

# MODELI TRETMANA ODRASLIH OSOBA S TEŠKOM MENTALNOM RETARDACIJOM U SAVEZNOJ REPUBLICI NJEMAČKOJ

WALTER SRASSMEIER

primljeno: siječanj '97  
prihvaćeno: svibanj '97

Stručni članak  
UDK: 376.4  
796.012

U radu je dat pregled modela tretmana za odrasle osobe s teškom mentalnom retardacijom u Saveznoj Republici Njemačkoj. Naveden je prikaz postojećeg stanja na području rada i radne okupacije te stanovanja. Nadalje je izložen razvoj oblika tretmana u kontekstu tendencija normalizacije i integracije. Pritom se razmatra niz eksperimentalnih modela s ciljem integracije osoba s teškom mentalnom retardacijom u stambene zajednice u lokalnim sredinama. Zaključno se navode predodžbe i sugestije za daljnji razvoj s teškom mentalnom retardacijom, tj. Usklađivanju njihovih individualnih potreba i socioekoloških uvjeta života.

Razvoj pružanja institucionalne pomoći osobama s umjerenom i težom mentalnom retardacijom započeo je 50-tih godina izgradnjom škola, osnivanjem roditeljskog udruženja za pomoć osobama s mentalnom retardacijom "Lebenshilfe" 1958.; Njemački prosvjetni savjet objavio je 1972. godine preporuke za "Pedagoško poticanje osoba s teškoćama u razvoju i rizične djece i mladeži". Međutim, tek 1978. godine na skupu "Pomoć za teško retardirane - uključivanje umjesto izolacije", počinje se roditeljsko udruženje baviti problemom tretmana osoba s teškom mentalnom retardacijom. U međuvremenu je u velikoj mjeri osigurano pravo na obrazovanje ovim osobama.

Početkom 70 - tih godina osigurana je rana rehabilitacija, a oformljen je i sustav radionica pod posebnim uvjetima. Specifične ponude koje su usmjerene na zadovoljavanje potreba odraslih osoba s umjerenom i težom mentalnom retardacijom javljaju se relativno kasno, tek od početka 1980. godine. Kako stoje stvari s odraslim osobama s teškom mentalnom retardacijom?

Može se ustvrditi da ovdje postoje još mnoge točke na nepoznatom terenu. To počinje s neujednačenim definicijama, ovisno o financijeru i završava nedovoljnom diferencijacijom prilikom statističkih obrada. Usprkos tome, pokušat će se prikazati postojeće stanje, promjene koje su u toku, kao i predodžbe o budućim ciljevima.

## SADAŠNJE STANJE Rad i radna okupacija

Financiranje i poticanje radionica za osobe s teškoćama u razvoju oslanja se u Saveznoj Republici Njemačkoj na Zakon o osobama s teškim oštećenjima.

Teško oštećene osobe u ovom su kontekstu vrlo široko definirane kao osobe "koje su zbog vrste i težine oštećenja u radnom i profesionalnom životu posebno pogođene" i kojima nije dovoljna samo povremena pomoć.

Dr. Walter Srassmeier profesor je na Studiju specijalne pedagogije Sveučilišta u Würzburgu  
Kontakt adresa: Lehrstuhl Sonderpädagogik III, Universität Würzburg, Wittelsbacherplatz 1, D-97074 Würzburg, Deutschland

Radionice se razvijaju u dva pravca: a) one koje su u većoj mjeri okrenute tržištu, proizvodnji i konceptu postignuća ; b) one koje putem radne okupacije i radne terapije potiču socijalno uključivanje.

Definirani su minimalni uvjeti za prijem u radionice pod posebnim uvjetima:

- postojanje radno proizvodne sposobnosti barem u minimalnom opsegu,
- sposobnost socijalizacije u skupini,
- nepostojanje posebne potrebe za njegom.

Zbog ovih uvjeta, a prije svega zbog ograničenja mogućnosti zapošljavanja kadrova u omjeru 1:12 , velik broj adolescenata i odraslih osoba nije mogao biti primljen u postojeće radionice. Tako su se iz nužde razvili "dnevni centri" za osobe s teškim i višestrukim oštećenjima. U Bavarskoj broj takvih mjesta iznosi otprilike 1000 nasuprot 20 200 mjesta u radionicama pod posebnim uvjetima. Širom cijele Njemačke, više od tri četvrtine radionica ima odjeljenje za osobe s teškom mentalnom retardacijom.

1.8% korisnika ne podliježe ostvarivanju prava iz socijalnog osiguranja, dok 6,8% koristi ta prava. Prema podacima "Lebenshilfe" iz 1990. vidljivo je da je 22% osoba s teškom mentalnom retardacijom premješteno iz radionica u "Grupe za poticanje".

## Stanovanje

Za osobe s teškom mentalnom retardacijom postoje u Saveznoj Republici Njemačkoj vrlo različite mogućnosti stanovanja: kod roditelja; u zavodima; psihijatrijskim klinikama; stambenim zajednicama; seoskim zajednicama ili stanovima s nadzorom. Do podataka o broju osoba uključenih u pojedini od navedenih oblika smještaja vrlo je teško doći s obzirom da su često u istima smještene osobe različite razine sposobnosti.

