

razvojno – raziskovalno delo

ORGANIZACIJA INŠTRUMENTARSKÉ SLUŽBE V ŠEMPETERSKI BOLNIŠNICI

Izredno težke razmere, v katerih so delali partizanski zdravniki in drugo osebje v partizanski saniteti prav na območju, ki ga danes pokriva naša bolnišnica, so bili v nenehno spodbudo in kašipot našim zdravnikom in drugim delavcem. Avgusta leta 1945 so delo pogumno zastavili ter z veliko požrtvovalnostjo razvijali našo ustanovo od skromnih začetkov do sodobne bolnišnice severno primorskih občin.

V Vipavi je bila takrat iz vojaške bolnišnice ustanovljena civilna bolnišnica s kirurškim oddelkom, ki je imel 44 bolniških postelj, in internim oddelkom s 40 bolniškimi posteljami. Sočasno je bila v Ajdovščini ustanovljena infekcijska bolnišnica s 33 posteljami, ki je delovala kot samostojni oddelk. V začetku so bili stalno zaposleni le trije zdravniki, leta 1955 pa so se jim pridružile še tri medicinske sestre s srednjo izobrazbo, poleg določenega števila bolničarjev. Delali so v improviziranih prostorih brez potrebnih sredstev in opreme. Potreba po novi bolnišnici je bila čedalje bolj aktualna. Dne 29. septembra 1956 je bila ustanovljena Splošna bolnišnica v Šempetru pri Novi Gorici. Svoje prostore je dobila v zgradbi, kjer je do takrat delovala bolnišnica za kostno tuberkulozo, ki jo je vodil dr. Franc Derganc. V okviru bolnišnice so bili ustanovljeni naslednji oddelki:

- kirurški oddelk, ki se je leta 1956 preselil iz Vipave v Šempeter;
- otorinolaringološki oddelk;
- oddelk za pediatrijo;
- oddelk za ginekologijo;
- interni oddelk z začasnim sedežem v Vipavi; 15. aprila 1964 se je preselil v stavbo nekdanje občinske uprave v Šempetru pri Novi Gorici in
- infekcijski oddelk z začasnim sedežem v Ajdovščini.

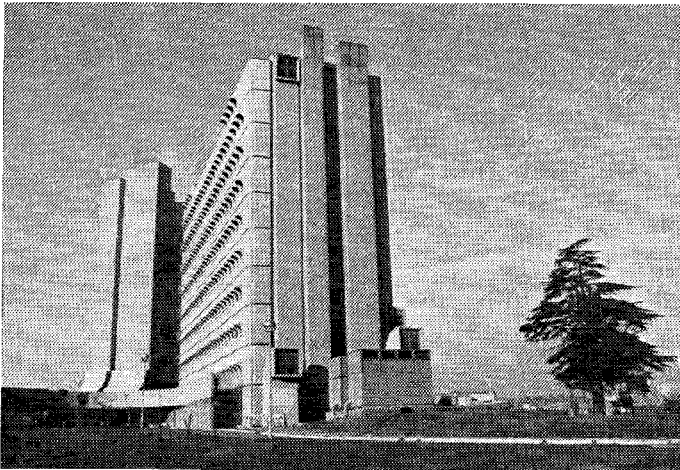
Za skupne potrebe bolnišnice se je istočasno ustanovil še rentgenološki oddelk, biokemični laboratorij, lekarna in druge službe.

Kirurški oddelk je imel prvotno na voljo eno operacijsko sobo in manjši prostor za ambulantne posege. Čedalje večje potrebe in diferenciacija dela v sami kirurški stroki so terjali nove operacijske prostore ter delitev septične in aseptične kirurgije. Tako je kirurški oddelk dobil še eno operacijsko sobo. Poleg glavne je delo opravljalo še devet inštrumentark. Zadolžene so bile tudi za pripravo in sterilizacijo operacijskega materiala, sodelovale so pri anesteziji vse do leta 1965 ter opravljale vsa druga dela v kirurški ambulanti.

Otorinolaringološki oddelk je imel en sam operacijski prostor za septične posege ter prostor, v katerem so opravljali ambulantne posege. Glavna instrumentarka in tri druge ter bolničarka so bile poleg dela v operacijski sobi zadolžene tudi za pomoč na oddelku in v ambulanti, v času dežurstva pa še za intravenozno dajanje zdravil na svojem in okulističnem oddelku. Ginekološko-porodniška in otorinolaringološka instrumentarka sta si v dežurni službi med seboj pomagali pri večjih operativnih posegih (npr. pri carskem rezu, reviziji frontalnega sinusa itd).

Ginekološko-porodniški oddelek je imel svojo instrumentarsko službo v eni operacijski sobi in prostor za ginekološke posege. Delo so poleg glavne opravljale še štiri instrumentarke. Poleg dela v operacijski in porodni sobi so pomagale še na oddelku, v dežurstvu pa so bile zadolžene tudi za intravenozno dajanje zdravil.

S selitvijo bolniških oddelkov v novo stavbo (1. aprila 1976) je nastala v organizaciji naše službe in sploh dela v bolnišnici velika sprememba. Bolniški oddelki so se ločili od operacijskih sob in skupnih služb. V nove prostore so se preselili še kuhinja, pralnica in centralna sterilizacija. Glavno pripravo operacijskega materiala je prevzela centralna sterilizacija, operacijske sestre pa so odgovorne za instrumentarij in priročno zalogo zdravil in materiala. Oddelčne medicinske sestre so zadolžene tudi za pripravo setov, ki jih na posameznem oddelku uporabljajo. Priznati moram, da je trajalo kar precej časa, preden so se medicinske sestre na oddelkih in zdravniki privadili, da operacijske sestre nimajo vedno pri roki. Istočasno pa smo se z anestezijskimi tehnikami trudile, da je delo v operacijskih sobah kljub oddaljenosti bolniških oddelkov nemoteno potekalo.



*Sodobna šempeterska
bolnišnica*

Jeseni leta 1976 je bila na pobudo strokovnega kolegija ustanovljena centralna instrumentarska služba z namenom, da bi bilo delo operacijske medicinske sestre bolj učinkovito. Zmanjšalo naj bi se tudi število dežurnih operacijskih sester, postopno pa naj bi vzgojili operacijsko medicinsko sestro za polivalentno delo, kar bi bilo usklajeno s konceptom novega operacijskega bloka. Obvladala naj bi delo vseh operativnih strok, ne samo v dežurstvu, temveč tudi pri rednem operativnem programu. Glavne operacijske medicinske sestre so se zavedale odgovornosti ob uvedbi skupnega dežurstva in so menile, da brez dobre podpore zdravnikov operativnih strok tega ne bo mogoče izpeljati. Ob tej priliki so se pojavila naslednja vprašanja in pomisleki:

— kako si dežurni zdravniki operativnih strok zamišljajo **koncept skupne dežurne službe**;

— osnovni pogoj bi bil tako imenovano **kroženje operacijskih medicinskih sester** v vseh operacijskih sobah kirurškega, ginekološko-porodniškega in otorinolaringološkega oddelka. Trajanje kroženja ni bilo točno določeno, za posamezno sestro naj bi ga določil zdravnik oddelka.

