

7. Pravilno je, da dnevni red ob nedeljah in praznikih nekoliko spremenimo in sprostito. Tako postavljamo nekake časovne mejnike in bolnikom s tem krajšamo čas. Ob teh dneh lahko n. pr. zamenjamo osebno perilo in prtičke, opoldan h kosilu damo sveže, lepo zložene in okrašene z zeleno vejico ali cvetlico. Če ima bolnik rojstni dan, tega ne prezremo. Čestitke mu pripravimo v dogovoru z drugimi bolniki, ki se bodo tudi razveselili spremembe. Vendar mora vse to potekati brez kakih finančnih izdatkov.

Seveda je ta dnevni red le vzorec, ki ga še posebej prilagodimo potrebam oddelka.

Za bolnikovo hitro potrebe. Že dober odnos velike važnosti. Prav t svojcem, da se z njimi Bolnik mora imeti na kulturnimi dogodki — bolniku moramo dati :

Preko socialnega pred bolnikovo vrnitv življenje je zagotovilo, stvenih delavcev v u rekonvalescenta na do nikov v bolnišnico, ki

štejemo njegove socialne delavci na oddelku je tu b, da se bolnik ne odtuji šen o dogodkih na domu. seznanj s političnimi in njega življenja. Mlademu

ddelčna sestra domače še od. Urejeno emocionalno ltat naporov vseh zdrav- v nekaj tednih. Skrb za ponovnemu vračanju bol-



Kdor je ta članek na hitro prebral, se mu bo naslov zazdel nekoliko neupravičen, saj se zdi, kakor da oddelčno sestro le še opozarja na njene dodatne dolžnosti. Namen članka pa je opozoriti sestre na to, da je sistematičnost v delu, predvsem pa, da so jasni in urejeni odnosi na oddelku med bolniki in delovno ekipo tisto, kar omogoča hitro in uspešno opravljeno delo. Doseči ravnotežje v medsebojnih odnosih pa je prav tako važna in pomembna naloga sestre kakor medicinsko tehnični posegi, ki smo jih z leti popolnoma zgrešeno prenesli na prvo mesto v delovnem področju oddelčne sestre.

Nekaj misli o rehabilitaciji tuberkuloznih bolnikov

Dr. Baldomir Savinšek

I

Rehabilitirati se pomeni, da se ponovno usposobimo za nekaj, kar smo izgubili ali pa nam je bilo odvzeto.

Izgubili smo lahko denar, premoženje ali čast in svoj ugled in potruditi se moramo, da se ekonomsko ali moralno rehabilitiramo. Izgubili smo tudi svoje telesno ali duševno zdravje in naša skrb mora tedaj biti, da si zopet pridobimo ravnotežje, to se pravi, da se rehabilitiramo medicinsko. Ali pa smo iz kakršnih koli razlogov izgubili svoje delovno mesto ali poklic in se moramo zato rehabilitirati profesionalno.

Da smo nekaj izgubili, je lahko naša krivda ali krivda koga drugega ali krivda obeh. Ko pa iščemo, kar smo izgubili, moramo biti aktivni tudi mi sami,

dasi nam lahko s svojim sodelovanjem pomagajo tudi drugi. Prav to sodelovanje pa je pri vzpostavljanju zdravja nujno potrebno — v zdravstveni službi sploh, zlasti pa pri tuberkuloznih bolnikih.

Tuberkulozni bolnik teži predvsem za tem, da se pozdravi, da se medicinsko rehabilitira, pri čemer mu pomagajo predvsem drugi, t. j. zdravniki s svojo večščino, z zdravili in operacijami. Toda sodelovati mora s svojimi zdravstvenimi prijatelji tudi bolnik sam, ker sicer uspeh ne bo tak, kakor bi si ga želeli.

