

## Klinična bolnišnica za psihiatrijo Ljubljana in vloga višje medicinske sestre

Leta 1881 je bila v Sloveniji ustanovljena prva bolnišnica za duševne bolezni pod imenom »Kranjska deželna blaznica Studenec« (sedanja Klinična bolnišnica za psihiatrijo Ljubljana). Pobudo za ustanovitev je dal dr. Karel Bleiweis z referatom »Blaznice (norišnice), kakršne morajo biti in kaj je njih namen.« Takrat je bil prvič v slovenski zgodovini dokaj izčrpen govor o takratni doktrini psihiatrije v svetu, in to v strokovnem in organizacijskem pogledu, hkrati pa tudi o poteh in ciljih, ki jih naj ubira in jim sledi naša slovenska psihiatrija (Kanoni 1965).

Začetek slovenske psihiatrije se ni dosti razlikoval od začetka psihiatrije v drugih razvitih državah Evrope. Že sam po sebi je pomenil preobrat v dotedanjem odnosu družbe do duševno bolnega človeka, ki ga je do tedaj obravnavala kot nevarnega blodneža, sedaj pa mu je priznala status bolnika — vendar skrbno zaprtega v specialnem zavodu z azilskim načinom dela in številnimi značilnostmi »totalitarne institucije«. Zunanji in notranji videz bolnišnice mi zbuja domačnosti tistega okolja, ki bi na bolnika vplivala ugodno in mu vsaj delno nadomestila »normalno« okolje. Organizacija dela, ki se ni mogla razviti zaradi pomanjkanja strokovnega kadra in pomanjkanja terapevtskih metod, je vključevala predvsem »čuvaje«, ki so pazili na bolnike in izvajali naročila maloštevilnih zdravnikov. Vrata na oddelkih so bila zaklenjena, okna zamrežena, pacienti pa so se zadrževali cel dan bodisi v ograjenem vrtu ali v dnevnik sobah. Oprema je bila iz težkega lesa, pač zaradi varnosti osebja in bolnikov. Tudi jedli so samo z žlico, ne glede na vrsto hrane. Za današnje čase skoraj nerazumljivi so zgodovinski zapiski, ki govore o celicah, kamor so leta in leta zapirali nemirne in hudo prizadete duševne bolnike. Tega mračnega prostora, v katerem ni bilo nič drugega kot nekaj slame za ležišče, ga je rešila v večini primerov le smrt.

Najučinkovitejše zdravilo, s katerimi so tedaj pomirili razburjenega in agresivnega bolnika, je bila 3- do 4-urna vodna kopel, zavijanje v mokro rjuho in podobno — najpogosteje uporabljeno »zdravilo« pa so bile različne oblike ovirnic (prisilnih jopičev). Bolniki so bili v glavnem nezaposleni, le redki so odhajali na ekonomijo, ki je bila sestavni in »pomembni« del bolnišnice. Oddelki so bili prenatrpani s kroničnimi bolniki, za katere še niso poznali zdravljenja in zato niso bili dostopni za ustrezno komuniciranje z okolico. Šele proti koncu tega obdobja se je pojavila aktivna biološka terapija: elektrošok, konvulzivno in insulinsko-komatozno zdravljenje in nekaj pomiril.

\* Iz seminarske naloge na podiplomskem tečaju za psihiatrijo (1972).

Po letu 1955 je prišlo do velikih sprememb v razvoju psihiatrične službe na Slovenskem. Iz bolnišnice Polje je bilo premeščenih veliko kroničnih bolnikov v na novo odprte zavode (Begunje, Poljanski nasip), s čimer so se pa odprla vrata novim bolnikom. Hkrati so se pojavili prvi psihofarmaki, ki so korenito spremenili vedenje bolnikov in omilili njihove bolezenske znake. Doba hospitalizacije se je začela krajšati in vedno večji del bolnikov se je po zdravljenju zopet vračal v svoje nekdanje okolje. Vloga čuvaja je vedno bolj bledela, potreba po strokovnem kadru pa je bila vedno večja. Kljub temu da se je v tem obdobju že pojavilo manjše število sester z višjo izobrazbo, vendar niso bile kos vsem nalogam. Sestre so morale najprej začeti z vzgojo takratnega osebja, z reorganizacijo celotne bolnišnično negovalske službe. Prišlo je tudi do razširitve zaposlitvene terapije, kar je razbilo monotono življenje bolnika v bolnišnici. Začela so se adaptacijska dela na oddelkih, sodobnejša oprema je vnesla v prostore prijetno vzdušje. Sestra je vedno bolj poudarjala bolnikovo zunanost; platnene, sive dolge halje so nadomeščali s sodobnejšimi, raznovrstnimi oblekami. Vedno bolj so skrbeli za socializacijo bolnika, saj je postalo osnovno vodilo zdravljenja vrnitev pacienta v domače okolje.