— Ob tej priliki se je pokazala želja po **strokovnem izpopolnjevanju**. Praktični del izpopolnjevanja naj bi prevzele kolegice, teoretični del pa zdravniki. Seznanjali naj bi

se predvsem z operativno tehniko in posameznimi operacijskimi posegi. Predavanja naj bi potekala vzporedno s praktičnim delom.

— Ob širjenju našega dosedanjega obsega dela je bil izražen **strah pred kritiko in neumestnimi pripombami**, kar bi slabo vplivalo na delovno moralo;

— zaželeno je bila razrešitev dela, ki smo ga doslej opravljale na bolniških oddelkih.

Strokovno vodstvo bolnišnice nam je ob organiziranju skupne dežurne službe obljubilo izobraževanje v obliki predavanj in vso podporo. Priznati moramo, da je to, razen nekaj predavanj, ostalo le pri obljubah. Še vedno je bilo preveč čutiti odgovornost operacijskih medicinskih sester svojim predpostavljenim, vodjem posameznih strok in med njimi ni bilo nikogar, ki bi se enotno zavzel za novonastajajočo službo.

Z organiziranjem skupne dežurne službe smo število operacijskih sester zmanjšali s štiri na tri za potrebe vseh operativnih strok. V začetku smo delali tako, da je bila v dežurni ekipi iz vsakega operativnega oddelka ena operacijska medicinska sestra.

Potek sedanjega dela

Centralna instrumentarska služba v bolnišnici dr. Franca Derganca šteje 15 operacijskih medicinskih sester — pet manj kot pri prejšnji organizaciji dela. Poleg glavne imamo še štiri odgovorne operacijske medicinske sestre, ki skrbijo za organizacijo dela v operacijski sobi, za katero so zadolžene (dve kirurški operacijski sobi, ginekološka operacijska soba z ločeno improvizirano sobo na porodnem bloku in ginekološke posege ter otorinolaringološka operacijska soba).

Vsako jutro si ogledamo program in se po določilu glavne operacijske medicinske sestre, še večkrat pa kar same, razporedimo po oddelkih tako, da je delovna sila smiselno razporejena. Po potrebi si med seboj pomagamo in se vedno držimo načela, da pri večjih operativnih posegih sodeluje operacijska medicinska sestra oziroma tim z več delovnimi izkušnjami. V odločilnih trenutkih namreč mora naša prisotnost zagotoviti nemoten potek operacije; to pomeni, da moramo imeti vse pripravljeno za normalen potek operacije in da moramo predvidevati morebitne komplikacije in potrebne instrumente oziroma pripomočke ob upoštevanju asepse in humanega odnosa do bolnika. Neoviran potek dela je v operacijski sobi mogoč le ob dobri organizaciji in vsestranskim povezovanjem med bolniškimi oddelki in operacijsko sobo. Pomembni so tudi medsebojni odnosi v operacijski sobi ter dobro sodelovanje z drugimi službami.

Polivalentno delo je za operacijsko medicinsko sestro velika obremenitev. Ne moremo namreč enakovredno ocenjevati dela v eni sami operacijski sobi ali pa na tolikih področjih, kot jih imamo v naši bolnišnici.

Narava in obseg dela je tolikšen, da velikokrat in predvsem v dežurni službi ne moremo sproščeno opravljati svojega dela in smo v stalnem strahu pred delom, ki ga popolnoma ne obvladamo ali pred situacijo, ko bi bila operacijska medicinska sestra nujno potrebna na dveh ali več oddelkih hkrati.

Mislím, da je polivalentna narava in intenzivnost dela ob raznovrstnosti strok velika naloga, ki jo operacijska medicinska sestra v naši bolnišnici opravlja. Želimo, da bi bila operacijska medicinska sestra sestra z višjo izobrazbo. Žal so težave z našo sistemizacijo — za operacijsko medicinsko sestro se zahteva medicinska sestra s srednjo ali višjo izobrazbo. V delovno razmerje se sprejemajo samo medicinske sestre s končano višjo šolo. Le-te so po končani pripravniški dobi, ki traja eno leto in opravljenem strokovnem izpitu razporejene na delovno mesto medicinske sestre s srednjo izobrazbo ter prejemajo temu primeren osebni dohodek.

Ob organiziranju skupne dežurne službe so se pojavile težave glede **trajanja dežurne službe**. Dežurna ginekološka operacijska medicinska sestra je doslej prihajala v popoldanski redni delovni turnus in ga nadaljevala z 10-urno dežurno službo. Vse druge operacijske medicinske sestre pa so svoj redni delovni turnus pričele zjutraj, ga nadaljevale s 17-urno dežurno službo, sledil pa ji je redni turnus naslednjega dne. Predvsem za matere in žene je to velika obremenitev in moramo razumeti tiste, ki bi svojo že tako dolgo odsotnost od doma težko še podaljševale. Prav število dežurnih ur je bilo poleg strahu pred novimi nalogami in delom v skupni službi ob nepravilnem nagrajevanju dela tudi odločilen dejavnik za odhajanje operacijskih medicinskih sester.

Kljub zmanjšanemu številu operacijskih medicinskih sester nam je ob veliko večjem obsegu dela uspelo, da smo število dežurnih sester zmanjšali iz treh na dve — za vse potrebe operativnih strok. Za nas same pa je pomembno to, da od oktobra 1979 dežurni operacijski medicinski sestri prihajata v popoldanski turnus, ki ga nadaljujeta z 10-urno dežurno službo, le-tej pa sledi redni turnus naslednjega delavnega dne. To, da smo skrajšali število dežurnih ur, zmanjšali za polovico število dežurnih operacijskih medicinskih sester ter število samih dežurstev na povprečno pet do šest mesečno, pomeni velik dosežek v primerjavi s prejšnjo organizacijo dela.

Dodam naj še, da imamo edini v Sloveniji na tak način organizirano službo; svoje velike naloge se zavedamo in jo uspešno opravljamo. Ob tej priliki moramo priznati, da gre vsaki izmed nas zahvala, da tak oorganizirana služba dobro deluje ter se istočasno pripravlja na selitev v nov operacijski blok.