Za Bavarsku se mogu navesti sljedeći podaci:

- stanovanje s njegom za osobe s teškim i višestrukim oštećenjima: 640 mjesta,
- psihijatrijske klinike: 670 mjesta,

- velik broj osoba s teškom mentalnom retardacijom smješten je u institucijama (30-60% ili 6500 osoba),
- stambene zajednice (hosteli i stanovi) 9230 mjesta,
- broj osoba koje žive kod kuće nije poznat.

Točniji podaci utvrđeni su za Berlin (1991.godine) i od ukupno 8 054 osoba s teškom mentalnom retardacijom, 53% živi kod kuće, 17% u klinikama/stacionarima, 24% u hostelima i 6% u stambenim zajednicama. Treba međutim naglasiti da su od navedenog broja osoba koje žive u obiteljima svega 22 do 27% odrasle osobe u dobi od 18 do 60 godina.

Situacija se, dakle, ni u kom slučaju ne bi mogla obilježiti kao optimalna. Postoji, međutim, niz inicijativa u pojedinim savezanim državama koje su usmjerene na promjenu postojećeg stanja.

## OBLICI SKRBI

Općenito se može ustvrditi da postoji opća tendencija da se životni prostor osoba s teškom mentalnom retardacijom što je moguće više približi normalnom čime se ostvaruje princip normalizacije. Tako se u Psychiatrie-Enquete iz 1975. godine zahtijeva da se osobe s teškom mentalnom retardacijom izdvoje iz psihijatrijskih klinika s obzirom da nisu "bolesne" i da psihijatrijske bolnice nisu mjesta u kojima se živi; velike institucije počele su osnivati manje zajednice u lokalnim sredinama a unutar samih ustanova manje stambene grupe. Odgovorna ministarstva, roditeljske udruge, kao i razne vjerske organizacije počele su razmišljati na koji način bi se osobe s teškom mentalnom retardacijom mogle integrirati u stambene zajednice. Tako se razvio čitav niz eksperimentalnih modela koji ukazuju na perspektivu.

## Dehospitalizacija u Bavarskoj

U Bavarskoj živi oko 670 osoba s teškom mentalnom retardacijom u lokalnim bolnicama, iako nema (više) nikakve potrebe za njihovim

bolničkim tretmanom. Ove osobe gotovo i nemaju mogućnost nekakve okupacije, žive na velikim "odjelima" bez privatnosti, njihov je život određen od drugih ukoliko se o "životu" uopće može govoriti. 1993. godine donijeli su okruzi kao nositelji djelatnosti odluku da će se do 1998. godine broj trajno smještenih osoba prepoloviti, a do 2003. sasvim ukinuti.

Osnovni principi ove akcije su:

- *Princip normalizacije:* Uvjete života na području rada, stanovanja, korištenja slobodnog vremena i odnosa među spolovima treba što je moguće više približiti uvjetima "normalnih" ljudi.
- *Princip individualizacije:* Svaku osobu s mentalnom retardacijom treba tretirati u skladu s njenim individualnim osobinama.
- *Princip integracije:* Osobe s težom mentalnom retardacijom treba što je moguće više uključiti u prirodnu socijalnu sredinu uz osiguravanje regionalno distribuiranih službi praćenja i podrške.
- *Pripremiti mogućnost kratkotrajnog bolničkog liječenja* u lokalnim bolnicama na posebnim odjelima..
- *Izgradnja specijaliziranih ambulanti* s nekoliko ležaja za krizna stanja (maksimalno 12). Zadatak ovih specijaliziranih ambulanti je:
  - praćenje dehospitalizacije,
  - stručno savjetovanje institucija primarne zdravstvene zaštite,
  - intervencija kod kriznih stanja osoba s teškim smetnjama u ponašanju i psihozama,
  - sprečavanje budućih pokušaja smještaja osoba s težom retardacijom u psihijatrijske klinike.
- *Izgradnja izvaninstitucionalnih oblika tretmana smještaja.*

## Rehabilitacijske ustanove u Rheinland- Pfalzu

Nešto skromniji su planovi u pokrajini Rheinland -Pfalz koja je krajem 70-tih godina zaključila da će se u sklopu klinike ili pored nje sagraditi mali "rehabilitacijski domovi" pod pedagoškim ili psihološkim vodstvom. Trebalo je zaposliti odgajatelje, socijalne radnike i defektologe - rehabilitatore, te nekadašnje psihijatrijske odjele preurediti u stambene skupine s 8 do 10 osoba s težom mentalnom retardacijom, kao i stvoriti uvjete za različite aktivnosti (radne i slobodnog vremena). Ukinuta je terapija sedativima i vezivanje. Ove promjene nisu, međutim, dovele do otklanjanja karakterističnih obilježja organizacije života u klinikama i velikim institucijama kao što je centralna kuhinja, praonica, centralno rukovođenje i administracija.