Žal pa se izgubi zdravja, zlasti pri kroničnih tuberkulotikih, kaj rada pridruži tudi večja ali manjša izguba materialnih dobrin (v naši socialistični ureditvi še najmanj!), zaradi katere je potrebna tudi ekonomska rehabilitacija. Če traja potreba po medicinski in ekonomski rehabilitaciji le predolgo, privede že v kratkem času — pri manj trdnih značajih — tudi do potrebe po moralni rehabilitaciji. Zdi se (vsaj skušnje življenja kažejo tako!), da je moralna rehabilitacija ena najtežjih, ker prizadeti sam iz raznih vzrokov (zlasti v primerih alkoholizma) kaj malo ali pa nič ne sodeluje s prijatelji, ki se trudijo za njegovo moralno rehabilitacijo.

Če nismo izgubili tudi moralnega ugleda, ampak le medicinsko zdravje in nam zaradi tega grozi profesionalna izguba, bomo napeli vse sile, da z naporji za medicinsko dosežemo obenem tudi profesionalno rehabilitacijo, ki pomeni (skoraj) vedno tudi ekonomsko rehabilitacijo.

Iz tega je razvidno, da je splošni naziv rehabilitacije nekak velik »klobuk«, ki se pod njim skupaj skriva več različnih vrst rehabilitacije. — In na to moramo pri tuberkuloznem bolniku vedno misliti mi, pa tudi bolnik sam bi si moral biti tega v svesti, bodisi da pride do spoznanja sam ali pa s pomočjo prijateljev.

Kdo so ti prijatelji? Najdemo jih povsod: na oblastvenih forumih, v družbenih organizacijah, v samoupravnih telesih in predvsem seveda — v zdravstveni službi. V zdravstveni službi se ti prijatelji imenujejo: zdravnik, socialni delavec, medicinska sestra, zlasti patronažna sestra, in pa fizioterapevt. Izven zdravstvene službe se imenujejo tudi zdravstveni (ali patronažni) aktivist, socialni skrbstveni referent, referent za zaposlovanje itd. Tudi v podjetjih, tovarnah in ustanovah jih imamo in niso neznani, čeprav tod vsi nimajo posebnih nazivov.

Spominjam se — po letih ni še tako dolgo tega — ko so se v tujih knjigah le redki na tihem učili tega, kar je zamejstvo imelo že davna desetletja. Začeli so se prvi sestanki, na katerih je bila vsaka deseta beseda — sprva še težko izgovorljiva — »readaptacija«, »rehabilitacija«, »prekvalifikacija«. Pisane ali tiskane besede o tem v naši materinščini ali v naših jezikih še ni bilo ali komaj kje, skrita kot ponižna vijolica. Danes je naše domače zadevne literature že toliko, da je treba biti prav marljiv in z drugim delom neobremenjen, da se preriješ skozi ta gozd. Pa ne samo to! Ni več dovolj samo beseda! Niso se še pogleli zadevni sestanki in tudi ne zaprla vrata kongresov, ki so imeli na dnevnem redu če ne za izključno, pa vsaj za glavno temo — vprašanje rehabilitacije, že so se začeli pojavljati zavodi, manjši, večji, s ponosnim imenom — Zavod za rehabilitacijo, že so vzniknili tudi pri drugih zdravstvenih zavodih oddelki, namenjeni bodisi rehabilitaciji ali prekvalifikaciji. In isto se je dogodilo v vseh protituberkuloznih zavodih; in v dispanzerjih začenjajo tako zdravniki kakor patronažne sestre obračati največjo pažnjo prav vprašanju rehabilitacije.

Ko smo v dispanzerjih Slovenije leta 1958 napravili anketo, kolikšne so potrebe po rehabilitaciji ali prekvalifikaciji tuberkulotikov, smo ugotovili, da bi jih samo med aktivnimi zavarovanci za rehabilitacijo prišlo v poštev nad 83 %, za prekvalifikacijo pa skoraj 18 %. To je napotilo protituberkulozno službo, da se je z zanosom poglobila v rehabilitacijsko vprašanje, zlasti ker se je zavedala, da bo odstotek takih bolnikov, tako imenovanih »dobrih kroničarjev« (good chronics), zaradi sodobnega zdravljenja in zaradi tega tudi zboljššanega vnanjega videza bolnikov in popravljene notranje slike tuberkuloznega procesa še naraščal.