Vloga višje medicinske sestre je sedaj bistveno drugačna, ker se je spremenil odnos do psihiatričnega bolnika, predvsem pa se je spremenil cilj zdravljenja. Psihiatrične dejavnosti so dobile širok obseg dela, zato sestra ni več zgolj negovalka in organizatorica dela, temveč naj bi bila tudi enakopravni terapevt v psihiatrični dejavnosti.

### **Sedanja vloga višje medicinske sestre v bolnišničnem zdravljenju**

Morda je prezgodaj iskati namembnost višje medicinske sestre v psihiatrični bolnišnici, kjer si šele utira in začrtuje pot v različnih oblikah psihiatričnih dejavnosti.

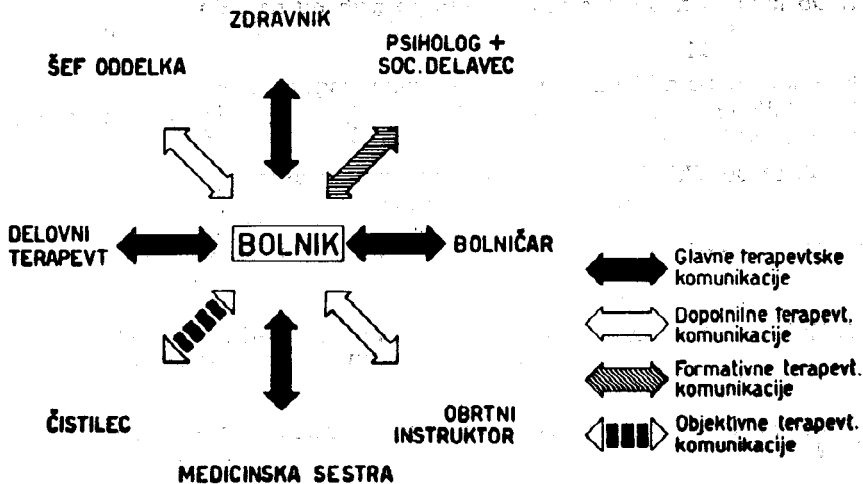
Ker je precej sester vključenih v specializirane enote (EEG, dispanzer, dnevni oddelek, nočni oddelek, antialkoholna enota) psihiatrične službe, pride na eno višjo medicinsko sestro v bolnišničnih oddelkih 33 bolnikov. Število višjih medicinskih sester je skoraj dvakrat manjše od števila zdravnikov, ki delajo na teh oddelkih. Nujno razmerje bi bilo vsaj 1 : 1, ker sicer ni možno ustvariti terapevtske skupine z natančneje določenim delovnim področjem, še manj možnosti pa je, da bi se sestre vključile v organizirano individualno delo z bolnikom.

Teoretični prikaz terapevtskih komunikacij višje medicinske sestre najbolje ponazarja shema 1. (Kobal 1969.)

Ta shema začrtuje sedanji sistem dela, ki se povsem razlikuje od nekdanjega hierarhičnega, v katerem je bil bolnik na dnu, brez pravic in soodgovornosti. V sedanjem sistemu je bolnik v središču pozornosti in terapevtskih prizadevanj (glej shemo 1.). Ta prizadevanja pa so razmeroma še izolirana, ker med njimi še ni prave skladnosti niti še ne sproščajo dovolj sistematičnih in koordiniranih komunikacij med osebjem, ki je vključeno v terapevtski sistem. Komunikacije med osebjem imajo še vedno preveč primesi hierarhičnosti, ki je sicer precej izginila v odnosu do bolnika, ne pa tudi do drugih terapevtskih sodelavcev. Ta shema tudi ne zajema zdravljenja kot procesa, ki je sicer nepretrgan, vendarle se bistveno razlikuje v začetku zdravljenja med zdravljenjem in na koncu bolnišničnega dela zdravljenja.