Godine 1987. i 1990. donesena je stoga odluka da se 40% stanovnika izdvoji. Jedna trećina od oko 100 osoba živi sada u stanovima ili obiteljskim kućama, pri čemu takva stambena zajednica broji maksimalno 5 osoba kojima je potrebna podrška većeg ili manjeg intenziteta. Svaka osoba prima mjesečno financijska sredstva za održavanje domaćinstva čime je postignut značajan aspekt neovisnosti. Osobe koje su prije bile smještene u psihijatrijskim klinikama razvile su pod promijenjenim uvjetima stanovanja niz pozitivnih oblika ponašanja a područje aktivnosti osoblja postalo je znatno šire što je jedan od načina prevencije "burn-out sindroma".

Usprkos tome Theunissen (1995) utvrđuje:

- Do danas nedostaju prihvatljivi koncepti kratkotrajnog smještaja i intervencije pri kriznim stanjima kod osoba s težom mentalnom retardacijom i nepoželjnim oblicima ponašanja.
- Usprkos razvojnom razdoblju od preko 10 godina još uvijek za većinu osoba s teškim i višestrukim oštećenjima nema radnih ponuda u okviru radionica pod posebnim uvjetima ili "dnevni centara". To znači da razdioba stanovanje - rad, tzv. princip dva

milieu-a kao ključni postulat principa normalizacije, još uvijek nije realizirana.

- Problem s kojim se sve jasnije suočavaju ustanove je skrb za stare osobe s težom mentalnom retardacijom.
- Za razliku od otvorenih regionalnih oblika stanovanja očita su u tradicionalnim ustanovama obilježja bolničkog i zavodskog "pogona".
- Još uvijek je u hijerarhijskoj strukturi zavoda, koja je jednosmjerna, prisutno znatno ograničavanje aktivnosti i mogućnosti donošenja odluka u bazi.

### Rehabilitacijske ustanove u Hessenu

U Hessenu je 1988. preko regionalnih savjetovanja započeo proces ustanovljavanja decentraliziranih oblika tretmana odraslih osoba s težom mentalnom retardacijom. Sadržajna težišta su:

- Osoba s oštećenjem i njezina situacija polazište je u radu (usredotočenost na subjekt). Njoj treba pristupiti kao osobi s vlastitim interesima, problemima, sposobnostima za učenje i razvoj, a ne kao "bolesnoj" osobi s defektom i smetnjama.
- Grupa mora predstavljati životno vrijednu zajednicu za osobu s težom mentalnom retardacijom. Pregledna prostorna situacija, zajednički život s ograničenim brojem osoba s teškoćama u razvoju, prilika za uspostavljanje neposrednih kontakata s pojedinim sustanarima i osobljem i mogućnost povlačenja u intimni prostor - preduvjeti su normalizacije života i otklanjanja pogrešnih i nepoželjnih oblika ponašanja karakterističnih za zavodske uvjete života.
- Situaciju stanovanja treba odvojiti od situacije rada. Tokom dana moraju se izmjenjivati i jasno razlikovati situacije stanovanja, rada, slobodnog vremena i odmora. To važi i za osobe s teškom mentalnom retardacijom. Ovdje se uz izmjenu situacija različitih sadržaja javljaju faze poticajne njege.

Odrasle osobe s težom mentalnom retardacijom treba osposobljavati (edukativni

tečajevi) za uključivanje u aktivnosti šire zajednice.

- Igra, likovne aktivnosti, glazba, pokret, druženje imaju za cilj poticanje perceptivnih, spoznajnih i komunikacijskih sposobnosti i pridonose ljepšem oblikovanju svakidašnjice.

Iako je planirano da se u razdoblju od 1988. godine do 1991. godine 450 osoba s težom mentalnom retardacijom smjesti u odgovarajuće manje oblike smještaja, realizirano je svega 150 mjesta.

### Bremen: rasformiranje klinike "Kloster Blankenburg"

Senat Bremena zaključio je 1980.g. ukidanje 50 km od grada Bremena udaljene klinike "Kloster Blankenburg" u razdoblju od 10 godina.. Do 1985 g. osnovane su u različitim dijelovima grada Bremena stambene zajednice u koje su se preselile osobe s mentalnom retardacijom koje su bile sposobne za relativno samostalan život u prirodnoj sredini. Tokom dana, ove osobe koriste radne, rekreacijske ili edukativne sadržaje koje nude različiti dnevni centri. Preostalih 150 osoba s teškom mentalnom retardacijom smješteno je u tri ustanove u gradu Bremenu s kapacitetom od 50 korisnika. Ovi korisnici polaznici su dislociranih dnevnih centara. Stambeni domovi strukturirani su po principu obiteljskih zajednica i diferencirani prema vrsti i stupnju oštećenja korisnika (Theunissen,1995.).

U Bremenu su korišteni danski i švedski koncept ("day care centers"). U zavodima se radi i prema SIVUS metodi koja će kasnije biti opisana.

