

Sabina ARNAULT
Boštjan KERBLER

Prostorska ureditev psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji

Za družbo kot celoto in tudi za posameznika je duševno zdravje pomembno. Težave z duševnim zdravjem namreč znižujejo kakovost življenja, saj vodijo v neizogibne stiske pacientov in njihovih bližnjih. Vendar pa je v vseh zgodovinskih obdobjih in vseh družbah za duševne motnje značilna stigmatizacija. Duševne bolnike so fizično ovirali ter jih zapirali v posebne prostore in institucije. V Sloveniji intenzivna obravnava takih bolnikov poteka na varovanih oddelkih psihiatričnih bolnišnic, v katerih se izvajajo posebni varovalni ukrepi, s katerimi se bolniku v procesu zdravstvene obravnave omejujeta pravica svobodnega gibanja in pravica odločanja o samem sebi. Za izvajanje teh ukrepov morajo biti prostori takih bolnišnic ustrezno urejeni. V članku je zato predstavljen prostorski vidik uporabe poseb-

nih varovalnih ukrepov v psihiatričnih bolnišnicah. Pokazalo se je, da je obravnava pacientov z motnjami v duševnem zdravju v Sloveniji še vedno klasična, kar pomeni, da se še vedno zdravijo v bolnišničnem okolju, kamor spadajo tudi varovani oddelki. V prihodnje bi bilo treba zato pri gradnji psihiatričnih bolnišnic upoštevati t. i. arhitekturo zdravljenja.

Ključne besede: psihiatrične bolnišnice, varovani oddelki, duševno zdravje, posebni varovalni ukrepi, prostorske ureditve, arhitektura zdravljenja

1 Uvod

Življenje je ciklični proces, ki ga sestavlja tudi duševno zdravje človeka. Delovanje posameznika in tudi družbe je povezano z duševnim zdravjem in tudi drugimi vidiki zdravja, med katere štejemo predvsem družbeno, čustveno, telesno in duševno zdravje. Duševno zdravje povezujemo s sposobnostjo posameznika, da s člani družbe ustvarja harmonične odnose (Hoyer, 2005). Psihopatološko doživljanje sveta in vedenjsko rizične posebnosti posameznikov so po trajanju najverjetneje primerljive z nastankom človeške vrste ali so celo starejše. Patološka anksioznost je znana tudi pri živalih (separacijska anksioznost pri psih). Znakovni zapisi v papirusu Ebers iz leta 1550 pred našim štetjem navajajo tudi depresijo, shizofrenijo in demenco. O epileptičnih statusih so na Kitajskem pisali že 1.000 let pred našim štetjem. Hipokrat je leta 460 pred našim štetjem v antični Grčiji napisal racionalne razlage manije, histerije in demence. Arabci so leta 980 opisovali halucinacije, srednjeveška Evropa je izganjala hudiča in lovila čarovnice ipd. Skozi zgodovino je veljalo, da kar ni znano, je nadnaravno, mistično ali misteriozno in nerazumsko. Zaradi pustošenja kuge je v 14. stoletju prišlo do premikov, tako so začeli ustanavljati delovne

hiše, v katerih so prebivali brezposelni in bolni; duševne bolnike pa so tam še dodatno izkoriščali. Pinel je leta 1792 začel uresničevati human pristop do duševnih bolnikov. Ustanavljal je azile za osebe z dušnimi boleznimi. Reil leta 1808 sestavi besedo psihiatrija. Krepelin je leta 1896 ločil paranooidno shizofrenijo od manije, Freud pa je leta 1897 razvil teorijo o nezavednem. Šestnajst let pred tem, leta 1881, se je v Ljubljani na Studencu odprla prva psihiatrična bolnišnica, ki je takrat lahko sprejela 160 bolnikov (Kanoni in Zalar, 2011).

V zgodnji antiki si ljudje niso znali razložiti nastanka različnih bolezni. Prepričani so bili, da so bolni ljudje v svoji preteklosti grešili in si tako prislužili jezo bogov, kar naj bi bil povod za razvoj bolezni. Zato bolezni niso zdravili, ampak so za zdravljenje uporabljali molitve ali eksorcizem, ki naj bi ugodili volji bogov (Hribar, 2018). Dejstvo je, da so duševne motnje bile, so in bodo tudi v prihodnosti. V vseh zgodovinskih obdobjih imajo skupni imenovalec, to je stigma. Stigmatiziranost duševnih motenj se je skozi zgodovino razvijala sprva agresivno, pozneje asertivno in danes še vedno, čeprav pasivno, onemogoča

širjenje znanja o duševnih motnjah. V preteklosti so bili prepričani, da iz takih ljudi izganjajo hudiča, zato so jih vklepali, pretepali in sežigali (Marušič in Temnik, 2009). V zdravstveni obravnavi, kot jo poznamo danes, je v institucionalnem zdravstvenem varstvu eden od najinvazivnejših postopkov oviranje bolnikov z duševno motnjo z neposrednim kontaktom, pasovi ali medikamentozno terapijo (Bregar, 2019). Obravnava bolnikov z duševnimi motnjami lahko v psihiatričnih bolnišnicah vsebuje tudi uporabo posebnih varovalnih ukrepov (v nadaljevanju: PVU). *Zakon o duševnem zdravju* (ZDZdr, Ur. l. RS, št. 77/08, 46/15, 44/19, 109/23 in 136/23; v nadaljevanju: ZDZdr) opredeljuje PVU kot ukrepe, ki se štejejo za nujne ter se uporabljajo predvsem zaradi omogočanja procesa zdravljenja bolnika in zaradi odprave ali obvladovanja nevarnega vedenja bolnika, kadar s takim vedenjem ogroža svoje življenje ali življenje drugih ljudi, kadar ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali s svojim nevarnim početjem povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim. S takim vedenjem bolnik ogroža sebe in druge, hkrati pa takega vedenja ni mogoče preprečiti s kakšnim drugim, milejšim ukrepom. Smernice, ki urejajo področje PVU oziroma njihova prva definicija, je bila objavljena že kmalu po ukinitvi uporabe mrežnih postelj v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah. Te so se uporabljale kot del zdravstvene obravnave bolnikov, ki so bili mednje agresivni in so zato potrebovali omejitev gibanja kot najskejnejši ukrep. Po slovenski zakonodaji spadata med PVU dva ukrepa, in sicer telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora (Bregar, 2019). Za izvajanje PVU morajo biti prostori psihiatričnih bolnišnic ustrezno urejeni. Tehnične in prostorske pogoje za ureditev varovanih oddelkov v Sloveniji ureja *Pravilnik o kadrovske, tehnične in prostorske pogojih izvajalcev psihiatričnega zdravljenja ter o postopku njihove verifikacije* (Ur. l. RS, št. 63/09; v nadaljevanju: pravilnik), ki določa kadrovske, tehnične in prostorske pogoje za izvajanje nalog na področju duševnega varstva za izvajalce institucionalnega varstva. Pravilnik opredeljuje varovani oddelok kot prostor, v katerem so bolniki zaradi svojih težav kontinuirano deležni posebne stopnje varovanja in zaščite. Oddelka tudi ne morejo zapustiti po svoji volji.