Irena Š t o k e l j ,
operacijska medicinska sestra

strokovno izpopolnjevanje

MEDNARODNA KONFERENCA O ZDRAVSTVENI NEGI IN SOCIALNO-MEDICINSKEM DELU PRI OSKRBI STAROSTNIKOV

Köln od 16. do 19. novembra 1981

Konference so se udeležili posamezniki iz osemnajstih držav članic, svetovalci, predstavniki raznih nevladnih organizacij, opazovalci, specialisti in uslužbenci urada Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za Evropo. Sestali so se tudi člani delovne skupine katere naloga je poiskati sredstva za preprečevanje invalidnosti pri starejših ljudeh. Sodelovali so na plenarnih sejah konference. Konferenco je pripravil urad za Evropo v sodelovanju z vlado ZRN. Srečanje se vključuje v srednjeročni program SZO o zdravstveni negi in babištvu za evropsko področje. **Namen konference** je bil:

- preučiti položaj zdravstvene nege in socialnega skrbstva ostarelih v evropskih državah;
- probleme in ovire, ki so skupni vsem tem državam;
- poti za reševanje teh problemov;
- novitete na področju zdravstvene nege starejših ljudi v zadnjih letih (tudi na področju laične pomoči);

— predlagati izboljšave v izobraževanju delavcev na področju zdravstvene nege ostarelih;

— izboljšave, ki bi jih lahko uvedle medicinske sestre in socialni delavci na tem področju.

Razprava

Na konferenci so razpravljali o načinih, kako ugotavljamo delovne sposobnosti starejših ljudi s posebnim poudarkom na najvažnejših vsakdanjih opravilih; nadalje o ugotavljanju potreb in sredstev, ki so na voljo za zadovoljevanje potreb na področju socialno-medicinskega dela in zdravstvene nege starejših ljudi. Obravnavali so tudi nekatere bistvene probleme, kot so oslabelost, osamljenost, inkontinenca in hranjenje umsko prizadetih starejših ljudi. Razpravo so končali s predlogi za nadaljnje delo, ki naj bi prispevalo k še večjemu razvoju sestrške in socialne službe ter s predlogi za raziskovalno delo na tem področju. Udeleženci konference so poudarili, da starejši ljudje niso homogena skupina, vendar pa imajo kot aktivni člani neke države vsi določene naloge. Pri načrtovanju zdravstvene in socialno-medicinske dejavnosti moramo upoštevati mejo do katere so ostareli občani sposobni uresničevati te zahteve. Starejši ljudje in njihove družine morajo biti zato vključeni v načrtovanje zdravstvenega varstva in socialnega dela.

Ena glavnih potreb starejšega prebivalstva, na katero se nanaša tudi izjava iz Alme-Ate, je zahteva po enakosti. Udeleženci so se strinjali v ugotovitvi, da so starejši ljudje najrevnejši in socialno najbolj ogrožen del sodobne družbe, kar je seveda nesprejemljivo tako z družbenega kot tudi z gospodarskega in političnega stališča. Udeleženci konference so menili, da je treba na področju varstva starejših ljudi še veliko storiti, marsikaj pa tudi spremeniti. Mnoge medicinske sestre in socialni delavci se ne zavedajo, kakšen vpliv imajo vzgoja ter zakoreninjeno vrednotenje in mišljenje na njihov odnos do starejših ljudi. Veliko jih je, ki še niso imeli priložnosti, da bi spoznali, kakšno je zadovoljstvo ob zavesti, da jim je uspelo pridobiti ljudi za zdrav način življenja in jim pomagati doseči telesno in duševno neodvisnost ter sposobnost učenja in to tudi obdržati.

V mnogih državah članicah še vedno prevladuje mišljenje, da je zdravstvena nega bolnika povezana le z bolnišničnim zdravljenjem. To mišljenje in pa ostro razmejevanje med bolnišnico in družbo je škodovalo razvoju celovite zdravstvene nege ostarelih. Medicinske sestre in socialni delavci niso dosledno izpolnjevali svojih dopolnjujočih se nalog, ki jih morajo opravljati, da bi kar najbolj pomagali posamezniku, družini in družbi pri razvijanju vseh njihovih telesnih, duševnih in socialnih sposobnosti.

Sklepi

Razvoj socialno-medicinskega dela in zdravstvene nege starejših ljudi

1. Da bi zagotovili zdravje vsem ljudem do leta 2000, kar je cilj, ki so si ga zastavili, morajo v številnih državah preusmeriti svoje zdravstvene načrte, in sicer s pospeševanjem razvoja na treh temeljnih področjih:

— navajanje ljudi na zdrav način življenja;

— zmanjšanje obolevnosti, katero lahko preprečimo;

— skrb za zdravstveno varstvo, ki bo primerno, dostopno in sprejemljivo za vse ljudi.

Te dejavnosti vključujejo še nekaj nalog s tega področja, ki zadevajo medicinske sestre in socialne delavce:

- glavna naloga: **preprečevanje zdravju škodljivih dejavnikov ter skrb za zdravje;**
- druga stopnja: **zgodnje odkrivanje bolezní in zdravljenje ali preprečevanje invalidnosti;**
- tretja stopnja: **rehabilitacija** (in dolgotrajna zdravstvena nega) **ter zdravstvena nega umirajočega.**

Na konferenci so ugotovili, da najbolj ogroženih skupin ne sestavljajo le telesno prizadeti prebivalci, temveč tudi ekonomsko ogroženi prebivalci. Delavci na področju zdravstvene nege in socialno-medicinskega dela lahko prispevajo dragocen delež k temeljnemu zdravstvenemu programu svoje države. Zato bi morali sedanji individualni pristop, ki temelji na medicinskem modelu, prenesti na širši novi in upoštevati socialno strukturo, usmeritve zdravstvene službe in težje družbene in gospodarske probleme prebivalstva.

2. Starostniki pogosto potrebujejo najrazličnejše oblike zdravstvene nege in socialno-medicinskega dela, sredstva, ki so na voljo strokovnim službam pa so v glavnem omejena. Lastna nega in laična pomoč ne moreta nadomestiti strokovnega zdravstvenega varstva, vendar pa pomenita dodatno pomoč pri zdravstveni negi starostnikov, zato ju moremo spodbujati, in vključevati v načrtovanje zdravstvenega varstva. Medicinske sestre in socialni delavci imajo tudi pomembne naloge pri izobraževanju in nadzoru pomožnega in laičnega osebja na področju zdravstvene nege in socialno-medicinskega dela.