Medtem ko je pred zadnjo vojno moral zdravstveni kader ljudi stalno prepričevati, da ni vsaka tuberkuloza smrtna, se moramo danes skoraj boriti za to, da bi nam bolniki verjeli, da je tuberkuloza še vedno resna bolezen in da ljudje za tuberkulozo še umirajo. Zaradi tega, včasih le navidezno zboljššanega stanja si bolniki povprečno žele v službo, si žele na delo, pretežno na isto delovno mesto, ki so ga imeli prej. Zdravstveno osebje pa vé, da mnogi za tisto delovno mesto niso več sposobni, včasih niti ne za isti poklic, zlasti če so še vedno bacilozni. Število takšnih za delo sposobnih raste — ne morejo pa ostati ne iz medicinskih, še manj pa iz psihičnih razlogov večni invalidi.

Res da kljub naši novi socialno- ali invalidno-zavarovalni zakonodaji ne bomo mogli vseh sposobnih ne rehabilitirati in ne prekvalificirati. Pri enih bo ovira starost, pri drugih pomanjkanje najosnovnejše izobrazbe in inteligence, pri tretjih pa kakršnikoli subjektivni vzroki (lov za rento, nedisciplin, preveč ukoreninjeno prepričanje, da bi jim delo škodovalo), da bodo odklonili rehabilitacijo kakor tudi prekvalifikacijo. S temi tretjimi se ne bomo ukvarjali, ker bi pri njih tako ali tako ne zaleglo nobeno prepričevanje.

Vprašanje rehabilitacije se začenja pravzaprav že z določitvijo diagnoze oziroma z začetkom zdravljenja. Razumljivo je, da »svežih« akutnih bolnikov ne bomo poskušali takoj profesionalno rehabilitirati, temveč le medicinsko. Prav tako ne bomo poskušali rehabilitirati močnih kašljavcev, še močno kužnih za okolico in sploh bolnikov z veliko respiratorno invalidnostjo. Po izločitvi vseh teh pa bo ostalo še vedno število tistih, ki jim preostala delozmožnost in sposobnost za materialno pridobivanje dovoljujeta prevzeti delo brez škode za njih zdravje zaradi delovne obremenitve.

Te pa bi delili v *tri* skupine:

V *prvo* skupino bi šteli bolnike, ki jih lahko brez škode vključimo na delovno mesto v starem poklicu s polnim ali skrajšanim delovnim časom. V to skupino spadajo vsi bolniki z inaktivno in z zaustavljeno tuberkulozo, ki niso nikdar izločali klic tuberkuloze ali pa jih vsaj že eno leto ne izločajo več in pri katerih nam tudi vse druge preiskave (rentgenske-, spiro- in ergometrične itd.) dajejo ugodno sliko.

V *drugo* skupino bi šteli bolnike, ki jih lahko vključimo na delo v starem poklicu s skrajšanim delovnim časom ali pa s polno zaposlitvijo, toda le ob določenih pogojih in na lažja, primernejša delovna mesta. Semkaj bi šteli bolnike z zaustavljeno tuberkulozo, ki že nad eno leto ne izločajo klic tuberkuloze, pri katerih pa vse druge preiskave ne dajejo prav ugodne slike. Poleg teh bi sem šteli tudi še bolnike z razjedno tuberkulozo, ki bodisi že zadnji dve leti ne izločajo klic tuberkuloze ali pa jih izločajo le sporadično, a njihov bolezenski proces ne kaže progredience.

V tretjo skupino bi končno šteli bolnike, ki so sposobni le za prekvalifikacijo v drug lažji poklic (bodisi s prešolanjem ali pri nekvalificiranih včasih tudi brez tega) s polnim ali skrajšanim delovnim časom. V to skupino spadajo vsi poklici, ki so pod nadzorom sanitarne inšpekcije (prehrambna industrija in trgovina, obrati gostinskega in higienskega značaja ter šole in vsi zavodi, ki imajo opraviti z mladino) in vsi bolniki iz druge skupine, pri katerih bi se izkazalo, da delovne obremenitve iz te skupine ne zmorejo. Sem spadajo običajno vsi zazdraveli rehabilitiranci, pri katerih je bolezen — ne po njih krivdi — recidivirala. Takih primerov pa je povsod v svetu (in tudi pri nas) od 20 do 30 odstotkov. (Statistični podatek iz Zahodne Nemčije pravi, da so bili v $\frac{2}{3}$ recidivnih primerov bolniki rehabilitirani nepravilno ali predčasno; vzrok — popustljivost zdravstvenega osebja na prošnje bolnikov, vzrok tem prošnjam pa — socialne razmere in dolgočasje.)