Namen članka^[1] je podrobneje predstaviti prostorsko ureditev psihiatričnih bolnišnic ter predpise, ki urejajo področje ureditve varovanih oddelkov psihiatričnih bolnišnic in prostorov za izvajanje PVU v Sloveniji.

2 Zgodovinski razvoj psihiatrije in psihiatričnih bolnišnic

V zgodnji antiki so duševne bolezni razumeli kot kazni za slabo vedenje in grehe. Z zdravljenjem teh so se ukvarjali duhovniki, čarovniki in zdravilci. Zdravljenje je potekalo v templjih.

Hygieia je bila grška boginja in zavetnica zdravja. Hipokrat je bil rojen v plemeniti družini, v kateri so bili zdravilci že več generacij, spretnosti zdravljenja pa so se prenašale z očetov na sinove. Zagovarjal je stališče, da duhovniki niso najbolj primerne in usposobljeni za zdravljenje ljudi. Po njegovem mnenju naj bi to delo opravljali modreci. Tako se je razvil poklic zdravnika (Orfanos, 2007). Hipokrat je začel dojemati bolezni kot fizične anomalije, ki naj ne bi bile odvisne od volje bogov, vzrok zanje naj bi bil torej v človekovem telesu. Telesnim nepravilnostim je pripisoval tudi duševne motnje. Njegovo delo je nadaljeval grški zdravnik Galen, ki je raziskoval povezave med telesnim in somatskim stanjem človekovega telesa. Spoznal je, da telo deluje kot celota. Kot prvi je opisal psihoterapevtsko metodo za zdravljenje oseb z duševnimi motnjami. V razumevanju in lažšanju človekovih miselnih procesov naj bi bil ključ do ozdravitve. Vendar so v antiki kljub tem spoznanjem še vedno verjeli, da so si duševno bolni nakopali jezo bogov. Verjeli so tudi, da so duševne bolezni nalezljive, zato so take bolnike odpravili na rob družbe. Duševni bolniki so se izogibali javnim mestom, domačini pa so jih zaklepali in skrivali pred javnostjo.

V srednjeveški Evropi se je znova vzpostavila miselnost, da so duševne bolezni demonskega izvora, zato so za zdravljenje uporabljali eksorcistične metode. V istem obdobju je v islamskih državah psihiatrija bolj napredovala. Že v Koranu je zapisano, da je treba s psihiatričnimi bolniki ravnati spoštljivo. V Bagdadu so leta 705 odprli prvo psihiatrično bolnišnico (sledili sta še bolnišnici v Damasku in Kairu). Zdravnik Avicena v delu *Kanon medicine* opiše manijo, depresijo in nespečnost ter tudi predloge za zdravljenje. Velja za začetnika psihosomatske medicine, ker je prvi povezal fizično in duševno zdravje človeka. Pri zdravljenju so uporabljali zdravila kot tudi okupacijske in glasbene terapije (fizično delo, sprehodi). Take metode so v evropskem prostoru začeli uporabljati šele v 18. stoletju. Pred tem so uporabljali trepanacijo, s pomočjo katere so poskušali uravnovesiti vse štiri tekočine, kar naj bi iz bolnika izgnalo demona (Hribar, 2018). O trepanaciji kot eni od metod za zdravljenje duševno bolnih piše tudi Ingrid G. Farreras (2019). Dolgo časa se uporabljala pri zdravljenju duševnih bolezni. Že 6.500 let pred našim štetjem so nastale jamske slike, na katerih so bile naslikane podobe zdravilcev, ki so v lobanje vrtali luknje, da bi z njimi zdravili poškodbe glave in epilepsijo. Tudi zgodovinske slike in zapisi iz leta 1525 nazorno kažejo postopek izvedbe trepanacije. Z uporabo trepanacije naj bi duševno bolnega osvobodili zlih duhov. Verjeli so, da je stoječa kri, torej kri, ki ne teče, za človeka škodljiva, saj lahko začne razpadati, zato so z metodo trepanacije omogočili krvi, da je odtekla iz telesa in se ni pokvarila. Poleg tega so bili bolniki podvrženi tudi bičanju in izganjanju hudiča. Duševni bolniki so bili večinoma v domačih oskrbah, za bogatejše pa so obstajale tudi neke vrste »zasebne norišnice«. Njihov namen je bil predvsem odstranitev zasramovanega člana družine. Počasi so se v tem

obdobju začeli ustanavljati azilni domovi. Prvi je bil Bethlem v Angliji, ki se je v 14. stoletju specializiral za oskrbo duševno bolnih ljudi in je danes znan pod imenom Bethlem Royal Hospital. Tam so najnevarnejše bolnike zapirali v samice ali so jih priklenili. Učinkovitega zdravljenja takrat še niso poznali, zato bolnikov niso obravnavali zdravniki, ampak t. i. čuvaji. Bolniki niso imeli dostopa do pitne vode, pogosto so bili podhranjeni. Ženske, ki so bile duševno bolne, so označevali za čarovnice.