Poleg osnovnih vodil pri delu je vsekakor pomembno tudi časovno razmerje med posameznimi oblikami dela (nega bolnika, medicinsko, administra-

tivno, organizacijsko in socioterapevtsko delo). To razmerje je nedvomno odvisno od delovnega mesta samega, vendar lahko iz seštevka vseh delovnih mest vsaj delno presodimo, katere oblike dela zahtevajo največ delovnega časa.



Shema 1. Socioterapevtska struktura psihiatričnega oddelka, v kateri je bolnik subjekt in soustvarjalec komunikacij, ki naj povezujejo vse terapevtske dejavnike oddelka

Da bi ugotovila, sem anketirala višje medicinske sestre klinične bolnišnice za psihiatrijo Ljubljana.

Višje medicinske sestre v bolnišnici so na zastavljena vprašanja posebnega vprašalnika odgovarjale anonimno. Vprašalnik je zajemal 20 vprašanj; odgovori so bili že vnaprej okvirno ocenjeni. Vse sestre so dobile anketo na isti dan, odgovoriti pa so morale najkasneje v treh dneh. Anketirala sem 21 sester, medtem ko petih nisem mogla, ker so tedaj bile odsotne.

### Rezultati

1. Koliko ur na dan porabite za osnovno nego bolnika?

Odgovori: 0, do 1 ure, 2, 3, 5, in več  
7      8      4      2      skupaj 22.

2. Koliko ur na dan porabite za pripravo in izvedbo medicinskih intervencij?

do 1 ure      2,      3,      5,      in več  
17      3,      1,      skupaj 28.

3. Koliko ur na dan porabite za administrativno delo?

do 1 ure      2,      3,      5,      in več  
15      5      1      skupaj 28.

4. Koliko ur na dan porabite za asistenco zdravniku pri preiskavah in zdravljenju?

do 1 ure      2,      3,      5,      in več  
20      1      skupaj 21.

5. Koliko ur na dan porabite za organizacijo dela na oddelku?

0, do 1 ure,      2,      3,      5,      in več  
3      9      9      skupaj 27.

6. Koliko ur na dan porabite za razgovor o bolniku z zdravnikom in drugimi sodelavci?

|           |    |    |    |            |
|-----------|----|----|----|------------|
| do 1 ure, | 2, | 3, | 5, | in več     |
| 13        | 8  |    |    | skupaj 29. |

7. Ob kateri uri bolnika prvič vidite po prihodu na delo?

|           |    |    |    |        |
|-----------|----|----|----|--------|
| do 1 ure, | 2, | 3, | 5, | in več |
| 21        |    |    |    |        |

8. S koliko bolniki na dan se intenzivno pogovarjate:

|                    |    |    |    |    |         |               |
|--------------------|----|----|----|----|---------|---------------|
| Število bolnikov:  | 1, | 2, | 3, | 5, | in več, | brez odgovora |
| Število odgovorov: | 1  | 5  | 3  | 2  | 8       | 2             |

9. Ali se bolniki obračajo na vas z različnimi vprašanji?

|         |        |        |
|---------|--------|--------|
| pogosto | včasih | nikoli |
| 19      | 2      |        |

10. Ali se obračajo na vas tudi z vprašanji o osebnih problemih?

|         |       |        |
|---------|-------|--------|
| pogosto | redko | nikoli |
| 15      | 6     |        |

11. Kaj storite, če se bolnik obrne na vas z osebnimi problemi?

|                        |                   |                     |
|------------------------|-------------------|---------------------|
| napotim ga k zdravniku | skušam odgovoriti | izognem se pogovoru |
| 0                      | 21                |                     |

12. Ali menite, da imate dovolj znanja za razreševanje osebnih problemov bolnika?

|    |    |
|----|----|
| da | ne |
| 3  | 18 |

13. Če menite, da nimate dovolj znanja, kje naj bi si ga po vašem mnenju pridobili? (Možnih je več odgovorov.)