3. Prednost na tem področju ima dolgotrajna zdravstvena nega starostnikov, predvsem bolnikov na geriatričnih oziroma psihogeriatričnih oddelkih.

V mnogih državah članicah je dolgotrajna zdravstvena nega starejših ljudi še precej zanemarjeno področje, saj je poudarek še vedno na bolnišnični zdravstveni negi akutnih primerov. Medicinske sestre se morajo zavedati dejstva, da je ena njihovih najpomembnejših nalog, da pomagajo ljudem ohraniti čim boljše zdravstveno stanje in delovno sposobnost. Veliko odgovornost imajo tudi pri dolgotrajni zdravstveni negi v različnih okoljih in s pomočjo drugih zdravstvenih delavcev, kadar je to potrebno. To je eden od razlogov, zakaj nujno potrebujemo profil medicinskih sester, ki bi kar najučinkoviteje zagotavljale neprekinjeno zdravstveno nego starejših ljudi od bolnišnice do družbene skupnosti in obratno.

4. Medicinske sestre in socialni delavci se morajo zavedati deleža, ki ga imajo pri tako imenovani celoviti zdravstveni negi umirajočega. Le-ta vključuje tudi skrb za svojce in prijatelje umirajočega, ki je lahko povsem praktičnega značaja ali pa ima obliko psihološke pomoči. Na drugi strani pa potrebujejo vso pomoč tudi vsi zdravstveni delavci, ki so vključeni v dolgotrajno zdravstveno nego in oskrbo umirajočega.

5. Krizna obdobja, ki jih sprožijo izgube svojcev ali drugi dogodki, so pri starostnikih precej pogostna in imajo pomembno vlogo v njihovem življenju. Stalno opazovanje in nadzor starejših ljudi, seveda ob spoštovanju pravice vsakega posameznika kot osebnosti, nam omogočata, da ob takšnih dogodkih prizadetemu lahko priskočijo na pomoč tudi delavci osnovnega zdravstvenega tima.

6. Še vedno smo priča nezadostni in neprimerni zdravstveni negi starostnikov in invalidnih oseb. Ob tem čutimo potrebo po pravilno opredeljenih standardih zdravstvene nege, ki pa še vedno niso bili sprejeti. Strokovni delavci vseh področij morajo prevzeti odgovornost, ki jim jo nalaga delo, medicinske sestre in socialni delavci pa naj ocenijo in določijo kvalitativna in kvantitativna merila, ki bi jih morali upoštevati pri zdravstveni negi starejših ljudi.

7. Izrednega pomena je tudi vzgoja in izobraževanje prebivalstva. Temu vprašanju bi morali posvetiti več pozornosti, vključiti pa bi morali tudi odgovorne družbeno-

politične delavce. Medicinske sestre naj se vključujejo v izobraževanje prebivalstva in ga seznanijo s psihološkimi, družbenimi in fiziološkimi procesi, ki so povezani s staranjem. Le tako bi ljudje neizbežne spremembe pri starostnikih lahko sprejeli in razumeli kot normalni del življenjskega ciklusa. Še zlasti pa je potrebna pomoč pri pridobivanju osnovnega znanja na področju zdravstvene nege in rehabilitacije ljudem nestrokovnjakom, ki negujejo ostarele na njihovih domovih. Družbene organizacije je treba spodbujati pri pripravi ustreznih izobraževalnih programov za prebivalstvo.

Poskrbeti je treba za to, da bodo ostareli in njihovi svojci vedeli, kam in h komu naj se zatečejo po neposredno pomoč in nasvet. Širšo javnost je treba redno seznanjati o vseh službah in oblikah tovrstne pomoči.

Usposabljanje delavcev na področju socialno-medicinskega dela in zdravstvene nege starejših ljudi

8. Pri razvijanju kateregakoli sistema zdravstvene nege je bistvenega pomena, da opredelimo vloge vseh delavcev na tem področju. Da bi zagotovili humano in celovito zdravstveno varstvo, moramo poskrbeti za razvoj vsake discipline posebej in za njen razvoj v okviru drugih strok. Vsi člani tima morajo obvladati svoje področje dela in uspešno opravljati svoje specifične naloge. Delavca v timu, ki je strokovnjak na svojem področju, ne smemo zamenjati z delavcem druge stroke razen v posebnih okoliščinah, ko res nimamo na voljo delavca ustrezne stroke. Zdravstveni in socialni delavci, tako strokovni kot pomožni, pridobivajo znanje najprej s teoretičnim in praktičnim kliničnim poukom, nato pa še z nadaljnjim študijem in strokovnim izpopolnjevanjem.

9. Teoretični pouk gerontologije, ki mora biti vključen v osnovni program izobraževanja medicinskih sester in socialnih delavcev usposablja medicinske sestre za delo s starejšimi ljudmi, in sicer za vse tri stopnje zdravstvene nege. Izobraževalni programi morajo vsebovati še zlasti teoretični pouk o razvoju človeka in opis procesa staranja ter skrb za zdravje in vlogo tega v družbeni skupnosti. Zdravstveni delavci se morajo naučiti upoštevati razlike med oskrbovanci, ki so etnično, kulturnosociološko in zgodovinsko pogojene. Poznavanje teh dejavnikov je izredno pomembno pri delu s starejšimi ljudmi. Vsi delavci, vključeni v negovalni tim, morajo dobro poznati družbene značilnosti dobe, v kateri je večino življenja preživel njihov varovanec.

10. Opredeliti je treba vse te in še druge, z njimi povezane vidike zdravstvene nege in jih kot bistveno sestavino vključevati v multidisciplinarne izobraževalne programe.

11. Klinična praksa mora vsebovati tudi interdisciplinarno delo. Študenti tako spoznajo in pravilno vrednotijo vlogo zdravstvenih in socialnih delavcev in delavcev s sorodnih področij, kar je bistvenega pomena za izobraževanje kadrov za delo v timu.

12. Izobraževalni programi po končanem osnovnem usposabljanju in podiplomski programi na področju zdravstvene nege starejših ljudi morajo usposablјati takšne kadre, ki bodo znali nadzorovati ter voditi raziskovalno delo na področju gerontološke zdravstvene nege in se vanj vključiti ter z nasveti pomagati delavcem na vseh ravneh zdravstvenega varstva.

13. Z vso pozornostjo je treba preučiti veljavne zakonske predpise in predlagati potrebne spremembe z namenom, da bi čimbolj zadostili tudi potrebam zunajbolnišnične službe.