### Koncept stanovanja udruženja roditelja "Lebenshilfe" u Bad-Dürkheimu

Ovaj model predstavlja pokušaj realizacije koncepta suverenosti osobe s težom mentalnom retardacijom uvažavajući kriterij samostalnosti. Nude se četiri različite razine stanovanja:

I razina: *Stanovanje uz intenzivnu podršku*  
Mišljeno je za:

- osobe koje "ne mogu odnosno mogu malo", koje su trajno ovisne o njezi (njegovatelj), vođenju (defektolog), tzv. osobe s teškom mentalnom retardacijom koje, međutim, ne tvore posebnu grupu;
- osobe koje "još ne mogu" koje će nakon edukacije postići veći stupanj samostalnosti;
- osobe u stanju "prolazne nemoći";
- osobe koje "ne mogu više" zbog starosti, psihičkog ili mentalnog propadanja.

Unutar ovih ponuda postoji "škola stanovanja" u kojoj se stiču potrebne sposobnosti, vještine i oblici ponašanja za samostalan život koji su preduvjet za prelazak na sljedeću razinu.

II razina: *O grupi ovisnosamostalno stanovanje*  
Za:

- apsolvante škole stanovanja,
- osobe koje se zbog opadanja sposobnosti vraćaju s više razine,
- osobe koje trebaju više samostalnog prostora (bračni partneri s ili bez djece), ali im je pomoć još uvijek potrebna.

III razina: *Stanovanje uz stručnu podršku*

IV razina: *Samostalno stanovanje*

## Berlin: Stanovanje u gradu (WISTA)

Godine 1991/ 1992 dovršena je u jednom dijelu Berlina izgradnja 300 stanova (socijalna stambena izgradnja) za 600 osoba koncipirana pod geslom "višegeneracijsko stanovanje". U sklopu toga predviđen je smještaj 90 osoba s različitim vrstama oštećenja. Ova stambena četvrt uklopljena je u poticajan socijalni okoliš (bazeni, staze za šetnju uz kanal Teltow, trgovačko središte, igralište, ambulante ..) u kome se nalazi i jedan dnevni centar za osobe s teškom mentalnom retardacijom.

U navedenom kompleksu iznajmilo je udruženje roditelja (Lebenshilfe) dva stana za po šest odraslih osoba s teškom mentalnom retardacijom, u drugom katu jedne stambene zgrade. Stanovi su smješteni jedan pokraj drugoga i međusobno su povezani

vratima. Zgrada ima dizalo. Stambeni prostor iznosi po stanu 300 m<sup>2</sup> sa šest jednokrevetnih soba (17-25m<sup>2</sup>), širokim hodnikom, kupaonica za njegu, tuš-kadama i wc-ima, veliki dnevni boravak s ugodnim klupskim garniturama i velikom blagovanicom. U jednoj grupi žive dvije žene i 4 muškarca u dobi od 25 do 45 godina, svi imaju izrazitu potrebu za njegom, 4 od njih imaju epilepsiju, javljaju se stereotipije i motorički nemir, postoji razumijevanje govora, četvorica od njih se verbalno izražavaju u rečenicama od 1 do 5 riječi. U drugoj grupi živi 5 muškaraca i 1 žena u dobi od 21 do 32 godine. I ovdje su prisutni nepoželjni oblici ponašanja (autistične crte, agresija i autoagresija, inkontinencija).

U refleksiji na rezultate ovakvog stanovanja Fischer (1994,28) piše: "Uočljivi su mnogobrojni procesi učenja. Na primjer, postoje pojedinci koji se za razliku od ranije sada jasno ograđuju od drugih sustanara, doživljavaju sebe kao odvojenu cjelinu što im omogućuje da se suprotstave drugima, da donose vlastite odluke. Postoje primjeri da su pojedine osobe u nekim područjima svakodnevnog života postale samostalnije, što i roditelji potvrđuju. Kod nekih se je govor poboljšao, a rječnik promijenio i proširio. Kod osobe koja je ispoljavala autoagresivno ponašanje, ono je znatno smanjeno, a osobe koje su bile sklone agresiji sad pokazuju takvo ponašanje samo povremeno u situaciji subjektivnog stresa, koji u zajedničkom životu nije moguće uvijek izbjeći. Roditelji i osoblje suglasno je u uvjerenju da svi stanovnici doživljavaju svoj dom kao takav, da se ovdje na za njih svojstven način vidljivo dobro osjećaju i da se nakon posjete kod roditelja rado vraćaju nazad u "svoj stan." Iskustvo nakon jedne godine života u novim uvjetima pokazuje da nije niti u jednom slučaju došlo do inače tipičnih pojava "hitne psihijatrijske intervencije". Prijedlog je, međutim, stručnog kadra da se prilikom budućih formiranja ovakvih životnih zajednica u odnosu na stupanj oštećenja i pojavu problematičnog ponašanja formiraju heterogene skupine.

## KONSEKVENCE I DALJNI RAZVOJ

Može se ustvrditi da treba izbjegavati smještaj odraslih osoba s težom i teškom mentalnom retardacijom u zavode ili odjele na klinikama kako bi se za ove osobe osigurala viša razina kvalitete življenja.

Što to zapravo znači?