|   |               |
|---|---------------|
| — morala bi ga pridobiti že med študijem                                      | odgovorov: 2  |
| — v podiplomskem študiju  | odgovorov: 13 |
| — posredovati bi ga moral zdravnik, s katerim sodelujem                       | odgovorov: 9  |
| — morala bi si ga pridobiti sama z branjem literature in drugega učnega čtiva | odgovorov: 14 |

14. Ali si sploh želite, da ste vključeni v intenzivno psihoterapevtsko vplivanje na bolnika?

|    |    |
|----|----|
| da | ne |
| 20 | 1  |

15. Ali menite, da vas kakšne osebne poteze ovirajo pri delu z bolniki?

|    |    |        |
|----|----|--------|
| da | ne | ne vem |
| 4  | 11 | 6      |

16. Ali bi glede na vrste bolezni, starost in spol morda rajši delali s kakšno drugo skupino bolnikov, kakor delate sedaj?

|    |    |        |
|----|----|--------|
| da | ne | ne vem |
| 1  | 17 | 3      |

17. Ali vas utruja dolgoletno delo z istovrstnimi psihiatričnimi bolniki?

|    |    |        |
|----|----|--------|
| da | ne | ne vem |
| 4  | 9  | 8      |

18. V katere izmed naštetih oblik zdravljenja ste poleg svojega rednega sešrskega dela vključeni do sedaj? (Možnih je več odgovorov.)

|                      |            |                  |
|----------------------|------------|------------------|
| terapevtska skupnost | rekreacija | delovna terapija |
| 19                   | 8          | 12               |

19. Koliko ur dnevno porabite za posamezne oblike dejavnosti? (Lahko obkrožite več odgovorov.)

|      |                      |                 |                  |
|------|----------------------|-----------------|------------------|
| ure: | terapevtska skupnost | rekreacija      | delovna terapija |
|      | 1, 2, 3, in več      | 1, 2, 3, in več | 1, 2, 3, in več  |
|      | 10 4 4               | 5 2             | 9 1              |

20. Koliko ur porabite za strokovno izpopolnjevanje v delovnem času?

|    |           |    |        |
|----|-----------|----|--------|
| 0, | do 1 ure, | 2, | in več |
| 10 | 11        | 0  | 0      |

Anketa, v kateri sem namenoma izpustila vprašanja, ki bi zajemala nekatere specifičnosti dela v psihiatrični bolnišnici, nedvomno kaže, da je večina delovnega časa sestre namenjena istim oblikam dela kakor v večini somatičnih bolnišnic. Pretežni del delovnega časa porabi sestra za osnovno nego, pripravo in izvedbo medicinskih intervencij, administrativno delo in organizacijo dela na oddelku. Razveseljiv je podatek, da se sestre vključujejo tudi v razgovore o bolniku in razno socioterapevtske metode (terapevtska skupnost, rekreacijske dejavnosti), vendar je takega dela — ki je v psihiatričnih ustanovah pomembno — še vedno precej manj kot »klasičnih« dolžnosti medicinske sestre. Vzrok za to je nedvomno pomanjkanje višjih medicinskih sester, ki morajo zato opravljati več osnovnega (somatičnega) medicinskega dela in administracijo ter se ukvarjati z administrativnim delom, manj časa pa jim ostane za neposredno delo z bolnikom. Zaradi teh objektivnih okoliščin ni upati, da bi se delo medicinske sestre bistveno preusmerilo, dokler jih ne bo številčno več.

Kljub tem okoliščinam pa se zastavlja vprašanje, če je res nujno potrebno, da se morajo medicinske sestre toliko časa posvečati administrativnemu delu in organizaciji dela. Čeprav v vseh zdravstvenih ustanovah prevzemajo medicinske sestre tudi vlogo »dobrega organizatorja«, je morda vendarle možno, da bi se tega dela vsaj delno razbremenile z ustrežnejšo organizacijo dela na oddelkih. Do takih ugotovitev in morebitnih rešitev seveda ni možno priti z anketo, temveč s posebno analizo dejavnosti medicinske sestre na oddelku. Brez take analize ostane vprašanje, če ni sestra po nepotrebnem obremenjena z administracijo in organizacijo dela, še vedno nerešeno.

Najbolj presenetljivi so odgovori na vprašanje 8 (»S koliko bolniki na dan se intenzivno pogovarjate?«). Kar 9 sester od 21 je odgovorilo, da se intenzivno pogovarjajo na dan samo s 3 bolniki ali manj.