Konec 18. stoletja je Pussin, ki je delal v francoski bolnišnici kot čuvaj, s svojo ženo uvedel bolj človečno obravnavo duševnih bolnikov. Zdravnik Pinel, ki velja za očeta moderne psihiatrije, je leta 1797 prepovedal uporabo verig, zamenjali so jih prisilni jopiči. Zdravnik Reil, ki je leta 1808 prvi uporabil pojem psihiatrija, je želel to uveljaviti kot samostojno znanost, ki bo neodvisna od medicine in humanističnih ved. Po uspehih, ki so jih beležili v francoskih psihiatričnih bolnišnicah, so tudi v Angliji začeli zdraviti s prijaznostjo, umirjenostjo, zaupanjem, pogovorom in osebnim pristopom. Začeli so tudi uporabljati okupacijsko terapijo. Bolnikom je bilo omogočeno, da so se lahko sprehajali po posestvu bolnišnice, spodbujali so jih tudi k branju in pisanju. Posledično se je uvedel »moralen« pristop k zdravljenju duševnih bolnikov, pri katerem se je spodbujalo človečno ravnanje z bolniki. Bičanje, pretepanje, puščanje krvi in stradanje niso bili več primerne metode (Hribar, 2018).

3 Zgodovina razvoja slovenskih psihiatričnih bolnišnic

Ljudje smo nenehno povezani z najrazličnejšimi institucijami, vendar se večino časa tega niti ne zavedamo. V institucijah se zadržujemo v vseh obdobjih življenja – glede na funkcijo določene institucije in namen povezovanja z njimi. Lahko smo torej krajši ali daljši čas povezani s specifičnimi institucijami, ki jih zaznamuje poseben način bivanja, v njih preživljamo dneve na enem mestu v družbi bolj ali manj istih ljudi, pod eno oblastjo in tudi na podlagi natančno določenih pravil.

V 13. stoletju je nemški viteški red v Ljubljani ustanovil zavod za neozdravljivo bolne, pozneje je v Kamniku nastal azilski dom. Med 14. in 15. stoletjem so v Evropi in tudi v Sloveniji začeli nastajati špitali, namenjeni ljudem, ki niso bili povezani s skupnostjo, ki so bili torej gosti ali tujci (romarji, potniki, potepuhi, zapuščeni otroci, sirote, kronično bolni in stari ljudje), za katere ni nihče mogel ali želel skrbeti (Mali, 2008). V poznem srednjem veku je delež revežev znašal med 15 in 20 %, število beračev je naraslo zlasti po izbruhih kužnih bolezni, vojnah, raznih požarih, ujmah. Med reveži je bilo veliko hlapcev in kmetov, ki so pobegnili v mesta, kjer so se pretvarjali, da so nemi, slepi in podobno, da bi tako vzbudili usmiljenje in dobili miloščino v obliki denarja, obleke ali hrane. Meščanska družba

se je na problematiko revežev odzvala z ustanavljanjem zaprtih ustanov za različne nepriviligirane skupine. Na Slovenskem so take ustanove začele nastajati v 19. stoletju, nekatere tudi prej. To so bili špitali, ubožnice in hiralnice. Po drugi svetovni vojni so se ustanovile tudi prve psihiatrične bolnišnice.

3.1 Špitali

Poznamo jih kot najstarejše dobrodelne ustanove. Med 14. in 15. stoletjem so bili preprosta zavetišča, kjer so reveži in romarji dobili streho nad glavo. V poznem srednjem veku so opravljali funkcijo zavetišč, hiralnic, ubožnic ali preskrbovalnic za reveže in sirote. Oskrbovanci so bili poleg zatočišča in hrane deležni tudi občasne zdravstvene oskrbe, ki so jo izvajali ranocelniki ali kirurgi. Začetniki ustanavljanja špitalov so bili samostani, pozneje knezi, deželni gospodje, bogati zasebniki in člani vladarske hiše. Postavljali so jih v mestih, na trgih in v bližini gorskih prelazov. Prvotno so bili zavetišča za pohabljenе, od rojstva prizadete ljudi in reveže. Prenočišče v njih so našli tudi romarji in popotniki (Mali, 2008).

V Celju je bil prvi mestni špital ustanovljen že v času vladavine prvega celjskega grofa Friderika I. Zgradili so ga na severni strani mesta in šele po izumrtju celjskih grofov so ga prestavili na notranjo stran obzidja. V ubožni hiši je bilo prostora za 25–30 revežev (Psihiatrična bolnišnica Vojnik, 2024).

3.2 Ubožnice

Ubožnice so bile zavodi, v katerih so bili deležni oskrbe ljudje, ki si s svojim delom niso mogli preskrbeti osnovnih življenjskih potrebščin. Ubožni inštitut iz 18. stoletja naj bi v primernih ustanovah ponujal prenočišča in hrano revežem. Konec 19. stoletja je neka ljubljanska ubožnica 86 revežem pomagala z brezplačno nastanitvijo. Stanovalci so bili deležni tudi zdravniške oskrbe (Mali, 2008).

3.3 Hiralnice

V hiralnicah so bili oskrbe deležni onemogli in neozdravljivo bolni ljudje. Pred nastankom hiralnic so bili ti nastanjeni v špitalih ali ubožnicah. V špitalih niso bili preveč dobrodošli, saj so zasedali postelje bolnikom, bolezni katerih so bile ozdravljive. Hiralnice so bile v nekem smislu tudi predhodnice bolnišnic za duševno bolne. Leta 1871 so v deželni civilni bolnišnici, ki je bila na Ajdovščini ob današnji Slovenski cesti v Ljubljani, odprli oddelek, na katerem se je zdravilo pet duševno bolnih ljudi. Prostori so bili natrpani, tako da so na Poljanskem nasipu čez dve leti odprli podružnično bolnišnico, v kateri je bilo prostora za 60 dodatnih bolnikov. Leta 1875 so v kranjskem deželnem zboru znova odprli razpravo o izgradnji posebne bolnišnice za

duševne bolnike. Dr. Bleiweiss je predlagal, naj se kupi posestvo na Studencu pri Ljubljani. Tako se je leta 1881 odprl zavod za 77 duševno bolnih oseb (Kanoni, 2020).