Ovdje se moramo vratiti na pitanje zadovoljavanja osnovnih potreba.

Bach (1995,138.) navodi četiri velika područja:

- maksimalno moguća samostalnost,
- svrsishodna aktivnost,
- međuljudski odnosi i
- doživljaji koji nas ispunjavaju".

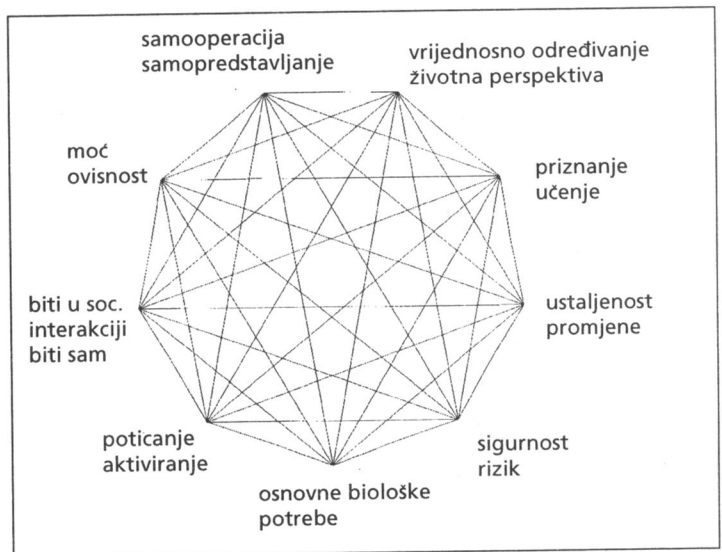
Ovime su obuhvaćena vrlo važna područja ljudskih potreba koje se mogu i detaljnije razraditi: Osnovu čini zadovoljavanje bazičnih potreba kao što je zadovoljavanje bioloških potreba (biti čist i sit), potrebe za

održanjem, ali i potrebe za osjećajem sigurnosti, za aktivnošću, učenjem i istraživanjem.

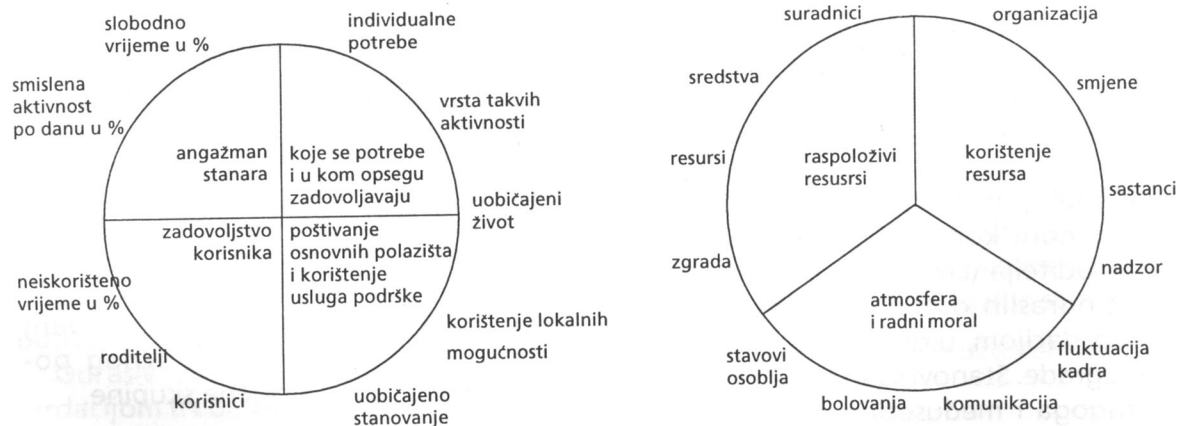
Kao što je vidljivo (slika 1) potrebe se javljaju u suprotnosti kao što su sigurnost i rizik, biti u kontaktu i biti sam, imati autonomiju i biti ovisan. Osobe s teškom mentalnom retardacijom imaju potrebu da budu poticane da razviju svoje potencijale, da dobe priznanje, one žele makar i u najjednostavnijem obliku razviti svoju životnu perspektivu. U tretmanu ovih osoba to mora biti polazište. Prilikom procjene kvalitete stambenih uvjeta u Velikoj Britaniji analizirano je koje su potrebe korisnika i u kom omjeru zadovoljene (slika 2).

Jedan od pokazatelja kvalitete života predstavlja i postotak svrsishodnih dnevnih aktivnosti, udio slobodnog vremena, ali i

Slika 1. Potrebe osoba s teškom mentalnom retardacijom



Slika 2. Procjena kvalitete životnih uvjeta



## PROCJENA KVALITETE USLUGE

### PROCJENJUJE SE ŠTO SE S KORISNIKOM DOGAĐA. KOJE SU POVRATNE INFORMACIJE OD KORISNIKA U ODNOSU NA POSTAVLJENE CILJEVE.

Slika 3.