Razvoj raziskovalnega dela

14. Da bi bili kos današnjim družbenim potrebam, kot je npr. celovita zdravstvena nega starejših in zelo starih prebivalcev, se morajo medicinske sestre in socialni delavci

vključevati v kvalitativne, kvantitativne dolgoročne raziskave in analize. Preučiti morajo svoje delo in opredeliti splošna načela, ki so sestavni del vsake posamezne naloge na področju zdravstvene nege in socialno-medicinskega dela. Dognanja raziskav morajo znati s pridom uporabiti za izboljšanje delovnega procesa in jih vklju iti v smernice za nadaljnje delo. Medicinske sestre z ustreznim strokovnim znanjem na področju geriatrije opravljajo potrebne raziskovalne naloge z namenom, da bi z dobljenimi rezultati izboljšale zdravstveno nego starostnikov. Medicinske sestre, ki imajo veselje in možnosti za raziskovalno delo, potrebujejo pripravo za samostojno delo na raziskovalnem področju. S svojim delom prispevajo k multidisciplinarnim raziskavam na področju zdravstvene nege starejšega prebivalstva.

15. Podatek, da sodeluje v mednarodni raziskovalni nalogi s področja zdravstvene nege osemnajst držav članic in da je le-ta del srednjeročnega programa o zdravstveni negi bolnika in babiški službi v evropskih državah, zagotavlja, da bodo kmalu odgovorili na številna vprašanja, ki so jih udeleženci postavili med samo konferenco. Z razširjanjem znanja o zdravstveni negi in uporabo znanja v praksi bo ta raziskava bistveno prispevala k razvoju tega področja, obenem pa bo to izredna priložnost za medicinske sestre, da si bodo pridobile praktične izkušnje na področju raziskovalnega dela.

Prev. M. D.

organizacija dela

DEKLARACIJA ZDRUŽENIH NARODOV O PRAVICAH DUŠEVNO PRIZADETIH, DOPOLNJENA Z NEKAJ VPRAŠANJI

(Le Courier de l'Unesco)

Generalna skupščina Združenih narodov je 20. decembra 1971 razglasila **Deklaracijo o pravicah duševno prizadetih**, kar je pomenilo pomembno prelomnico za duševno prizadete po vsem svetu. Eden od dokumentov, na katerega se je opirala ta deklaracija, je Deklaracija o splošnih in posebnih pravicah duševno prizadetih, ki jo je pripravila in sprejela Mednarodna zveza združenj za pomoč duševno prizadetim (ILSMH), danes Mednarodna zveza združenj za duševno prizadete ljudi. To nevladno organizacijo s sedežem v Bruslju so ustanovili leta 1960; v njej je včlanjenih 60 držav. Študija, ki jo opravili v letih 1974—1975 s sodelovanjem mednarodne zveze, je pokazala, da do zdaj še nobena država ne more zagotoviti vseh, niti dela teh pravic vsem duševno prizadetim. Zveza je potem ustanovila posebno delovno skupino, ki naj bi pomagala združenjem — članicam sprejeti ustrezne ukrepe, da bi v posameznih državah le začeli spoštovati te pravice; prvi korak je podrobna analiza, koliko se uporablja vsak posamezen član deklaracije Združenih narodov. Courier de l'Unesco objavlja besedilo deklaracije Združenih narodov, dodana pa je vrsta vprašanj, ki jih je sestavila delovna skupina te zveze. Upamo, da bodo vprašanja opozorila bralce na razmere, v katerih živijo duševno prizadeti, in jim pomagala, da bodo lahko sami preverili, v kakšni meri posamezne pravice spoštujejo v njihovih državah.

1. ČLEN

Duševno prizadeti mora, kolikor je le mogoče, imeti enake pravice kot drugi ljudje. Ali ima duševno prizadeti otrok enake pravice kot vsi drugi otroci?

To vključuje pravice do zdravniške oskrbe, ki je potrebna za ohranitev njegovega življenja tako ob rojstvu kot pozneje.

— Ali se temeljna pravica, da ima starše ali krušne starše, ki skrbijo za otrokovo vzgojo in ga varujejo, spoštuje enako kot pri normalnem otroku? Ali je duševno zaostalega otroka mogoče posvojiti?

— Ali ima duševno zaostal otrok pravico do šolanja vsaj toliko let kot drugi otroci?

— Ali ima duševno zaostal odrasel volilno pravico, razen če mu te pravice ni odvzel splošen zakon, ki specificira, v katerih primerih se odvzame volilna pravica?

— Ali duševno zaostal človek uživa enako pomoč in zaščito civilnih oblasti kot drugi državljani?

— Ali je duševno zaostal človek na razumljiv način obveščen o svojih državljan-skih pravicah in odgovornostih?

— Ali je policija dovolj poučena, da razume duševno zaostale ljudi?

— Ali velja duševno zaostal človek, obtožen zločina, za nedolžnega, dokler se ne dokaže nasprotno? Ali ta predpostavka uživa odobravanje javnega mnenja in policije?

— Ali je duševno zaostalim prepovedan vstop v javne prostore, kot so igrišča, avtobusi, restavracije, že samo zaradi njihove »drugačnosti«, ali pa morda zaradi tega, da ne bi motili drugih ljudi?

— Ali obstoji trajen sistem, ki zagotavlja pravilno uporabo in spoštovanje temeljnih pravic duševno zaostalih ljudi? (Glej uvod!).

2. ČLEN

Duševno zaostal človek ima pravico do ustrezne zdravstvene nege in do telesnega zdravljenja, pa tudi do izobrazbe, šolanja, readaptacije in nasvetov, ki mu omogočajo, da do najvišje mere razvije sposobnosti in spretnosti.

— Ali obstoji zdravstvena služba, kamor lahko gredo vse matere ali bodoče matere s svojimi otroki in kjer je v primeru »ogroženih« otrok zagotovljen zgodnji poseg s pomočjo predporodnih posvetovanj in pediatrije?

— Ali je zdravniška oskrba prizadetih dojenčkov in otrok enako kakovostna kot oskrba otrok, ki jih imamo za »normalne«?

— Ali zaostali otroci uživajo enako rutinsko skrbstvo, kot so zobozdravstvo, cep-ljenje, kontrola sluha in vida itd. kot drugi otroci? Ali je kakovost teh storitev enaka tudi v klinikah, bolnišnicah, higienskih zavodih ter inštitutih za duševno zaostale?

— Če kakšna družina sprejme zaostalega otroka, ali uporablja enake zdravstvene storitve — in enako kakovostne — kot če bi šlo za lastne otroke? Ali ti otroci do-bivajo enako nego?