V psihiatrični bolnišnici, kjer je razmeroma precejšen del pacientov, ki imajo težave v komuniciranju z drugimi ljudmi, sestre torej razmeroma malo prispevajo k eni izmed osnovnih terapevtskih dolžnosti bolnišnice. To je tem presenetljivejše, ker mnogo sester izjavlja, da se bolniki pogosto obračajo nanje z različnimi vprašanji (vprašanje 9), pa tudi glede osebnih problemov (vprašanje 10), ker jim večina sester skuša tudi odgovoriti (vprašanje 11), hkrati pa se le z majhnim številom intenzivno tudi razgovarjajo (vprašanje 8), tako da posredno lahko sklepamo, da so odgovori bolnikom pač kratki in pavšalni. Takšen način seveda medicinski sestri brez dvoma otežuje kvaliteto dela — vendar je zaradi drugih obremenitev, ki sem jih omenila, razumljiv in se v sedanjih razmerah najbrž ne da bistveno spremeniti.

Anketirane medicinske sestre so kritične do svojega znanja, ki bi jim pomagalo pri razreševanju osebnih problemov bolnika (vprašanje 12), hkrati pa si želijo, da bi bile vključene v intenzivno psihoterapevtsko vplivanje nanj (vprašanje 14). Ob tem nesorazmerju med njihovim znanjem in strokovnimi težnjami se v njih najbrž poraja nezadovoljstvo s sedanjim načinom dela in pa pričakovanje, da se bo ta način dela spremenil. Delno kažejo na to nezadovoljstvo tudi odgovori na vprašanje 17; kar 4 sestre so odgovorile, da jih delo s psihiatričnimi bolniki utruja; to število je sorazmerno visoko, če upoštevamo, da dve tretjini anketiranih sester dela v bolnišnici šele sorazmerno kratko dobo.

Odgovori na vprašanje, kje naj bi sestre pridobile potrebno znanje (vprašanje 13), so precej neznačilni, vendar kažejo, da sestre pričakujejo

- a) organizirano obliko podiplomskega študija,
- b) izpopolnjevanje na delovnem mestu,
- c) samostojno pridobivanje znanja iz ustrezne literature.

Težko je interpretirati odgovore na vprašanje, če sestra meni, da jo njene osebne poteze ovirajo pri delu z bolniki. Več kot polovica jih meni, da ne, kar najbrž ne ustreza realnosti. Možno je, da so sestre manj pozorne na svoje osebne značilnosti, ki izvirajo iz njihovega odnosa do pacienta, ker so preobremenjene z drugim delom in niso vključene v intenzivnejše psihoterapevtsko vplivanje na bolnika.

Anketiranih je bilo premalo sester in vprašanja vendarle premalo definirana, da bi lahko na podlagi ankete podrobneje sklepali o delu sester v naši bolnišnici. Rezultati pa so vendarle toliko zanimivi, da bi spodbudili podobnejšo analizo o delu višjih medicinskih sester.

### **Delo višje medicinske sestre ob pacientu**

Dosedanji razvoj kaže, da se bodo sestre vključevale v terapevtske teame, ki bodo obravnavali manjše število bolnikov in posvetili enakomerno pozornost in terapevtsko težo tako biološki terapiji kot psihoterapevtskim prizadevanjem in socioterapevtskim metodam, ki bodo vključevale tudi vzdrževanje delovne sposobnosti, rehabilitacijo in — v izjemnih primerih — tudi profesionalno preorientacijo.

Vse hitrejši razvoj izvenbolničnih služb in njihova učinkovitost bosta verjetno že v bližnji bodočnosti privedla do tega, da bodo številne paciente zdravili ambulantno. V bolnišnico bodo sprejeti najbrž predvsem tisti pacienti, ki bodo imeli hujše duševne motnje. Če upoštevamo to hipotetično postavko in realni cilj zdravljenja, tj. čimprejšnji odpust pacienta iz bolnišnice in njegovo vrnitev v domače okolje, lahko predvidevamo, da bo moralo biti zdravljenje res intenzivno, programirano in usmerjeno.