Pred ustanovitvijo hiralnice v Vojniku je imela Štajerska pet deželnih hiralnic, ki so bile razporejene po različnih krajih. Število oseb, ki so bile nastanjene v njih, je naraščalo, kazala se je potreba po ustanovitvi še ene hiralnice. S cesarskim dekretom so januarja 1890 potrdili odločitev za ustanovitev hiralnice v Vojniku. Glavno poslopje je imelo štiri oddelke s 44 sobami in 150 posteljami. Stavba je imela vgrajeno centralno ogrevanje. Zavod se je ob otvoritvi uradno imenoval Landes Siechenanstalt in Hohenegg. Leta 1919 je hiralnica prešla v last mariborske oblasti in se je imenovala Oblastna hiralnica v Vojniku. V obdobju Kraljevine Jugoslavije je ustanova nosila naziv Banovinska hiralnica v Vojniku, po drugi svetovni vojni leta 1954 pa Dom oskrbovancev v Vojniku. Od leta 1989 je v Vojniku psihiatrični oddelek, od leta 1993 pa ima ustanova naziv Javni zavod psihiatrična bolnišnica Vojnik (Psihiatrična bolnišnica Vojnik, 2024).

3.4 Psihiatrične bolnišnice

V Sloveniji delujeta dve psihiatrični kliniki, ena v Ljubljani in ena v Mariboru, ter štiri psihiatrične bolnišnice – poleg psihiatrične bolnišnice v Vojniku, so druge še v Idriji, Begunjah in Ormožu. Od teh je le Univerzitetna psihiatrična bolnišnica Ljubljana tudi učna baza in hkrati terciarna ustanova. Bolnišnice niso razporejene enakomerno – na jugu države ni niti ene. Prav tako sta samo v Ljubljani oddelek za otroke in adolescence in center za zdravljenje odvisnih od drog (Marušič in Breclj, 2000).

4 Prostorska ureditev psihiatričnih bolnišnic

Ob vstopu v novo tisočletje se je dvignilo zavedanje o pomembnosti ureditve fizičnega prostora in njegovih blagodejnih učinkov na področju psihiatrične obravnave bolnikov. Tako imenovana arhitektura zdravljenja in varnosti temelji po mnenju Stefana Lundina (2021) na treh tezah. Prva je osredinjena na kakovostno oskrbo bolnikov in zagotavljanje varnosti, ti komponenti sta tudi nerazdružljivo povezani pri načrtovanju varovanih oddelkov psihiatričnih bolnišnic. Druga teza navaja, da skrb za varnost bolnikov ne sme nadvladati ideje arhitekture zdravljenja. Ideja okolja, ki zdravi, mora biti vedno prioriteta pri procesu načrtovanja prostorov. In tretja teza govori o tem, da se skrb za varnost na oddelkih vedno izvaja diskretno in ne sme biti provokativna. Pri zasnovah prostorov psihiatričnih bolnišnic moramo zato vedno upoštevati, da so določeni varnostni ukrepi s strani bolnikov na oddelkih več-

noma razumljeni kot negativen poseg v njihovo suverenost in da imajo lahko celo nasproten učinek. Arhitektura zdravljenja se mora uporabljati že v najbolj začetnih fazah načrtovanja gradnje psihiatričnih bolnišnic. Pri načrtovanju je treba upoštevati, da sta arhitektura zdravljenja in varnosti kompleksno prepleteni kategoriji, ki sta soodvisni med seboj ter nudita odgovore na popolnoma različni nabor zahtev in dilem. Varno fizično okolje znotraj zidov psihiatričnih bolnišnic je ključno, saj omogoča zdravstvenim delavcem, da se osredinjajo na dejavnosti in zdravstvene intervencije, ki so ključnega pomena pri zdravljenju duševnih bolnikov. Vesna Sendula-Jegnić idr. (2011) so zapisali, da je bilo od sredine 20. stoletja izvedenih več študij na temo zasnove gradenj psihiatričnih bolnišnic, na podlagi katerih se je potrdilo, kako pomembni so okoljski dejavniki, ki obdajajo bolnike, ki so hospitalizirani na bolnišničnih oddelkih, ter kako pomembno vplivajo na bolnikovo vedenje in duševno zdravje. Ljudje se v interakciji z okoljem, ki nas obkroža, prilagajamo okoliščinam, hkrati pa smo prav mi tisti, ki oblikujemo pokrajine in arhitekturo glede na potrebe tamkajšnjih prebivalcev po varnosti, zasebnosti in socialnem statusu. Te postavke učinkujejo na vedenje ljudi. V kontekstu gradnje psihiatričnih bolnišnic, kjer je v ospredju bolnikovo individualno izkustvo strahu, tesnobe in stresa, je zato temeljnega pomena lokacija izgradnje bolnišnice kot tudi prostorski načrt. Čeprav še vedno velja, da so v varovanih oddelkih psihiatričnih bolnišnic zaprtega tipa bolniki omejeni v smislu gibanja, avtorji ugotavljajo, da je tudi znotraj takih oddelkov nujno treba omogočiti optimalne pogoje za izvajanje nadzora in omejevanja, hkrati pa bolnikom v času hospitalizacije nuditi vsaj nekaj možnosti izbire. Bolnikom naj bi se tako omogočil dostop do skupnih prostorov, prostora, kjer lahko del svojega časa preživijo v miru, prostora, kjer se jim omogoča zasebnost, in dostop do zunanosti. Arhitekturna ureditev varovanih oddelkov mora bolnikom nuditi predvsem varnost, zaščito in možnost razvoja njihove samozavednosti in nadgradnje osebnih značilnosti. Poleg neprestanega zagotavljanja varnosti, zasebnosti, socializacije in svobode gibanja morajo biti prilagojeni psihiatričnim stanjem bolnikov in njihovim medicinskim diagnozam. Blagodejne učinke na bolnike imajo zelene površine in dnevna svetloba. Bolniki, ki so bili več časa izpostavljeni dnevni svetlobi, so potrebovali manj protibolečinske in medikamentozne terapije, krajše obdobje hospitalizacije in imeli bolj urejene vzorce spanja. Tudi barvam se pripisuje velik pomen, saj blagodejno vplivajo na psihično stanje bolnikov in zdravstvenih delavcev, kar so tudi potrdile študije, izvedene v preteklosti. Idejni koncept arhitekture zdravljenja, uporaba različnih tekstur (oblazinjeno pohištvo), temperatura bolniških sob, v katerih mora biti bolnikom omogočeno, da jo uravnavajo sami, so dejavniki, ki pomembno vplivajo na potek in uspešen zaključek zdravljenja. Pri zmanjševanju stresa iz okolja na varovanih oddelkih psihiatričnih bolnišnic imajo pomembno vlogo tudi površine, ki blažijo hrup in možnost, da lahko bolniki v sobah vsaj delno

odprejo okno in uravnavajo jakost svetlobe v prostoru. Velika okna, ki prepuščajo v prostore veliko naravne svetlobe, blagodejno učinkujejo na počutje bolnikov in tudi zdravstvenih delavcev. Bolnikom naj bi bil omogočen tudi dostop do vrta. Dostop do zunanjih bolnišničnih površin naj bi se jim omogočil brez spremstva zdravstvenih delavcev (Ulrich idr., 2018).