— Ali dobivajo duševno zaostali ljudje pomirila in druga zdravila v večjih dozah kot neprizadeti ljudje? Ali ima to doziranje zdravil za cilj, da bi postali ljudje, ki jih imajo v oskrbi, krotkejši, s čemer bi se olajšala naloga skrbnikov?

— Če mora duševno prizadeta oseba v bolnišnico zaradi bolezni, ali dobi enako kakovostno nego ali ji posvečajo enako pozornost, ali sme sprejemati obiske kakor vsi drugi v takšnem primeru?

— Ali ji priznavajo pravico, da soodloča o svojem zdravljenju, kolikor ji razum to pač dopušča? Ali so ji pojasnila v zvezi z njenim zdravljenjem in z okoliščinami,

v katerih bo to zdravljenje potekalo, podana jasno in preprosto, tako da lahko to razume? Če ne more razumeti prizadeti bolnik sam, ali obvestijo in vprašajo za nasvet starše ali skrbnika?

— Ali tako kot brezplačno šolanje za normalne otroke obstoji tudi brezplačno posebno šolanje, ki je enako kakovostno in prilagojeno duševno zaostalim otrokom enake starosti? Ali je v tem primeru geografska porazdelitev teh šol zadovoljiva, ali so te šole lahko dosegljive? Če morejo normalni otroci plačevati prispevek, ali je treba plačati kaj več za šolanje prizadetih otrok? Ali obstoje tudi šolske ustanove, resne in temeljite za prizadete otroke, ki ostanejo doma?

— Ali posebne službe ustrezajo vsej paleti vzgojnih potreb otrok in odraslih vseh starosti? Ali so te službe dovolj porazdeljene po vsem območju mesta, pokrajine itd., tako da so dosegljive za vsakega otroka po njegovih potrebah?

— Ali je pouk za prizadete otroke v ustanovah vsaj tako kvaliteten in tako prilagojen njihovim potrebam, kot je pouk za otroke, ki živijo s svojimi družinami? In nasprotno?

— Ali je šolanje duševno prizadetega otroka usmerjeno h kar največji samostojnosti? Ali so programi za poklicno izobraževanje duševno zaostalih sestavljeni glede na možnost zaposlitve v gospodarstvu posamezne države?

— Ali je to, da je prosilec obiskoval posebno šolo, ovira pri sprejemanju v službo, ne glede na sposobnosti osebe, ki bo opravljala dela?

— Ali je za šolanje osebja za duševno zaostale skladno z nalogami, ki ga čakajo? Ali je na tekočem z razvojem? Ali ga je dovolj? (Pod osebjem razumemo vse, ki se kakorkoli ukvarjajo z duševno zaostalimi ljudmi: vzgojiteljice, učitelje, terapevte, svetovalce, zdravnike itd.)

3. ČLEN

Duševno zaostal človek ima pravico do ekonomske varnosti in do spodobne življenjske ravni. Ima pravico, da v okviru svojih možnosti opravlja produktivno delo ali kakršnokoli drugo koristno delo.

— Ali obstoje ovire (zakoni, stališča), ki onemogočajo, da bi duševno zaostal človek dobil delo, ki bi ga bil sposoben opravljati?

— Ali obstoje okoliščine, v katerih bi bil za podobno delo manj plačan kot drugi delavec?

— Ali osebe, ki živijo v ustanovi in ki njihove vsakdanje naloge omogočajo dobro delovanje te ustanove (vratar, kuhinja, čiščenje), dobivajo tudi plačo, ki ustreza temu delu? Ali imajo pravico obdržati del te plače za osebne potrebe, ali pa morajo prepustiti ves denar ustanovi za hrano, oskrbo in stanovanje?

— Če odrasel duševno zaostal človek ne more s svojim delom zaslužiti niti toliko, kot je nujno potrebno za njegovo življenje, ali obstoji sistem (zdravstveno zavarovanje, podpora za prizadete), ki mu omogoča, da dobiva redno podporo iz javnih sredstev?

— Ali zdravstveno zavarovanje ali denarna podpora zadošča za pokrivanje dodatnih stroškov, ki jih povzročata prizadeta oseba?

— Ali družine (ali posvojitelji), kjer živi prizadeti otrok, dobijo družinski dodatek (ali invalidski dodatek), ki pokriva dodatne stroške, nastale zaradi navzočnosti duševno prizadetega otroka v hiši? Ali dobivajo takšne dodatke tudi odrasli duševno prizadeti ljudje?

— Ali obstoji državna zdravstvena služba ali kakšen drug državni sistem, ki omogoča pokrivanje dodatnih stroškov, ki nastanejo zaradi posebne oskrbe prizadetih

oseb, tako da njihovi stroški za zdravstvene storitve ne bi bili večji od tistih, ki jih plačujejo neprizadeti ljudje?

— Ali obstoji zavarovanje ali kakšen drug sistem proti brezposelnosti? Ali ima duševno zaostal delavec enake pravice kot drugi delavci?

— Če obstojajo zakoni za zaščito zaposlitve invalidov, ali veljajo tudi za duševno zaostale ljudi?

— Če je potrebno dodatno šolanje (poklicno ali drugačno) odraslega duševno zaostalega človeka, ali ga dobi z enako pravico kot drugi odrasli ljudje?

4. ČLEN

Kadar je le mogoče, mora duševno zaostal človek živeti v okviru svoje družine ali drugega doma, ki jo nadomešča, ter v različnih oblikah sodelovati v skupnem življenju. Dom, kjer živi, pa mora dobivati pomoč. Če je potrebna namestitev v posebno ustanovo, mora biti tam okolje in življenjske razmere kolikor mogoče blizu normalnemu življenju.

— Ali zdravniki, pedagogi ter drugo poklicno osebje, ki svetujejo družini, vzpodbujajo starše, da naj obdržijo otroka doma? Ali pomagajo družini tudi konkretno, da bi ji olajšali to nalogo?

— Ali se starši (ali posvojitelji) priznavajo kot prvi odgovorni za vzgojo in nego zaostalega otroka, tako kot je to za druge otroke?

— Ali poklicno osebje seznanja starše (ali posvojitelje) z otrokovim stanjem in njegovimi možnostmi, ali jim pomaga razumeti, kako voditi njegovo rast in upoštevati njegove možnosti?

— Ali imajo duševno prizadete osebe dostop do rekreativnih centrov, odprtih za javnost? Ali si kdo prizadeva uvesti dejavnosti, ki bi jim bolj ustrezale (na primer učenje plavanja)? Ali ni ovir (arhitekturnih), ki bi onemogočale dostop duševno zaostalim ljudem, ki so s tem tudi telesni invalidi? Ali so cerkve in druge verske skupnosti odprte tudi za duševno zaostale ljudi? Ali je javno mnenje prijazno do »drugačnih ljudi«?