Predvidevam, da bo predvsem zdravljenje psihotikov možno razdeliti — čeprav nekoliko vsiljeno — na 4 obdobja:

1. Obdobje, ko bodo v ospredju pacientovi hujši bolezenski znaki ali, poenostavljeno rečeno, ko bo v ospredju pacientova bolezen. V tem obdobju bo teklo intenzivno biološko zdravljenje ob začetnih psihoterapevtskih prizadevanjih.

Delo sestre v tem obdobju bo najbrž precej podobno sedanjemu delu sester, v katerem splošni medicinski posegi prevladujejo nad specifičnimi psihiatričnimi.

2. Obdobje, ko bo v ospredju pacientova osebnost. Preprosto rečeno, v ospredju bo pacient, ne več njegova bolezen. V tem obdobju bo potekalo intenzivno psihoterapevtsko obravnavanje ob mnogo manj intenzivni biološki terapiji in začetnih socioterapevtskih prizadevanjih.

Delo sestre v tem obdobju bo najbrž bistveno različno od sedanjega. Sestra se bo morala intenzivneje vključevati v razna psihoterapevtska prizadevanja; da bo za to delo usposobljena, se bo morala ustrezno dodatno izpopolnjevati, saj je redno šolanje ne usposablja za delo te vrste.

3. Obdobje, ko bo v ospredju pacientovo okolje, predvsem njegova družina, njegovo ožje družbeno in delovno okolje. V tem obdobju bodo potekala intenzivna in raznolična socioterapevtska prizadevanja, ob hkratni psihoterapiji in ustreznih rehabilitacijskih metodah ter v vse manjši meri uporabljeni biološki terapiji.

Delo sestre v tem obdobju bo vključevalo nekatere še veljavne oblike dela (terapevtska skupnost, rekreacija, rehabilitacija), vendar se bodo morale te oblike dela razširiti in poglobiti, hkrati pa vpeljati novo, na primer delo z bolnikovo družino. Za vse te dejavnosti se bo morala sestra ustrezno še strokovno izpopoljevati.

4. Obdobje, ko bo v ospredju pacientova uspešna vrnitev v domače okolje. To obdobje bo vključevalo različne oblike delne hospitalizacije (dnevni in nočni oddelek), različne oblike socioterapevtskih dejavnosti (klubi) ali pa pravo dispanzersko delo (stik s patronažno službo na terenu in podobno).

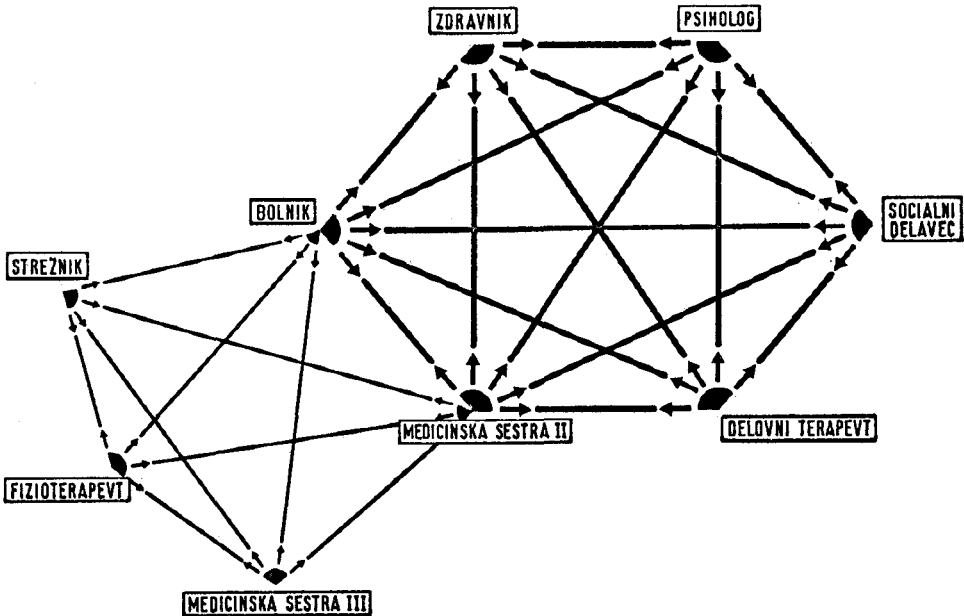
Marsikaj od teh oblik dela je že v zametku (delne hospitalizacije, klubi, dispanzer), drugih pa še ni (tesnejši stik s patronažnimi službami). Za te dejavnosti bo sestra usposobljena, če bo usposobljena za dejavnosti v 2. in 3. obdobju.