Specialistične bolnišnice, med katere se uvrščajo tudi psihiatrične bolnišnice, so zdravstveni zavodi za zdravljenje specifičnih bolezni oziroma določene skupine prebivalcev. Izpolnjevati morajo vse pogoje, ki so predpisani za splošne bolnišnične zasnove, le da imajo bolniške postelje ter diagnostične in druge zmogljivosti, prilagojene njihovemu namenu (Ulrich idr., 2018). Načrtovanje gradnje bolnišnic se po zahtevnosti uvišča v sam vrh. Od načrtovalcev terja poglobljeno poznavanje delovanja posameznih služb specifične bolnišnice, medicinskih tehnologij, materialov in higienskih zahtev. Funkcionalna zasnova bolnišnic mora biti kar se da preprosta in čista kljub upoštevanju zapletenih tehnoloških postopkov. Naročniku in uporabniku mora omogočiti preprosto in gospodarno gradnjo, uporabo in vzdrževanje bolnišničnih objektov. Funkcionalna zasnova bolnišničnega objekta naj bi se načrtovala tako, da bi se v vsaki izmed etaž lahko namestil en oddelek ali več teh. Odločitev o številu oddelkov v posamezni bolnišnici je odvisna od urbanistične zahteve (velikost in višina objekta), števila vseh bolniških oddelkov in organizacije dela psihiatrične bolnišnice. Vsak bolniški oddelek se pojmuje kot zaključena organizacijska enota, v kateri so vsi prostori za bolnike, skupni funkcionalni in pomožni prostori ter prostor za osebje. Optimalna organiziranost je ključnega pomena in mora biti v skladu z organizacijsko funkcionalno shemo. Bolniški oddelki so praviloma nameščeni v samostojnih bolnišničnih objektih. Za določanje števila bolniških oddelkov psihiatričnih bolnišnic se upoštevajo število bolnikov, ki so sprejeti na letni ravni, ležalne dobe bolnikov, potrebe lokalnega prebivalstva in prihodnji razvoj področja psihiatrije. V prihodnosti se predvideva, da bodo na področju psihiatrične obravnave večinoma bolnišnično obravnavani le bolniki s težjimi in zahtevnejšimi psihiatričnimi stanji, ki poleg diagnostičnoterapevtskih postopkov zahtevajo tudi intenzivnejšo obravnavo in zdravstveno nego. Povezave med oddelki znotraj bolnišnice morajo potekati po notranjih ogrevanih hodnikih. Zagotoviti je treba hiter dostop do zunanjih površin, s katerih je mogoč prevoz bolnikov z reševalnim vozilom. Najpogosteje uporabljena organizacijska enota bolniškega oddelka ima 24–30 postelj. Pri tlorisnih zasnovah poznamo eno-, dvo- ali večkoridorne bolnišnične oddelke. Enokoridorna zasnova pomeni, da po sredini bolnišničnega oddelka teče le en hodnik, levo in desno se nizajo bolniške sobe in drugi prostori. Veliki prednosti take razporeditve sta predvsem dnevna svetloba in možnost naravnega prezračevanja vseh prostorov. Kot slabost se tukaj šteje predvsem velika tlorisna dolžina oddelka in s tem povezane dolge poti, ki jih mora prehoditi zdravstveno

osebje. Dvokoridorna zasnova bolnišničnega objekta pomeni, da po oddelku potekata dva hodnika. Prostori med hodnikoma nimajo dnevne svetlobe, zato so namenjeni zdravstvenim dejavnostim brez stalnih delovnih mest (shranjevanje zdravil in sanitetnega materiala, čajna kuhinja, prostor za aparate in pripomočke). Ob fasadi oddelka so nameščene bolniške sobe in drugi prostori oddelka. Dvokoridorna zasnova omogoča zgoščeno izrabo tlorisne površine in kombinacijo dveh ali več podobnih osnovnih enot. Slabosti te tlorisne zasnove sta predvsem pomanjkanje naravnega vira prezračevanja in težja obvladljivost oddelka (Ministrstvo za zdravje, 2019). Kot primer tlorisne zasnove lahko navedemo varovane oddelke ljubljanske Univerzitetne psihiatrične klinike, ki so zgrajeni po enokoridorni zasnovi, ki se nato deli na levo in desno krilo, saj sta moški in ženski varovani oddelek ločena. Zasnova hiše je v obliki črke V, kar pomeni, da gre za dva popolnoma ločena enokrilna koridorja, ki se združita samo v skupni jedilnici, kjer obedujejo bolniki.

Bolniške sobe, ki so namenjene bolnikom, morajo imeti zagotovljeno dnevno svetlobo. Okna morajo biti opremljena s ključavnico za zaklepanje okenskih kril. Bolniku je treba v sobi zagotoviti dovolj odlagalnih površin, na katerih lahko shrani svoje osebne predmete in garderobo. Imeti mora tudi dostop do kopalnice, pomembno je tudi zagotavljanje zasebnosti, kadar se bolniki pogovarjajo z zdravstvenim osebjem. Bolnišnično okolje naj bi bilo prijetno osvetljeno, predvsem naj bi imelo veliko virov naravne svetlobe, mora pa biti tudi zvočno urejeno, da se raven hrupa spusti čim nižje. Nadzorni oziroma delovni prostor zdravstvenih delavcev mora biti lociran tako, da ima zdravstveno osebje nadzor nad bolniškimi sobami. Sobe, v katerih so zahtevnejši bolniki, naj bi bile locirane bližje zdravstvenemu timu. Vsi prostori naj bi bili organizirani tako, da delo poteka varno in nemoteno (Ministrstvo za zdravje, 2019).