Razumljivo je torej, da moramo pri razporejanju rekonvalescentov po sprednji razpredelnici ravnati z največjo uvidevnostjo in prožnostjo, nikakor pa ne shematično togo. Saj je v posameznih primerih odstop od prednjih skupin medicinsko indiciran, zlasti pri psihično labilnih bolnikih, tako n. pr. če bi bolnik v prekvalifikaciji duševno več trpel in bil zaradi tega tudi telesno prizadet, in pri bolnikih, ki se jim je bolezen že večkrat ponovila.

Kakor rečeno, se rehabilitacija prične že ob začetku zdravljenja. Ker mora ali bi vsaj moral vsak »sveži«
tuberkulotik v bolniško ustanovo, je razumljivo, da naj se tam prične tudi rehabilitacija. Prične naj se takoj, pa vsaj čimprej, brž ko je bolnik iz akutne faze obolenja. To bo rehabilitacija prve stopnje, tako imenovana okupacijska terapija. V tej stopnji poskušamo zaposliti bolnika z delom, ki je njegovemu poklicu, izobrazbi ali inteligenci najbližje, skušamo ga zamotiti, da laže prenaša odsotnost iz svojega običajnega družbenega in delovnega kroga. Dasi je okupacijska, zamotitvena terapija deloma tudi že delovna terapija, vendar prava delovna terapija to še vedno ni. Prava delovna terapija je tista, rekli bi lahko druga stopnja rehabilitacijskega poskusa, ko se bolniku aktivni bolezenski proces zboljšuje, pa mu bolnišnična zdravniška ekipa priporoči (včasih celo odredi), da kako uro ali tudi več ur na dan dela v za to določenih oddelkih zavoda (delovnih oddelkih, ne v postelji ali bolniški dnevni sobi) bodisi delo poklica, ki je njegovemu enak ali zelo blizu, ali pa delo poklica, za katerega naj bi se prekvalificiral. Razumljivo je, da se odkazano delo glede na obseg in napornost po potrebi kolikor se da natanko določi, meri in — ker je imunobiološko osnovo težko oceniti — tudi poveča ali zmanjša. Te vrste stopnja k rehabilitaciji je pravzaprav vzgoja k storilnosti in v nekem smislu poskus, da bolnika vključimo v normalni delovni proces, bodisi v starem ali pa na novo izbranem bodočem poklicu. V bistvu gre pač tudi za to, da zvmemo za realno vrednost tuberkulotikovih sil, da jih povečamo in da njegovo preostalo zmogljivost in sposobnost (pozitivno) s pridom izkoristimo. Do sem sega rehabilitacija v zaprti ustanovi bolnišničnega tipa. Vse to delo usmerjajo fiziologi, oziroma ekipa, eni po klinični, drugi po rentgenski, tretji po biološko-spirometrični plati, odločilnega pomena pa je znanje oddelčnih sester, zdravstvenega in učnega osebja profesionalistov na ustreznih delovnih oddelkih in pa fizioterapevtov. Skratka, to je team, kjer ima vsak natančno določeno področje, kjer je vsakdo kolesce v mehanizmu, ki mora v celoti delovati brezhibno. Seveda je važno kolesce pri tem tudi bolnik-rehabilitant.