— Če duševno zaostala oseba ne živi s svojo družino ali pri krušnih starših, **ali je dom, kjer živi, podoben njegovemu pravemu domu?**

— Ali je ta dom v stanovanjski četrti? Ali so tam življenjske razmere vzpodbudne, ali vodijo k večji samostojnosti, k osebni neodvisnosti? Ali omogočajo duševno prizadeti osebi, ki tam živi, da individualno odloča o svojih dejavnostih, oblekah, osebnih stvareh itd.? Ali lahko soodloča o dekoraciji prostora, kjer živi? Ali si je lahko izbrala sobo, ki je samo njena? Ali so jo izbrali ljudje, s katerimi jo deli? Če tega ne more prizadeta oseba sama, ali je lahko izbral človek, ki jo predstavlja?

— Ali živijo v domu osebe obeh spolov? Ali je takšen dom lahko dostopen z javnimi prometnimi sredstvi? Ali okolje vzpodbuja stanovalce doma k sodelovanju pri družbenih dejavnostih zunaj doma in k normalnemu »kulturnemu« življenju, seveda skladno z njihovo stopnjo prizadetosti?

— Ali so ustanove tako porazdeljene, da niso koncentrirane na kakšnem območju, na primer tako, da so mogoči stiki med sosedi? Ali vzpodbujajo družine, naj redno obiskujejo tiste, ki živijo v ustanovi? Ali ima duševno zaostal stanovalec doma kaj besede glede pogojev za obiske?

— Ali obveščajo sosede, da bi preprečili sleherne predsodke do duševno prizadetih ljudi, ki živijo v stanovanjih, v majhnih skupinah, v skupnosti?

— Ali so arhitekturne ovire za telesne invalide zmanjšane na minimum?

— Ali so organizirane dnevne dejavnosti zunaj doma za osebe, ki so preveč prizadete, da bi lahko delale?

5. ČLEN

Duševno zaostal človek ima pravico do kvalificiranega skrbstva, kadar je to potrebno za zaščito njegove osebe in njegovega imetja.

— Ali obstoji uraden postopek, ki določa, kdaj je človek duševno zaostal in mora zaradi tega imeti varuha (delno ali popolno varstvo)?

— Ali se med postopkom pretehtajo razlogi za ali proti takšni odločitvi?

— Ali je pri tem zastopana tudi prizadeta oseba?

— Ali strokovnjaki resno ocenijo njene sposobnosti in njene pomanjkljivosti zlasti glede sposobnosti, da odloča o stvareh, ki jo zadevajo, ki so v njenem interesu in po njenem osebnem okusu?

— Ali je zakoniti postopek za izbiro varuha duševno zaostalemu človeku brezplačen ali pa povzroča stroške zaostalemu človeku ali njegovi družini?

— Ko duševno prizadeta oseba doseže določeno starost, ali avtomatično velja za nesposobno? Ali tako ravnaajo z njo starši in drugi brez slehernega objektivnega preverjanja?

— Kaj se zgodi, če je duševno prizadet otrok sirota, če nima nobenih svojcev ali če ga ti zapustijo? Ali v tem primeru država pozitivno ukrepa? Je premestitev v kakšno ustanovo edina rešitev?

— Ali obstoje kvalificirane osebe, ki prevzamejo vlogo varuha, kadar te odgovornosti ne prevzame noben član družine ali noben prijatelj?

— Ali obstoje uradne ali zasebne organizacije, ki imajo pravico braniti interese duševno prizadetih ljudi, če pride do zločina zoper človeštvo?

— Ali so varstvene organizacije neodvisne od služb, ki morajo skrbeti za nego in vzgojo duševno prizadetih? Ali v primeru potrebe obstoji sistem (delno ali popolno varuštvo), ki omogoča imenovanje varuha?

— Ali je varuštvo edina oblika skrbi za duševno prizadete? Ali poskuša država odkritosrčno iskati prostovoljce, da bi zagotovila varuško ali skrbstvo za duševno prizadete?

— Ali obstoje uradno določene osebe, ki prevzamejo varuštvo, če ni koga drugega, ali v nujnih primerih?

— Ali je direktor ustanove ali kdorkoli drugi, ki se poklicno ukvarja z duševno prizadetimi ljudmi, lahko imenovan za varuha svojih klientov ali pacientov?

— S kakšnim zakonitim sredstvom je mogoče zajamčiti, da varuh duševno prizadetega otroka ne bo zanemarjal svojih dolžnosti ali funkcij, pa tudi ne zapravljal njegovega premoženja? Ali obstoje nadzorne službe za duševno prizadete ljudi, ki potrebujejo skrbstvo?

— Ali je mogoče obravnavati ločeno varuštvo osebe in varuško imetja duševno prizadetega človeka?

— Ali obstoji tako imenovano »omejeno« varuštvo, ki pokriva natančno določene odločitve, ki jih mora sprejeti varuh samo v določenih primerih?

— Če je oseba resno prizadeta, vendar se zdi, da je vsaj v nekaterih primerih sposobna odločati, ali se ji dopušča ta možnost?

6. ČLEN (PRVI DEL)

Duševno prizadet človek mora biti zavarovan pred slehernim izkoriščanjem, pred sleherno zlorabo ali ponižujočim ravnanjem.

— Ali službe za zaščito zapuščenih otrok ali sirot skrbijo tudi za duševno prizadete otroke?

— Ali medicinske sestre, zdravniki, socialni delavci itd. z enako vnemo odkrivajo primere zanemarjanja, zlorabe, podhranjenosti itd. pri duševno prizadetih kot pri drugih otrocih? Ali bi to lahko trdili za ustanove?

— Ali službe za zaščito (državljanov) poznajo problem duševno zaostalih in vedo, kako je treba z njimi ravnati?

— Ali duševno prizadeti otroci in odrasli, ki živijo v ustanovah, smejo sprejemati obiske od zunaj (študente, novinarje, strokovnjake itd.), ki bi bili nezaželeni, morda celo ponižujoči v običajnih šolah, klinikah, bolnišnicah?

— Ali so duševno zaostali nameščenci v manj prijetnih krajih, morda celo v takšnih, ki so jih tako imenovani »normalni«¹ ljudje zapustili (zaradi razpadanja)?

— Ali vidimo v oznaki »duševno prizadeti«² še kaj drugega razen namena, da se postavi konstruktivna diagnoza, izbere vzgojni program ali nadaljuje znanstvena študija?

