstvene organizacije moramo slediti načelu integracije z vrstniki, vendar ob upoštevanju zdravstvenih in pedagoških ukrepov, ki jih je treba izvajati glede na otrokovo prizadetost. V ta namen morajo biti izdelani ustrezni strokovni programi in kadrovske ter prostorske normativi.

13. Sestava in velikost skupine v razvojnem oddelku mora biti prilagojena vrsti in stopnji prizadetosti vključenih otrok. Možne so tudi kombinirane skupine z zdravimi vrstniki.

14. Organizirati moramo ustrezen prevoz za prizadete otroke od doma do vzgojnovarstvene organizacije.

15. Za uspešno delo razvojnih oddelkov v Ljubljani je nujno potreben mentor — svetovalac, pedagoški vodja.

16. Strokovne pomoči morajo biti deležni tudi prizadeti otroci, ki iz različnih objektivnih razlogov niso vključeni v vzgojnovarstvene organizacije. Organizirana mora biti mobilna zdravstvena in pedagoška pomoč (na domu ali v rejniški družini).

17. Otroke, ki so toliko duševno ali telesno prizadeti, da ne morejo biti obravnavani v domačem kraju, ali pa za to ni drugih pogojev, sprejemajo zaradi njihove prizadetosti ustrezni zavodi.

18. Prizadete otroke je potrebno vključiti v sistem načrtovanja predšolske vzgoje in izobraževanja, ki naj predstavlja del njihovega rehabilitacijskega programa. Zato pri predšolski vzgoji ne smemo zapostaviti male šole kot dela usposabljanja teh otrok.

19. Razvojno moteni in prizadeti otroci imajo ustavno pravico do izobraževanja in usposabljanja. Zato jim moramo omogočiti ustrezno šolanje, poklicno usposabljanje in vključitev v delo glede na njihovo prizadetost in v skladu z njihovimi interesi.

20. Čim večjemu številu prizadetih otrok moramo omogočiti organizirano bivanje v naravi (letne in zimske zdravstveno terapevtske kolonije). Z mlajšimi starostnimi



skupinami naj bodo tudi starši in glede na potrebe rehabilitacijskega programa tudi otrokovi terapevti.

21. Poleg profesionalnih kadrov moramo smejeje in odločneje vključevati v delo s prizadetimi otroki tudi neprofesionalne sodelavce v vzgojnovarstvenih organizacijah, krajevnih skupnostih in okolju, kjer ti otroci živijo.

22. Organizirana društva za pomoč prizadetim so najučinkovitejša oblika združevanja interesov staršev, strokovnih delavcev, družbenopolitičnih delavcev in drugih občanov ob prizadetem otroku. Vsa ta društva morajo imeti delegatsko mesto v skupnosti otroškega varstva.

23. Za vso dejavnost preventive, zgodnjega odkrivanja in ustrezne zdravstvene in vzgojno-pedagoške pomoči prizadetim otrokom je potrebno ustrezno število strokovno usposobljenih kadrov in medsebojna povezanost za uresničevanje dogovorjenih ciljev.

24. Sedanje delo s prizadetimi otroki je tako v zdravstvu kot tudi v pedagoški dejavnosti neustrezno ovrednoteno in za večino kadrov nestimulativno. Zato je treba normative ponovno pregledati in jih uskladiti z zahtevnostjo dela ter delo tudi ustrezno nagraditi.

25. O problemih prizadetih otrok in njihovih družin, še zlasti o težavah in nerešenih vprašanih zaposlenih staršev, je treba stalno obveščati javnost. Odpravljati moramo arhitektonske in druge ovire. Prizadetim otrokom moramo omogočiti tudi zabavno, kulturno in rekreativno dejavnost z njihovimi vrstniki.

26. Družina s prizadetim otrokom je pod posebnim družbenim varstvom. Zato moramo takšni družini zagotoviti možnost uveljavljanja teh ustavnih pravic. Hkrati pa ji moramo zagotavljati vso drugo potrebno pomoč.

27. Da bi dosegli te cilje in s tem zagotovili ogroženim in prizadetim otrokom najučinkovitejšo pomoč, je potrebna usklajena akcija vseh institucij, strokovnih in družbenih organizacij, vseh samoupravnih interesnih skupnosti in drugih družbenih dejavnikov, katerih naloga je skrb za zdravje in vzgojo otrok. Ta akcija mora biti usklajena na občinski, medobčinski (mestni) in republiški ravni.

28. Prizadeti otroci potrebujejo veliko družbene pomoči — zdravstvene, vzgojne in socialne — v njihovem najzgodnejšem razvojnem obdobju z vključitvijo v razvojne oddelke v vzgojnovarstvenih organizacijah. Potrebujejo pa jo tudi v osnovni šoli in pri nadaljnjem usposabljanju za življenje in delo.

29. Prizadevati si moramo za celostno obravnavo slehernega našega otroka in za pospešeno rast njegove osebnosti.

---

**LJUDJE SE OBIČAJNO PONAŠAJO S TEM, DA NIMAJO ČASA. EINSTEIN PA JE BIL PONOSEN NA TO, DA JE IMEL VEDNO ČAS**

**F. Frank**