4.1 Enota za intenzivno otroško in mladostniško psihiatrijo

Leta 2019 je v Ljubljani svoja vrata odprla za zdaj edina enota za intenzivno otroško in adolescenčno psihiatrijo (v nadaljevanju: EIOAP), namen katere sta predvsem izvajanje intenzivne diagnostike in zdravljenje nujnih psihiatričnih stanj (začetna in akutna diagnostika, zdravljenje z zdravili, razbremenilni psihoterapevtski ukrepi, delovna terapija, zdravstvena nega). Tukaj so hospitalizirani otroci in mladostniki do dopolnjenega 19. leta. Na oddelku se je deset postelj z različnimi stopnjami varovanja. EIOAP se opredeljuje kot oddelek pod posebnim nadzorom oziroma varovani oddelek za otroke in mladostnike. Razlogi za bolnišnično obravnavo posameznikov do dopolnjenega 19. leta so: ogrožanje lastnega življenja ali življenja drugih, ogrožanje svojega zdravja ali zdravja drugih ali povzročanje hude premoženjske škode sebi ali drugim. To ogrožanje je

posledica duševne motnje, pri čemer je prisotna hudo motena presoja resničnosti, motena je tudi sposobnost obvladovanja lastnega vedenja. Bolnike se v tej enoti hospitalizira, če teh razlogov ni mogoče odpraviti z milejšimi oblikami pomoči, kot so ambulantno zdravljenje, zdravljenje zunaj oddelka, v skupnosti ali z nadzorovano obravnavo. V EIOAP se obravnavajo otroci in mladostniki s sumom na težje oblike duševnih motenj, z najtežjimi oblikami duševnih motenj in zaradi diferencialne diagnostike duševne motnje. V tej enoti so otroci in mladostniki obravnavani toliko časa, dokler se njihovo psihično stanje ne stabilizira in niso več akutno ogroženi. V času hospitalizacije se poskušajo opredeliti vzroki za njihove težave, naredi se načrt nadaljnjega zdravljenja, diagnostike in pomoči. Med zdravljenjem je neprecenljivo sodelovanje staršev, skrbnikov in drugih bližnjih (Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, 2017).

4.2 Prostori za izvajanje posebnih varovalnih ukrepov

Kot smo že zapisali, so PVU tisti ukrepi, s pomočjo katerih se bolnikom omeji pravica do svobodnega gibanja in odločanja o samem sebi. Uporabljajo se kot eden izmed načinov obvladovanja nevarnega vedenja bolnikov. Z njimi se omogočata tudi proces zdravljenja in izvedba potrebnih medicinskih preiskav. PVU se uporabljajo predvsem v akutni fazi psihiatričnih bolezenskih stanj. Pri obravnavi bolnikov s težavami v duševnem zdravju je agresivno vedenje urgentno zdravstveno stanje, ki od zdravstvenih delavcev zahteva visoko raven strokovnosti, ki je podprta z izkušnjami v klinični praksi, ter usklajeno in pravočasno delovanje zdravstvenega tima, katerega namen je preprečevanje oziroma zmanjševanje hetero- in/ali avtoagresivnega vedenja (Lapajna, 2012). Z uporabo PVU varujemo bolnike pred samimi seboj, druge bolnike, prisotno zdravstveno osebje in bolnikove svojce. V psihiatričnih bolnišnicah so zato v neposredni bližini sprejemnih ambulant vedno pripravljene bolniške postelje, na katerih so v skladu s standardi nameščeni pasovi za oviranje. Proces hospitalizacije bolnikov, pri katerih so uvedeni PVU, je pogosto travmatičen. Tako za bolnike kot za zdravstveno osebje je lahko stresen že sprejem na varovani oddelki psihiatrične bolnišnice (Komazec, 2000). Zelo pomemben pogoj za strokovno uvedbo PVU je tudi okoljski pogoj, saj se mora zagotavljati ustrezno terapevtsko okolje s predpisanimi tehničnimi pripomočki za izvedbo predvidenega PVU in nadzor bolnikov (Novak Grubič idr., 2018). Prostori, v katerih se izvajajo PVU, morajo biti dobro osvetljeni in dovolj veliki, da se izvedba fizičnega oviranja s trakovi izvede varno tako za bolnika kot tudi za prisotno zdravstveno osebje. Zdravstvenemu osebju mora biti vedno dosegljiv gumb (daljinski upravljalnik) za sprožitev alarma v primeru fizične nevarnosti, reanimacije in drugih urgentnih psihiatričnih stanj. PVU se načeloma lahko izvajajo kjerkoli na varovanih oddelkih, vendar

se večinoma izvedejo že v sprejemni ambulanti v posebej za to namenjeni sobi, t. i. sobi za oviranje.

5 Predpisi s področja ureditve varovanih oddelkov psihiatričnih bolnišnic in prostorov za izvajanje posebnih varovalnih ukrepov

Pri pregledu normativnih predpisov prostorske ureditve varovanih oddelkov psihiatričnih bolnišnic, kjer se tudi najpogosteje izvajajo PVU, smo ugotovili, da so obstoječi predpisi ohlapni in predpisujejo samo minimalne zahteve glede ureditve in funkcionalnosti teh prostorov.

V Sloveniji to področje, kot smo že navedli, ureja pravilnik, ki je prvič začel veljati avgusta 2009 in vsebuje 17. členov. Že v prvem členu je zapisano, da morajo psihiatrične bolnišnice upoštevati tudi *Pravilnik o pripravi in sprejemu tehničnih smernic na področju zdravstvene in zdraviliške dejavnosti* (Ur. l. RS, št. 122/04 in 64/17) in ZDZdr (pravilnik, 1. člen). Na podlagi opredelitve pravilnika mora institucija poleg minimalnih tehničnih zahtev zagotoviti še prostore za izvajanje PVU in prostor za sproščanje napetosti. V tretjem členu je zapisano, da mora psihiatrična bolnišnica imeti najmanj čakalnico, prostor ali prostore za sprejem bolnikov ter izvajanje postopkov zdravljenja in preiskav, kakor tudi sanitarne prostore (pravilnik, 3. člen). Četrti člen vsebuje določbe, da mora oprema v psihiatričnih bolnišnicah zagotavljati varnost v smislu, da se ne da uporabiti v avto- in heteroagresivne namene bolnikov, ki so hospitalizirani na varovanih oddelkih (pravilnik, 4. člen). Vsa medikamentozna terapija na bolnišničnih oddelkih mora biti zavarovana tako, da se onemogoči dostop nepooblaščenim osebam (pravilnik, 5. člen). Vse bolniške sobe morajo biti primerne za bivanje, prav tako morajo omogočati zasebnost bolnikov, ki prebivajo v njih. Vzmetnice morajo biti proizvedene iz negorljivih materialov (pravilnik, 6. člen). Tudi stene v prostorih oddelkov psihiatričnih bolnišnic morajo biti zaščitene s požarno varnimi materiali. Prostor, kjer se izvajajo PVU, mora biti po določbah pravilnika prijetne, pomirjujoče barve, ozvočen, vrata morajo biti zvočno oblazinjena, najmanjša dovoljena površina prostora pa mora znašati od 12 do 20 m². Dnevni prostori na oddelkih naj bi bili dovolj veliki in svetli ter ustrezno opremljeni, da omogočajo bolnikom in zdravstvenemu osebju izvajanje različnih družabnih, terapevtskih in psihosocialnih dejavnosti (pravilnik, 7. in 8. člen). Prostor za rekreacijo je lahko odprtega ali zaprtega tipa. Opremljen in zavarovan naj bi bil tako, da je rekreacija bolnikov varna (pravilnik, 9. člen). Za bolnike, ki so hospitalizirani v psihiatričnih bolnišnicah, predvsem na varovanih oddelkih, je zelo pomemben prostor za kajenje. Pravilnik v 10. členu navaja, da mora biti ta prostor v