— Ali obstoje kraji, kjer so duševno prizadeti postavljeni v zares ponižujoč položaj zaradi zamreženih oken ali zaradi grdih oblek (ali zaradi tega, ker sploh nimajo oblek)? In ali jih takšne lahko vidijo tujci?

— Ali so kritizirani novinarji ali komedijanti, če uporabljajo žaljiv jezik o duševno prizadetih ali če se norčujejo na njihov račun?

6. CLEN (DRUGI DEL)

Če ga sodno preganjajo, mora biti postopek reden, takšen, da v polni meri upošteva njegovo stopnjo odgovornosti glede na njegove duševne sposobnosti.

— Če duševno zaostalega človeka obtožijo zločina, ali mu je zagotovljena zakonita obramba v enaki meri kot drugim državljanom?

— Če duševno zaostal človek ne more razumeti policije ali sodnega procesa, ali dobi potrebno pomoč za uveljavljanje svojih pravic?

— Ali je policija v primeru zločina dovolj poučena, da lahko spozna duševno zaostalega človeka in opravi uvodno preiskavo?

— Ali ima duševno zaostal človek pravico, da je navzoč njegov advokat, eden od staršev ali prijatelj, medtem ko ga policija zaslišuje? Ali ima (sam, njegovi starši ali varuh) pravico izbrati osebo, ki ga bo zastopala?

— Ali ima pravico do svetovalca (advokata) med celotnim postopkom?

— Ali ima oseba, ki je morda duševno prizadeta, pravico do diagnoze ali druge ocene njenih sposobnosti (družbenih sposobnosti), ki jo opravi kvalificiran strokovnjak pred kakršnimkoli sodnim pregonom?

— Ali se pri takšni oceni ugotavlja tudi, ali je prizadeta oseba sploh sposobna spremljati svoj proces (to pomeni, ali je sposobna razumeti postopek in pomagati advokatu, ki jo brani)?

— Če se ugotovi, da duševno prizadeta oseba ni sposobna spremljati svojega sodnega procesa ali je mogoče, da se ta proces skrajša ali da se pregon sploh opusti?

— Če duševno prizadeta oseba, obtožena zločina, vendar ocenjena kot nesposobna, da bi spremljala proces, pride v roke civilni oblasti, ker velja za nevarno, ali ima enake pravice do zakonite zaščite kot vsak drug človek, ki velja za »nevarnega«, ki pa ni obtožen nikakršnega zločina?

— Ali se lahko med kazenskim postopkom duševno prizadeta oseba za svojo obrambo sklicuje na neodgovornost (omejeno odgovornost), da bi si zmanjšala ali dvignila kazen, ker pač ni sposobna namernega zločina?

— Ali je duševno prizadeta oseba storila zločin in če je pod nadzorom, ali je postopek z njo — v kar najmanj restriktivnih okoliščinah — takšen, da upošteva njene potrebe, njeno stopnjo odgovornosti in da zagotavlja njeno družbeno varnost?

— Če je duševno prizadeta oseba pod nadzorstvom (razen v primerih za zelo kratko obdobje), ali ima avtomatično pravico do periodičnega obnavljanja njenega primera in ali se lahko pritoži na višje organe?

7. ČLEN

— Če zaradi hude invalidnosti nekateri duševno prizadeti ljudje ne morejo učinkovito uveljavljati vseh svojih pravic ali če se pokaže, da je potrebna omejitev ali to odpravo zavarovati duševno prizadetega pred sleherno obliko zlorabe. Ta postopek mora temeljiti na oceni njegovih družbenih sposobnosti, ki jo opravijo kvalificirani strokovnjaki. Ta omejitev ali odprava pravic pa je podvržena periodičnemu preverjanju in ohrani pravico do pritožbe na višje organe.

— Ali se pred začetkom postopka za omejitev pravic vsakega duševno prizadetega uporabijo drugi manj restriktivni sistemi (svetovanja, socialna in psihološka pomoč), ki mu omogočajo, da sam odloča in ukrepa.

— Preden pride do kakršnegakoli omejevanja, ali se ocenijo družbene sposobnosti duševno zaostalega za uveljavljanje njegovih pravic, pri čemer se mora upoštevati, da sleherni državljan, ki odloča o sebi, včasih s tem tudi tvega in da to odločanje ni nujno zanj koristno? Ali se odloča o potrebi omejevalnih ukrepov po preišljeni oceni sposobnosti duševno prizadetega človeka?

— Ali to oceno izrečejo strokovnjaki iz tega področja in iz najrazličnejših strok?

— Če se oceni, da kakšna oseba ni sposobna uveljavljati nekaterih svojih pravic, ali se to naredi zaradi zaščite te osebe ali drugih oseb?

— Ali je omejitev duševno prizadetega človeka omejena izključno na nekatere specifične dejavnosti, za katere je po oceni nesposoben, medtem ko lahko druge svoje pravice uveljavlja brez zadržkov?

— Ali je ta omejitev izvedena na kar najmanj restriktiven način: omejeno varstvo namesto popolnega, raje nadzorovanje kot nadomeščanje, raje nega v skupnosti kot v ustanovi itd?

— Ali je duševno prizadeti obveščen pred slehernim restriktivnim ukrepom o njem? Ali je o tem obveščena njegova družina ali katerakoli druga zainteresirana oseba?

— Ali ima duševno prizadeti, njegova družina, njegovi prijatelji pravico do pomoči svetovalca (advokata) v vsakem postopku?

— Ali se lahko duševno prizadeti odloči, da ga bo zastopala kvalificirana oseba (advokat, svetovalac), katere interesi ne nasprotujejo njegovim?

— Ali so priložnosti za zahtevo ponovne obravnave ali revizije sleherne omejitve v tistem trenutku ali pozneje v razmerju s stopnjo in trajanjem omejitve? Ali se periodično preverjanje opravlja avtomatično?

— Ali ima postopek zakonit značaj, kadar gre za temeljne pravice?

— Ali ima duševno zaostali ali njegov zastopnik priložnost, da ob nastopu na sodišču temu posreduje informacije ali da razpravlja o informacijah, ki so jih dali drugi?

— Ali duševno prizadetega ali njegovega predstavnika poučijo o pravici do pritožbe in ali mu pomagajo na zakonit način, da jo tudi uveljavlja?

— Ali je dovoljeno duševno prizadetemu, njegovi družini, njegovemu običajnemu svetovalcu ali njegovemu varuhu, da si sam izbira zastopnika na takšnih procesih?

(Naši razgledi 30 (1981), št. 19, 562—563)