Pri nadaljevanju, t. j. tretji stopnji rehabilitiranja, pravega profesionalnega rehabilitiranja in izven zaprte zdravstvene ustanove imajo še vedno veliko nadzorno — toda ne več toliko odredajočo — vlogo dispanzerski ftiziologi, še v mnogo večji meri pa dispanzerske sestre, sploh medicinske sestre, zlasti patronažne, obratni zdravniki in rehabilitacijski prijatelji izven zdravstvene službe. Ta stopnja rehabilitacije se nadaljuje ali v posebnih zaščitnih delavnicah ali posebnih primernih oddelkih industrije ali pa v normalnem, zdravem delovnem okolju. Razne dobe in razne dežele so v tej stopnji rehabilitacije zagovarjale premoč ene ali druge metode. Toda rehabilitacija novega časa izbira v glavnem le zadnjo smer, ker smatra druge metode le za »prehodne« rešitve. Pravilna rešitev naj bi bila le vključevanje v življenjski krog kolektiva (in družine) z vsemi domačimi in poklicnimi navadami. To velja za vse primere enako, pa naj gre za delo v trgovini, obrti ali industriji, za delo na kakem zavodu ali v ustanovi, za študij ali za terensko delo.

Vse, o čemer smo govorili, velja za zavarovance in invalide (pa tudi za nezavarovance). Zdravljenje tuberkulotikov (in seveda tudi drugih) danes ni več samo vzročno, temveč situacijsko zdravljenje, ni več samo zdravljenje bolezni niti ne osebe, individua, temveč zdravljenja situacije, ki je nastala v tem bolnem individuu in okoli njega.

Tako je skrb za profesionalno rehabilitacijo zelo pogosto tudi skrb za medicinsko in ne samo za ekonomsko rehabilitacijo. Profesionalna rehabilitacija je torej istočasno klinično in socialno zdravljenje bolnika in njegovega naj-ožjega okolja, ob pravilni rehabilitaciji pa tudi zdravljenje finančnega proračuna za protituberkulozno borbo in službo, ker so potrebna pač manjša sredstva, dosežemo pa večje uspehe.

II

Kakšni so dandanes naši pogledi, kakšna so sredstva in možnosti za rehabilitacijo tuberkulotikov?

Skoraj že ni specialne bolnice ali bolničnega oddelka za tuberkulozo, ki bi takoj po najakutnejši fazi tuberkuloznega procesa na kakršen koli način ne zaposloval bolnikov v smislu zamotitvene terapije. Čim bolj sta v nekem zavodu vpeljana ta in pa delovna terapija, tem manj je med bolniki tudi ekscesov, tem manj prostovoljnih odhodov in disciplinskih odpustov. Tako ženske kakor moški delajo kaka ročna dela (iz blaga, volne, vrbovja, rafije, lesa, roževine, polivinila) — včasih neradi — ali se ukvarjajo z inteligenčnimi posli, bodisi da študirajo, prevajajo, opravljajo razna matematična, statistična dela, analize ipd. Zadostno število primernih zamotitvenih del za večje število bolnikov pa je, žal, težko najti. Zabavo z branjem romanov, šahiranjem ali drugimi igrami in kino predstavami, čeprav so tudi neke vrste zamotitvena zabava, pač še ne moremo šteti v zamotitveno terapijo. Okupacijska terapija je, kakor rečeno, bolj ali manj vpeljana že v vseh zavodih za zdravljenje tuberkuloze. Če slišiš od odpuščenih bolnikov, ki ti pripovedujejo, kaj vse so — včasih prav po navadah pubertetnikov — počenjali v zdravilišču, ali če na obisku v zdravilišču vidiš, koliko bolnikov se sprehaja in kako se sprehajajo; že veš, koliko je okupacijska terapija v tem ali onem zdravilišču uvedena in — koliko je vredna. Vrednost pa ni odvisna samo in edino od zdraviliških zdravnikov, od metodologije dela v zdravilišču, temveč predvsem od poučenosti in aktivnosti drugega medicinskega osebja, v glavnem sester in seveda tudi od njih števila. Te se

morajo poglobiti v psiho bolnika in zanj po možnosti odkriti primerne »ko-njička« za zamotitev, in to s kakšnim delom. Od njih je odvisen uspeh, velikost in trajnost uspeha, če bodo znale na duhovit in kratkočasen način pravilno kanalizirati življenjsko silo bolnikov.