skladu z *Zakonom o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov* (ZOUTPI, Ur. l. RS, št. 9/17, 29/17 in 31/24) in *Pravilnikom o pogojih, ki jih mora izpolnjevati kadalnica* (Ur. l. RS, št. 52/17 in 31/24). Na varovanih oddelkih psihiatričnih bolnišnic morajo zagotoviti več prostorov, od tega mora biti najmanj en tak, ki je ustrezno opremljen za sprejemanje obiskov hospitaliziranih bolnikov (pravilnik, 11. člen). Zastopnikom pacientovih pravic na področju duševnega zdravja se mora zagotoviti ustrezen pisarniški prostor, v katerem lahko ti dostopajo do svetovnega spleta, na voljo jim mora biti tudi preostala pisarniška oprema za njihovo nemoteno delovanje (pravilnik, 12. člen).

Oprema na varovanih oddelkih psihiatričnih bolnišnic mora biti funkcionalna, še pomembneje pa je, da je varna za uporabo s strani bolnikov in zdravstvenega osebja. To natančneje pomeni, da mora biti steklo nelomljivo, mize in druga oprema morajo biti pritrdjeni v tla oziroma biti dovolj težki, da jih agitiran bolnik ne bi mogel uporabiti za namene hetero- ali avtoagresije.

6 Sklep

Duševne motnje se pri posamezniku manifestirajo v strahu, nezaupljivosti, spremenjenem doživljanju sveta in drugih ljudi. Področje duševnega zdravja je bilo v celotni zgodovini človeštva na globalni ravni povezano z nerazumevanjem in odklonilnim odnosom širše družbe do duševnih bolnikov. Pogosto so iz njih izganjali hudiča, ženske z duševnimi motnjami so bile označene kot čarovnice. V preteklosti je veljalo, da se ljudi, ki so imeli duševne motnje, umakne iz družbenih središč. Nameščali so jih v posebne ustanove, večinoma v špitale, ubožnice in hiralnice. V evropskem prostoru so do 18. stoletja za zdravljenje blaznih in duševno motenih ljudi uporabljali metode trepanacije, puščanja krvi in bičanja. Posameznike so zapirali v samice ali so bili priklenjeni, obravnavali jih niso zdravniki, ampak čuvaji, zato so bili pogosto podhranjeni in brez vode. Večje spremembe so se začele dogajati v 19. stoletju, ko se prvič uporabi beseda psihiatrija. Začeli so opuščati uporabo verig in počasi se je uvedlo t. i. »moralno zdravljenje«.

V zgodovinskem pregledu smo predstavili razvoj psihiatričnih bolnišnic na Slovenskem, ki se je začel v 18. stoletju pod dekretom takratnega cesarja Jožefa II. V Ljubljani so v času njegovega vladanja odprli prvi bolnišnični oddelek za »blaznike«. Leta 1881 je nato svoja vrata oprla prva bolnišnica za zdravljenje duševnih bolezni na Studencu pri Ljubljani. Psihiatrične bolnišnice so pri nas začele nastajati po drugi svetovni vojni. V Sloveniji trenutno delujeta dve psihiatrični kliniki, ena v Ljubljani in ena v Mariboru, in štiri psihiatrične bolnišnice.

V članku smo predstavili prostorsko ureditev psihiatričnih bolnišnic in predpise, ki urejajo področje ureditve varovanih oddelkov psihiatričnih bolnišnic in prostorov za izvajanje PVU v Sloveniji. Ugotovili smo, da je obravnava pacientov z motnjami v duševnem zdravju na Slovenskem še vedno klasična, kar pomeni, da se jih še vedno zdravi v bolnišničnem okolju, kamor spadajo tudi varovani oddelki. V Sloveniji se PVU telesnega oviranja s pasovi izvaja na bolniški postelji oziroma počivalniku. Normativni predpisi, ki urejajo prostore, v katerih se izvajajo PVU v psihiatričnih bolnišnicah, so dokaj ohlapni. Določajo predvsem, da morajo biti ti prostori dobro osvetljeni in dovolj veliki, da se lahko PVU izvedejo varno. V Sloveniji urejajo to področje *Nove prostorske tehnične smernice za zdravstvene objekte* in pravilnik, ki je v veljavi od leta 2009. Pri pregledu razpoložljive literature nismo ugotovili razlik glede ureditve prostorov za oviranje odraslih, mladostnikov in otrok. Podatkov ni bilo mogoče pridobiti, ker gre še za posebej ranljivo skupino pacientov in je varovanje njihove zasebnosti še toliko pomembnejše.