#### KVALITETA ŽIVOTA

INDIVIDUALNE POTREBE - SOCIOEKOLOŠKI UVJETI

#### DIMENZIJA 1: INDIKATORI NA PODRUČJU STANOVANJA

- POTREBE/ DOBRO SE OSJEĆATI
- KOMUNIKACIJA/ ODNOSI
- KOMPETENTNOST/ SAMOSTALNOST
- OVISNOST/AUTONOMIJA

#### DIMENZIJA 2: MATERIJALNA STRUKTURA STAMBENOG PROSTORA I OKOLIŠA

- PROSTORNO UREĐENJE/ OPREMA
- POLOŽAJ USTANOVE/ INFRASTRUKTURA OKOLIŠA

#### DIMENZIJA 3: SOCIJALNA MREŽA

- SUSTANARI
- RODBINA, PRIJATELJI, ZNANCI/ SUSJEDSTVO
- STRUČNJACI (DEFEKTOLOZI, PSIHOLOZI, TERAPEUTI, NJEGOVATELJI, LIJEČNICI)

#### DIMENZIJA 4: PARTICIPACIJA U OPĆEM ŽIVOTU

- AKTIVNOSTI IZVAN STANOVANJA
- RAD/ OKUPACIJA

#### DIMENZIJA 5: PRIHVAĆANJE OD SUGRAĐANA

- SOCIJALNA ULOGA KORISNIKA
- REAKCIJE OKOLINE

#### DIMENZIJA 6: ZADOVOLJSTVO OSOBLJA SVOJIM RADOM

- UVJETI RADA
- STRUČNA KOMPETENTNOST/ SURADNJA / AUTONOMIJA
- REHABILITACIJSKI KONCEPT
- POTREBE/ OPTEREĆENJE/ FLUKTUACIJA

#### VREDNOVANJE SLUŽBE I NJENE EFIKASNOSTI

PROCJENA NA TEMELJU EVALUACIJE PROGRAMA RADA, PONAŠANJA U SVAKODNEVNIM SITUACIJAMA, I PROCJENOM RUKOVODEĆIH SLUŽBI

neiskorištenog vremena. I dok su se dosada definirali elementi kvalitete života prvenstveno povezani sa samom osobom i njenim potrebama nužno je provesti preciznu "di-jagnozu sredine" kako bi se procijenile mogućnosti ostvarivanja tih potreba. U jednom istraživačkom projektu provedenom u Berlinu, konstruirala je M. Seifert sa suradnicima (1995) skalu za procjenu (slika 3) kojom se individualne potrebe dovode u odnos sa socioekološkim uvjetima.

• Dimenzija 2 objašnjava materijalnu strukturu stambenog prostora: kakav je raspored prostorija, kakva je oprema (prostor za privatnost, atmosfera)?

Lokacija stambene jedinice također je važan indikator kvalitete života (kontakti s "vanjskim svijetom", mogućnost kupovanja, bazen, šetnja, javni prijevoz).

• Dimenzija 3 razmatra socijalnu mrežu. Od odlučujuće je važnosti s kojim sustanarima žive odrasle osobe s teškom mentalnom

retardacijom. Stare, dementne osobe jednako tako su nepovoljne kao i osobe s psihičkim oboljenjima. Isto tako nije povoljno formiranje homogenih skupina u kojima će se nalaziti isključivo osobe s teškom mentalnom retardacijom, osobito kada se radi o osobama s nepoželjnim oblicima ponašanja. Heterogeni sastav grupa (s obzirom na težinu oštećenja i životnu dob) bio bi dakle poželjan. Jedan već isproban i praktički primjenjiv postupak je švedski model SIVUS (Social Invalid Via Utveckling Samverkan = Socijalni i individu-

alni razvoj kroz zajedničko djelovanje). Tu se kroz 4 stupnja potiče razvoj socijalnih sposobnosti, koje na području rada i stanovanja predstavljaju važne preduvjete za daljnji razvoj личности na području socijalizacije (vidi prilog).

Naravno, postavlja se i pitanje da li stambeni objekt ima takav položaj da je dostupan rodbini, prijateljima i znancima. I konačno, bez kvalificiranog kadra: defektologa, psihologa, liječnika, terapeuta, njegovatelja nije moguće postići željenu i moguću razinu kvalitete života.

• Prilog •

PREGLED INDIVIDUALNIH RAZINA

	razina 1	razina 2	razina 3
sposobnost socijalizacije	sporadično odgovara na kontakt iniciran od osoblja, izolira se od ostalih korisnika	obostrani, naizmjenični sporadični kontakti između korisnika i osoblja, počinje se prilagođavati uz pomoć i ohrabrenje osoblja	samostalno uspostavlja kontakt s osobljem, kontakt je obostran i postojan, osoblje ne mora uvijek preuzeti inicijativu
sposobnost planiranja	može prihvatiti zamisao i plan osoblja, nema sposobnost razviti vlastitu ideju u odnosu na ono što želi uraditi	ima ideju što želi raditi, ali treba pomoću osoblja u planiranju kako bi to mogao ostvariti	ima ideju o tome što se želi urediti i može planirati kako bi to i ostvario
radna sposobnost	počinje promatrati rad drugih u grupi, uz poticaj osoblja	rad s drugima u grupi, pri tom je potrebna pomoć osoblja u ostvarivanju individualnog ili grupnog cilja rada	surađuje s ostalima u grupi bez pomoći osoblja
sposobnost procjene	promatra rezultate rada nekoliko osoba i eventualno ih uspoređuje s vlastitim, ne izjašnjava se o tome, osoblje ga potiče u takvoj procjeni	sudjeluje u grupnom donošenju procjene, osoblje sudjeluje i potiče potpitanjima	zajedno s ostalima u grupi procjenjuje neki rezultat rada, poticaj osoblja nije potreban