Nekaj drugega je delovna terapija. Delovna terapija je uvedena tudi že skoraj v vseh specialnih bolnicah za tuberkulozo, n. pr. v Ormožu, Novem Celju, Topolšici, na Golniku, Slivniškem Pohorju itd. Ponekod je malone že prerasla svojo osnovo prave delovne terapije in prešla celo v tečaje za prekvalifikacijo, n. pr. v Ormožu, Novem Celju in na Golniku. Povsod se je začelo bolj ali manj le z zaposlitveno terapijo po oddelkih, a so sčasoma našli nekaj prostorov, kjer so začeli uvajati bolnike v pletarstvo, kartonažno, knjigoveško, šiviljsko stroko ali strojepisje. Ta delovna terapija je ponekod ostala pri svoji osnovni nalogi in ni prerasla v pravi kvalifikacijski tečaj. Ponekod pa se je spremenila v prekvalifikacijski tečaj, kamor dispanzerji ali drugi zdravstveni zavodi prav s tem namenom pošiljajo bolnike. Ob tem tečaju pa so zrastle in se razvili še drugi podobni tečaji, n. pr. tiskarski, radio-tehnični, kmetovalski, vrtnarski, sadjarski, čebelarški, a tudi knjigovodsko-režiserski in stenodaktilografski. V svetovnem merilu so to seveda šele začetki, v našem pa jih ne moremo več imenovati tako. Saj dajejo n. pr. ormoški tečaji kmetijskim zadrugam že nekaj let več ko na pol strokovnjake, enako tudi novoceljski za delo v administrativnih in precizno-tehničnih poklicih, na Golniku pa se iz meseca v mesec širi in večja prav profesionalno vodena obrt, ki bo morda že v bližnji prihodnosti prešla v majhno kartonažno-grafično industrijo (po ekonomsko-finančni plati je to že danes!). Razumljivo je, da je še mnogo obrti, ki bi prišle v poštev za tečajnike; žal danes še večje izbire v naših zavodih še ni. Toda tudi v teh tečajih so in bi morale biti še bolj — poleg orienterjev, zdravnika, profesionalnega mojstra in sploh učnega osebja — sestre tiste, ki bi naj dosledno in krepko vodile zdravstveni nadzor nad bolniki.

Ker vemo, da namen profesionalne rehabilitacije ni predvsem prekvalifikacija in da je (po podatkih v 1. delu našega članka) manj bolnikov za prekvalifikacijo kakor za rehabilitacijo, vemo tudi, da je prav pri tej svojskosti bolezni, kakor je tuberkuloza, prekvalifikacija često še bolj na mestu kakor pri travmatoloških (ali nekaterih drugih) primerih. V tuberkulozi prekvalifikacije nikakor ne moremo šteti za degradacijo glede na poklic. Često pač ni drugega izhoda, čeprav teži vsa protituberkulozna služba (kakor tudi bolniki sami) za rehabilitacijo v prvotnem poklicu, kar se zdravstveni službi, zlasti sestram in socialnim delavcem — največkrat pač v zvezi z vsemi forumi, ki pridejo pri tem v poštev — tudi posreči. Rehabilitacija Američanov — ki celo vojake rehabilitirajo, in to za osnovne vaje zdravih vojakov — nam je za sedaj še tuja, morda nam je tuj tudi njihov zadevni bolezenski »material«. Da se bolniki za prej omenjene prekvalifikacijske tečaje rekrutirajo šele kasneje, po hospitalnem in daljšem dispanzerskem zdravljenju, je razumljivo, medtem ko je delovna terapija v zavodu kot druga stopnja rehabilitacije že poskus za posthospitalno zaposlitev s skrajšanim delovnim časom, ki ga članu-zavarovancu na predlog dispanzerja odredi komisija Zavoda za socialno zavarovanje; žal pa nezavarovanci — in tudi kmetijski zavarovanci — takega skrajšanega delovnega časa v vsakdanjem življenju po navadi ne morejo (ali pa nočejo) priznati. Najtežavnejša je situacija pri nekvalificirani (ali včasih celo polkvalificirani) zavarovani delovni sili, kjer praktično tudi odločba o skrajšanem delovnem času