V prihodnje bi bilo treba pri gradnji psihiatričnih bolnišnic upoštevati arhitekturo zdravljenja, o kateri piše Lundin (2020), in sicer že od najzgodnejših faz načrtovanja gradnje. Bolnišnični objekti naj bi bili načrtovani tako, da bi se v vsaki od etaž lahko namestil en oddelek ali več teh. Pri tlorisnih zasnovah teh objektov poznamo eno-, dvo- ali večkoridorne bolnišnične oddelke. V psihiatričnih bolnišnicah so prostori za izvajanje PVU v neposredni bližini sprejemnih ambulant. Ti prostori bi morali biti dobro osvetljeni in dovolj veliki. Upoštevati bi bilo treba, da imajo zelene površine in dnevna svetloba pomembne blagodejne učinke za bolnike. Velika okna, ki v prostore prepustijo veliko naravne svetlobe, blagodejno učinkujejo na počutje bolnikov in tudi zdravstvenih delavcev. Pri zmanjševanju stresa iz okolja na varovanih oddelkih psihiatričnih bolnišnic imajo pomembno vlogo tudi površine, ki blažijo hrup ter omogočajo, da lahko bolniki v sobah vsaj delno odprejo okno in uravnajo jakost svetlobe v prostoru. Na potek in uspešen zaključek zdravljenja pomembneje vplivajo še barve, uporaba različnih tekstur, temperatura bolniških sob ipd. Bolnikom naj bi bil omogočen tudi dostop do vrta. Dostop do zunanjih bolnišničnih površin naj bi se jim omogočil brez spremstva zdravstvenih delavcev. Ideja okolja, ki zdravi, bi morala biti torej pri procesu načrtovanja prostorov vedno prioriteta.

Pri načrtovanju psihiatričnih bolnišnic bi bilo tudi treba upoštevati, da sta arhitektura zdravljenja in varnosti kompleksno prepleteni kategoriji, ki sta med seboj soodvisni ter ponujata odgovore na popolnoma različen nabor zahtev in dilem. Varno fizično okolje psihiatričnih bolnišnic je ključno, saj omogoča zdravstvenim delavcem, da se osredinjajo na dejavnosti in zdravstvene intervencije, ki so prioriteta v procesu zdravljenja duševnih bolnikov.

Sabina Arnault, mag. prav.

Magistrantka Evropske pravne fakultete Nove univerze, Katedra za pravo, Ljubljana

E-pošta: sabina.arnault@gmail.com

Izr. prof. dr. Boštjan Kerbler, znanstveni svetnik

Evropska pravna fakulteta Nove univerze, Katedra za pravo in management nepremičnin, Ljubljana in Urbanistični inštitut Republike Slovenije, Ljubljana

E-pošta: bostjan.kerbler@uirs.si

Opombe

[1] Prispevek je nastal na podlagi magistrskega dela *Posebni varovalni ukrepi v sklopu psihiatričnih bolnišnic: prostorski, etični in pravni vidik*, ki ga je pod mentorstvom izr. prof. Boštjana Kerblerja na Katedri za pravo Evropske pravne fakultete Nove univerze napisala in februarja 2024 uspešno zagovarjala magistrica Sabina Arnault.

Viri in literatura

Bregar, B. (2019): *Model dejavnikov, ki pojasnjujejo odnos zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi do uporabe posebnih varovalnih ukrepov*. Doktorska disertacija. Ljubljana, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.

Farreras, I. G. (2019): History of Mental Illness. V: Biswas-Diener, R., in Diener, E. (ur.): *General psychology: Required reading*, str. 245–256. Champaign, DEF Publishers.

Hoyer, S. (2005): *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana, Visoka šola za zdravstvo.

Hribar, A. (2018): Zgodovina psihiatrije. *Proteus*, 81(3), str. 125–131.

Kanoni, Č. (2020): *Od blaznice do klinike: 140 let slovenske psihiatrije*. Ljubljana, »Maks Viktor«.

Kanoni, Č., in Zalar, B. (2011): *Od blaznice do klinike (1881–2011): 130 let slovenske psihiatrije*. S.l., s.n.

Komazec, S. (2000): Nasilje nad negovalnim timom. V: Klemenc, D., in Pahor, M. (ur.): *Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji*, str. 93–97. Ljubljana, Društvo medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege.

Lapanja, A. (2012): Uporabnost ocenjevalnih lestvic za agresivno vedenje. V: Bregar, B., in Peterka Novak, J. (ur.): *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi: Zbornik predavanj z recenzijo*, str. 33–38. Ljubljana, Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.

Lundin, S. (2021): Can healing architecture increase safety in the design of psychiatric wards? *Health Environments Research & Design Journal*, 14(1), str. 106–117.

Mali, J. (2008): *Od hiralnic do domov za stare ljudi*. Ljubljana, Fakulteta za socialno delo.

Marušič, A., in Temenik, S. (2009): *Zgodovina javnega duševnega zdravlja – stigma*. Celje, Mohorjeva družba.

Marušič, A., in Breclj, M. (2000): Psychiatry in Slovenia: A high suicide and cirrhosis rates country. *Psychiatric Bulletin*, 24, str. 385–387.

Ministrstvo za zdravje (2019): *Nove prostorske tehnične smernice za zdravstvene objekte: Osnutek za javno razpravo*. Ljubljana.

Novak Grubič, V., Pišljari, M., in Čelofiga, A. (2018): *Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji*. Ljubljana, Združenje psihiatrov SZD.

Orfanos, C. E. (2007): From Hippocrates to modern medicine. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 21(6), str. 852–858.

Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih izvajalcev psihiatričnega zdravljenja ter o postopku njihove verifikacije. Uradni list Republike Slovenije, št. 63/09. Ljubljana.

Psihiatrična bolnišnica Vojnik (2024): *Bolnišnica skozi čas*. Dostopno na: <https://www.pb-vojniki.si/index.php/o-bolnisnici/bolnisnica-skozi-cas/> (sneto 13. 6. 2024).

Sendula-Jengi, V., Juretić, I., in Hodak, J. (2011): Psychiatric hospital – From asylums to centres for mind-body wellness. *Collegium Antropologicum*, 35(4), str. 979–988.

Ulrich, R. S., Bogren, L., Gardiner, S. K., in Lundin, S. (2018): Psychiatric ward design can reduce aggressive behaviour. *Journal of Environmental Psychology*, 57, str. 53–66.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana (2017): *Enota za intenzivno otroško in mladostniško psihiatrijo*. Dostopno na: <https://www.psih-klinika.si/strokovne-enote/center-za-mentalno-zdravje/enota-za-intenzivno-otrosko-in-mladostnisko-psihiatrijo/> (sneto 14. 6. 2024).

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). Uradni list Republike Slovenije, št. 77/08, 46/15, 44/19, 109/23 in 136/23. Ljubljana.