### Terapevtske komunikacije v timu

Prva shema ponazarja današnje stanje komunikacij, ko je središče pozornosti bolnik. Čeprav ima ta sistem nedvomno veliko praktično vrednost in je dejansko human in ne zgolj deklarativen, se najbrž v bodočnosti ne bo mogel obdržati. Zaradi visoke specializirane dejavnosti se bodo morale namreč okrepiti terapevtske komunikacije med člani terapevtskega teama, kar dosedanji sistem še preveč zanemarja (Lokar 1972).

Medicinske sestre (pa tudi drugih delavcev v teamu) ne bo mogoče dodatno strokovno izpolnjevati samo v organiziranem podiplomskem študiju, temveč jo bo treba izpolnjevati organizirano tudi pri vsakodnevnem delu. Poleg tega pa lahko različni člani teama drug drugemu dajejo dragocena spoznanja o pacientu.

Morda bo šel razvoj terapevtskih komunikacij v smeri, ki jo ponazarja 2. shema.



Shema 2. Ena izmed možnosti za terapevtske komunikacije in organizacijo negovalske službe

V tem sistemu bolnik sicer ni v središču pozornosti, je pa aktiven in enakopraven član v terapevtskih komunikacijah, ki posredno veliko pridobi prav zaradi tesnejših komunikacij med člani terapevtskega teama.

Vsako predvidevanje temelji sicer na realnosti, vendar jim dodaja imaginarne predstave — ki jim bo šele konkretno delo določilo praktično vrednost.

### **Organizacija negovalske službe**

Pri organizaciji negovalske službe se bosta morda v delu sestre izoblikovali dve dejavnosti:

— koordinacijska vloga med zdravstvenimi delavci različnih profilov (laboratorijski tehnik, delovni terapevt, fizioterapevt, medicinske sestre, ki opravljajo specializirane dejavnosti itd.);

— organizacijska in edukativna vloga pri urejanju neposredne negovalske službe in »hotelskih uslug« na oddelku.

Možnosti za sistem negovalske službe ponazarja 2. shema. Podrobnejša razčlenitev vloge medicinske sestre bo zahtevala posebno, obširnejšo obravnavo, ki bo morala upoštevati sedanje in bodoče subspecialnosti v psihiatriji (gerontopsihiatrijo in drugo).

### **Sklepne ugotovitve**

V zadnjih 20 letih je psihiatrična stroka v celoti doživela večjo preobrazbo kakor dolga stoletja prej. Delno se je s temi preobrazbami spremenila tudi vloga višje medicinske sestre, ki pa še vedno išče svoje delovno področje v novih psihiatričnih tokovih.

Tako hitrih sprememb, kakršne so bile v zadnjih dveh desetletjih, v bližnji bodočnosti najbrž ni pričakovati. Psihiatrični tokovi se bodo najbrž umirili ter posvetili več pozornosti vsebini dela kakor pa formalni obliki. Pri tem oblikovanju se bo moralo utrditi in določiti tudi delovno področje višje medicinske sestre — vendar s preudarkom in sistematično, ne pa prepuščeno golemu naključju.

#### **Literatura:**

1. Kanoni, J.: Pota in cilji slovenske psihiatrije nekoč in danes, v: Poslanstvo slovenskega zdravnika, Slovenska matica, Ljubljana 1965.

2. Kobal, M.: Smeri v razvoju slovenske psihiatrije, Zdravstveni vestnik 38: 283—289, 1969.

3. Lokar, J.: Predavanja na podiplomskem tečaju za višje medicinske sestre, Ljubljana 1972.

4. Musčević, V.: Socioterapevtske metode za rehabilitacijo duševnih bolnikov: Psihiatrija — simpozij o nevrologiji in psihiatriji, »Lek«, Ljubljana 1969.

5. Minjevič, M.: Socioterapijska uloga medicinske sestre u dnevnoj bolnici, Socijalna psihijatrija, Pliva, Zagreb 1971.

---

**KDORKOLI NIKOLI NOBENE NAPAKE NE NAREDI, BO TEŽKO KAJ ODKRIL.**

(Po dr. A. Trstenjaku)