ne more bistveno doprinesiti k pravilni rehabilitaciji. Tak je problem tudi za ženo-gospodinja in za samostojnega obrtnika. Torej imajo potronažne sestre že pri vseh teh najtežje stališče, ki ga nikakor ni mogoče primerjati s stališčem, ko gre pri rehabilitacijskem postopku za administrativnega uslužbenca ali delavca-profionalca. Tudi inteligenčni poklici, zlasti tisti na samostojnih delovnih ali celo vodilnih mestih, povzročajo dispanzerskemū osebjū glede vključitve — in to pravilne, odmerjene, tehtane — obilo dela, skrbi in preglavic. Te niso nič manjše kakor za bolnika, ki je po prvem posrečenem, da tako rečem, rehabilitacijskem postopku ponovno zbolel, ponovno okreval in ga je treba ponovno profesionalno rehabilitirati. Medtem ko je dandanes naša gospodarska skupnost (z odgovornimi organi vred) miselno že tako napredovala, da se več toliko ne brani — kakor pred leti — jemati ponovno v delo tuberkuloznega bolnika, je tak primer pri zazdravljenih recidivih (ki niti niso tako redki) že kar sporadičen. Teh vsekakor najboljše delujoča sestra največkrat ne bo mogla več izvleči iz staleža invalidnih in jih profesionalno rehabilitirati.

Sploh je pa predvsem važno, da se zavedamo, kakšen je človek, ki se borimo za njegovo rehabilitacijo ali celo za prekvalifikacijo. Stalno moramo imeti v mislih: zavarovan, inteligenčnega poklica, profesionalec, visokoklasificirana, polkvalificirana, nekvalificirana delovna sila, splošna izobrazba, umske sposobnosti, sposobnost prilagajanja — in zelo važno je tudi, kje živi — v mestnem, industrijskem ali na kmetijsko-proizvajalnem področju. Problematika rehabilitacijskega postopka, iskanje primernih delovnih mest je na podeželju za vsakega zgoraj navedenih primerov čisto drugačna kakor pa na strnjeno naseljenih ali celo mestnih področjih. Saj se področja bistveno razlikujejo med seboj. To so skušnje sester iz praktičnega življenja in nihče tega ne more bolj točno povedati kakor skušena medicinska sestra, ki mora pri vsem tem težavnem delovanju upoštevati še družinske odnose in bolnikovo družinsko okolje, ki prenekaterikrat ni prav nič ugodno za rehabilitacijski postopek ali za ponovno zaposlitev bolnika.

Do sedaj smo imeli v mislih največ bolnike, ki so potrebni rehabilitacije po zazdravljenem prvem ali morda drugem bolezenskem napadu, to se pravi bolnike, ki so potrebni profesionalne rehabilitacije (ali prekvalifikacije) po medicinski strokovni plati. Tu so bili mišljeni torej predvsem tako imenovani »staležarji«. Invalidnih bolnikov, ki bi bili potrebni profesionalne rehabilitacije po medicinski plati, t. j. iz medicinskih indikacij, je razmeroma malo, več jih je (skoraj večina), ki so je potrebni po socialni plati. To so tisti, ki jim je zaradi ekonomske rehabilitacije potrebna tudi profesionalna rehabilitacija. S temi ali, bolje rečeno, za te sta delo in skrb mnogo težja, vendar pa bolnika in sestro morebitni uspeh vsekakor navdaja z občutkom večjega zadovoljstva.

Medtem ko je pri neinvalidnih prebolevalnikih (kroničarjih) le redkokdaj misliti na prekvalifikacijo (razen pri poklicih, ki so pod kontrolo sanitarne inšpekcije), pa ta razmeroma mnogo pogosteje prihaja v poštev pri drugih, pri tako imenovanih »invalidninarjih«, zlasti če so mlajših let. Prekvalifikacija pri invalidih starejših letnikov, žensk nad 40 in moških nad 45 let, ni kdo ve kaj na mestu, tako bodisi iz delovno-proizvodnih razlogov kakor tudi iz osebnih, zlasti psihičnih in pa fizičnih bolnikovih razlogov in sposobnosti prilagajanja.