PREGLED RAZINA FUNKCIONIRANJA U PARU

	razina 1	razina 2	razina 3
sposobnost socijalizacije	biti zajedno u dvoje jedna osoba iz grupe počinje promatrati drugu, uz poticaj osoblja	raditi u paru uz pomoć aktivno pokazuje zanimanje za drugog člana grupe, kontakt je sporadičan, pomoć osoblja potrebna	raditi u paru bez pomoći zanima se za drugog člana grupe, uspostavlja s njim trajniji kontakt, pomoć osoblja nije potrebna
sposobnost planiranja	ima ideju i plan, počinje se zanimati za ideju i plan druge osobe iz grupe, potrebna je pomoć interesa	dijeli s drugim u grupi zamisao o tome što žele raditi, može tu zamisao uz pomoć osoblja osoblja pri buđenju	dijeli s drugim iz grupe zamisao o tome što želi raditi, može realizirati bez pomoći osoblja ostvariti
radna sposobnost	počinje promatrati rad druge osobe u grupi, potrebna pomoć osoblja	radi zajedno s nekim drugim iz grupe, pomoć osoblja je potrebna	radi s drugim, pomoć nije potrebna
sposobnost procjene	počinje promatrati rezultat rada drugog člana grupe, eventualno uspoređuje s vlastitim rezultatom rada bez da se o tome izjasni, osoblje potiče buđenje interesa	može s nekim iz grupe procijeniti neki rezultat rada, potrebna je pomoć osoblja	zajedno s nekim iz grupe procjenjuje rezultat rada, nije potrebna pomoć osoblja



PREGLED RAZINA INTERAKCIJE UNUTAR GRUPE

	razina 1	razina 2	razina 3
sposobnost socijalizacije	biti u grupi osoba počinje promatrati veći broj drugih članova grupe, osoblje ih u tome potiče	suradivati u grupi uz podršku počinje se aktivno interesirati za druge članove grupe, uspostavlja kontakt, treba podršku osoblja inače je kontakt sporadičan	suradivati u grupi bez podrške zanimaju ga drugi članovi grupe, uspostavlja trajniji kontakt s njima i bez podrške osoblja
sposobnost planiranja	počinje otkrivati da drugi u grupi imaju zamisli i planove, osoblje ga u tom smislu aktivira poticajnim pitanjima	ima s drugima u grupi zajedničku ideju o tome što žele raditi, potrebna je pomoć osoblja u realizaciji ideje	može zajedno s drugima razviti ideju i može zajednički planirati kako će se ta ideja realizirati, pomoć osoblja nije potrebna
radna sposobnost	počinje promatrati rad drugih u grupi, osoblje ga potiče	radi s drugima u grupi, potrebna je pomoć osoblja u ostvarivanju individualnog ili grupnog rezultata rada	radi s drugima u grupi, pomoć nije potrebna
sposobnost procjene	počinje promatrati rezultate rada drugih članova grupe, osoblje ga pritom potiče	može zajedno s drugim u grupi izvršiti procjenu, potreban poticaj osoblja	zajedno s drugima u grupi procjenjuje rezultat rada, pomoć osoblja nije potrebna

PREGLED RAZINA INTERAKCIJE MEĐU GRUPAMA

	razina 1 grupe mogu biti zajedno	razina 2 grupe surađuju uz podršku	razina 3 grupe samostalno surađuju
sposobnost socijalizacije	osoba počinje pokazivati interes za grupu koja se bavi sličnim aktivnostima kao i njegovu grupu, osoblje potiče	sudjeluje u buđenju interesa vlastite grupe za aktivnost druge grupe, uspostavlja kontakt s članovima druge grupe, potreban poticaj osoblja	sudjeluje u poticanju interesa vlastite grupe za drugu grupu, uspostava trajnijih kontakata bez podrške osoblja, interakcija među grupama djeluje prirodno
sposobnost planiranja	počinje se zanimati za ideje i planove drugih grupa, osoblje pritom pomaže	sudjeluje u pokušaju ostvarivanja zajedničke ideje uz pomoć osoblja	sudjeluje u ostvarivanju zajedničke ideje vlastite i drugih grupa bez pomoći osoblja
radna sposobnost	počinje promatrati kako druge grupe surađuju i što rade, uz poticaj osoblja	sudjeluje u zajedničkoj aktivnosti svoje i druge grupe, pomoć osoblja je nužna	surađuje u zajedničkoj aktivnosti svoje i drugih grupa bez pomoći osoblja, članovi grupa mogu oformiti radnički savjet s predstavnicima različitih grupa
sposobnost procjene	počinje promatrati rezultate rada drugih grupa i uspoređuje ih s rezultatom vlastite grupe, osoblje pritom sudjeluje	sudjeluje u zajedničkoj procjeni rezultata rada vlastite i drugih grupa, potrebna je pomoć osoblja	sudjeluje u zajedničkoj procjeni rezultata rada bez pomoći osoblja