Zaščitenih, tako imenovanih protežiranih delavnic, bodisi samostojnih ali naslonjenih na obstoječe obrti, podjetja ali gospodarske organizacije, nimamo,

smo pa na najboljšem potu do njih, in sicer po novem zveznem Pravilniku o invalidskih delavnicah, ki je izšel letos meseca januarja. Pristojnim faktorjem, med katerimi so seveda poleg ocenjevalnega teama (ftiziolog, mentalni psiholog, tehnolog, orienter) sestre in socialni delavci najvažnejši, bo pri iskanju rehabilitacijskih delovnih mest kaj težko najti primerno delovno mesto bodisi za poln ali celo skrajšan delovni čas. Brez opore in močne uspešne zaslombe pri zadevnih uslužbencih socialnega zavarovanja in zavoda za zaposlovanje invalidnih oseb oziroma uprave za posredovanje dela bo kaj malo uspeha, včasih celo manj kakor pri regularno (ali polregularno) prekvalificiranih. Pogosto ne bo preostalo drugega, zlasti za invalidne upokojece (predvsem starejše ali nekvalificirane in polkvalificirane), kakor dodatno ekonomsko delo na domu, kar je pa dejansko le ekonomska rehabilitacijska pomoč, rekli bi psevdorehabilitacija.

Že iz dosedanjega kratkega prikaza je razvidno, da je rehabilitacijska problematika in operativa pri tuberkuloznem bolniku čisto svoje vrste, kakor je bolezen sama. Zadevala je in bo še zadevala pri tej internistični bolezni na povsem druge težave in prijeme kakor pri travmatskih prebolevalnikih in invalidih, tako da smo v tem delovanju šele — mislim namreč sistematično — komaj nekaj pedi od začetne faze, da pa je to delovanje ob vedno večjem številu tuberkuloznih kroničarjev in invalidnih oseb vsaj toliko, če ne še bolj važno kakor medicinska restitucija, in to za bolnike kakor za družbo in za skupno ekonomiko.

Z vsoto problematiko in operativo se bo moral naš zdravstveni kader, zlasti medicinske sestre in socialni delavci, vedno bolj spoznavati in se vanjo poglobljati. Marsikatera ura razmišljanja in marsikateri, morda celo napačen korak pri rehabilitacijskem postopku in iskanju primernih delovnih mest bo našemu zdravstvenemu kadru približal to vrsto dejavnosti. Praksa bo izkristalizirala mišljenja, izkristalizirano mišljenje pa bo nakazalo pravilne prijeme — ki bodo morali vedno in povsod biti individualni, se pravi, prilagojeni predvsem vsakokratnemu primeru.

Ob čedalje večjem standardu naše družbe, ekonomske in socialne ter duhovne, bo nadaljnja pot v rehabilitacijsko-prekvalifikacijski smeri vse lažja. Lažja tudi zato, ker se bo — poleg medicinske sestre, psihologov, socialnih delavcev, tehnologov, pedagogov, orienterjev — v to dejavnost poleg gospodarskih organizacij vedno bolj vključevala tudi vsa družbena skupnost.

TUDI ŠE TAKO »VARNI« PREDMETI SO LAHKO ŠKODLJIVI

Mnogo je igrač in stvari, ki so izdelane nalašč tako, da bi otrokom ne bile nevarne: lopate iz gume, škarje z okroglimi konci itd. Vendar pa je nujno potrebno, da se malčki seznanijo tudi s tem, kaj pomenijo besede, kot n. pr. »nabrušen«,

»oster«, »koničast«, »vroč«, »težak«, pač zato, da spoznajo nevarnosti tudi sami od sebe. Starši in vzgojitelji ne bi smeli nikoli pozabiti, da gresta *varstvo* in *vzgoja* neposredno drug z drugim. Spoznavanje resničnih nevarnosti in iz lastnih izkušenj je otrokom lahko še bolj v korist, kakor pa le namišljene nevarnosti in poučevanje.