• Dimenzija 4 ističe važnost uspostavljanja kontakata u prirodnoj socijalnoj sredini. Iako je taj aspekt nesumnjivo važan, meni se čini još važnije osigurati svrsishodnu aktivnost. Upravo osobe izložene dugotrajnoj hospitalizaciji ukazuju uvijek nanovo na taj aspekt.

• Dimenzija 5 bavi se pitanjem prihvaćanja od strane javnosti. Socijalna uloga osoba s teškom mentalnom retardacijom može se, gledano u perspektivi, promijeniti jedino ako im se prizna pravo na humanije uvjete života, ako se njihov životni standard

poveća npr. putem mirovine (kao što je to slučaj u Danskoj) i kada njihovo pojavljivanje u javnosti postane samo po sebi razumljivo.

• Dimenzija 6 kojoj je dosada pridavano premalo važnosti je zadovoljstvo s vlastitim radom kadra. Rehabilitacijsko-pedagoški koncept, uvjeti rada (npr. radno vrijeme, osobni dohodak) mogućnost su-odlučivanja, tj. vlastite odgovornosti u strukturiranju djelokruga rada važni su faktori zadovoljstva u radu. To se naravno isto tako snažno odražava u rezultatima rada, učinkovitosti ponuđenih usluga.

Čini se neophodnim da se iskustva dosadašnje prakse u tretmanu osoba s najtežim oblicima oštećenja promisle, te da

se planiraju takvi novi oblici koji će omogućiti ostvarivanje života vrijednog življenja i pod tako otežanim okolnostima.

Prevela: Borka Teodorović

## LITERATURA

1. Bach, H. (1995): Hauptbed, rfnisse behinderter alter Menschen (u) Bundesverband Lebenshilfe, str. 135-143, Wohnen heißt zu Hause sein, Marburg.
2. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (1987): Hilfe zum Leben für Schwerst-behinderte, München.
3. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (1994): Dritter Bayerischer Landesplan für Menschen mit Behinderungen, München.
4. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (1990): Betreuung heute für Schwerst-behinderte, Einf Forschungsbericht, München.
5. Bundesvereinigung Lebenshilfe (1990): Rahmendaten zur Werksatatt für Behinderte, Marburg.
6. Bundesvereinigung Lebenshilfe (1992): Qualitätsbeurteilung und -entwicklung von Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung, Marburg.
7. Crämer, S. (1995): Das Wohnen geistig behinderter Erwachsener (u) Bundesverband Lebenshilfe, str. 37- 46, Wohnen heißt zu Hause sein, Marburg.
8. Fischer, U., Klingmüller, B. (1995): Wohnen im Stadtteil für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung (u) Bundesverband Lebenshilfe, str. 75 - 84, str. 135 -143, Wohnen heißt zu Hause sein, Marburg.
9. Fischer, U. (1994): Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung in ihrer neuen Lebenssituation (u) Fischer,U., Hahn, M., i dr., str. 19 - 28, WISTA, Experten - Hearing 1993, Reutlingen.
10. Landeswohlfahrtsverband Hessen (1988): Bericht über den Aufbau der Heilpädagogischen Einrichtungen und die regionale Eingliederung gesitig Behinderter, prosinac.
11. Seifert, M. (1995): Über 1000 Menschen mit geistiger Behinderung fehlplaziert.
12. Theunissen, G. (1991): Wege aus der Hospitalisierung, Förderung und Integration schwerstbehinderter Menschen, Bonn.
13. Theunissen, G. (1995): Ausgliederung geistig behinderter Menschen aus der Psychiatrie (u) Bundesverband Lebenshilfe, str. 91-106, Wohnen heißt zu Hause sein, Marburg.
14. Verband der Bayerischen Bezirke (1995): Weiterentwicklung der Versorgung geistig Behinderter in den Bezirkskrankenhäusern, Neobjavljeni nacrt, ožujak.
15. Walujo, S., Malmström, C. (1991): Grundlagen der SIVUS - Methode, München.

## MODELS OF TREATMENT OF ADULTS WITH PROFOUND MENTAL RETARDATION IN GERMANY

### ABSTRACT

This article gives an overview of the models of treatment for adults with profound mental retardation in the Federal Republic of Germany and reviews the current situation in the fields of work, occupation, and residence. In addition, the article covers the development of the forms of treatment in the context of tendencies toward normalization and integration. It also examines a variety of experimental models aimed at the integration of profoundly mentally retarded individuals into residential communities in their local environments. In the conclusion the author gives ideas and suggestions for further development, directed towards improving the quality of life of individuals with profound mental retardation, that is, coordinating their individual needs and the socioecological conditions of life.