

ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI DJETETA S HEMATOLOŠKOM I ONKOLOŠKOM BOLESTI

MIRA TALAJA¹, LUCIANA MATKOVIĆ², MATILDA VISKIĆ³

Tijekom 20. stoljeća u republici hrvatskoj (RH) svjedoci smo značajnih promjena u načinu pružanja zdravstvene zaštite, značajnije u djelatnosti zdravstvene njege. Mnogi su čimbenici koji su utjecali na osnivanje privatnih ustanova za zdravstvenu njegu u kući štice-nika. Zakon o tome tko sve može biti vlasnik privatne zdravstvene njege u kući se nekoliko puta mijenjao. Pravo obavljanja zdravstvene njege u kući može isključivo obavljati medi-cinska sestra/medicinski tehničar upisan u registar Hrvatske komore medicinskih sestara koji ima licencu te krovne sestrinske organizacije za samostalni rad. Zdravstvena njega u kući je djelatnost u okviru primarne zdravstvene zaštite. Pokriva ju osnovno zdravstveno osiguranje u svrhu poboljšanja bolesnikova zdravstvenog stanja i sprječavanja njegova po-goršanja. Broj zdravstvenog osoblja (medicinskih sestara/tehničara) u zdravstvenoj njezi u kući planiran je prema geografskoj distribuciji stanovnika, zemljopisnim karakteristikama i lokalnim uvjetima. Nalog za provođenje zdravstvene njege u kući propisuje izabrani liječnik i prosljeđuje ga ustanovi za zdravstvenu njegu, te je dužan u roku od 15 dana o tome obavijestiti patronažnu službu prema mjestu boravka bolesnika. Patronažna sestra izrađuje plan za provođenje zdravstvene njege u kući te nadzire provođenje plana.

Deskriptori: ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI, PEDIJATRIJSKA PALIJATIVNA SKRIB U KUĆI

RAZRADA

Djelatnost zdravstvene njege u kući uvedena je u Hrvatskoj Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine. Provodi je zasebna zdravstvena ustanova koja je odgovorna za pružanje kućne medicinske skrbi i rehabilitacije pacijenata prema uputama i nadzoru obiteljskog liječnika (1). Provođenje zdravstvene njege uključuje

i poduku osigurane osobe te članova njegove obitelji i njegovatelja (2). U skrbi za oboljele, kućno liječenje predstavlja dobro osmišljen pristup i dostupnost liječenja bolesniku u obiteljskom domu, kada bolničko liječenje nije neophodno.

Zakonom o sestinstvu u čl. 14. stavak 2 naznačeni su uvjeti pod kojima medicinska sestra/ medicinski tehničar može svoju djelatnost, zdravstvenu njegu, provoditi i izvan sustava zdravstvene zaštite. Postupak osnivanja, privremene obustave rada i prestanka rada ove privatne prakse propisan je odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

¹Zdravstvena škola Split

²Privatna zdravstvena njega bolesnika

"Luciana Matković"

³Dom zdravlja Ploče

Adresa za dopisivanje:

E-mail: mira.talaja@gmail.com

Provođenje zdravstvene njege u kući štićenika sastavni je dio timske skrbi koju uključuje obiteljski liječnik kada bolesnik nije u mogućnosti pristupiti dijagnostičkim i terapijskim postupcima te liječenju u ordinaciji obiteljskog liječnika. Tijekom provođenja zdravstvene njege u kući, medicinska sestra educira bolesnika i njegovu obitelj s ciljem postignuća samozbrinjavanja, no procjenom uvjeta života i higijenskih navika bolesnika i obitelji, ona istovremeno pozitivno utječe na razinu zdravstvene kulture bolesnika, njegove obitelji i okoline (3). Ove sestrinske aktivnosti direktno poboljšavaju kvalitetu života bolesnika i zajednice.

Zdravstvena njega u kući je samostalna zdravstvena njega, i dio je primarne zdravstvene zaštite. Ona je nastavak zdravstvene njege bolesnika nakon izlaska iz bolnice, te bolesnika kojemu nije potrebno bolničko liječenje, već se uz liječenje u kući provodi i zdravstvena njega, po nalogu izabranog liječnika. Zdravstvenu njegu u kući provode medicinske sestre/tehničari opće njege (najmanje SSS) s licencom za samostalan rad izdane od Hrvatske komore medicinskih sestara (2). Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje je za 2018. godinu imao po Popisu ustanova i privatnih ustanova za zdravstvenu njegu u kući 183 ustanove u kojima su bile registrirane 1252 medicinske sestre/tehničara (4). Prema podacima Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa za 2018. godinu za zdravstvenu njegu u kući u tabličnim podacima se može iščitati da je ukupno 1278 zdravstvenih djelatnika provodilo tu djelatnost, od toga 289 medicinskih sestara VŠS i 852 medicinske sestre SSS, te 137 fizioterapeuta SSS (7). Pravilnikom o načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu njegu u kući propisana su prava, uvjeti i način njihova ostvarivanja. Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu njegu kada izabrani liječnik to utvrdi na osnovi kliničkog stanja bolesnika:

- nepokretnosti ili teške pokretnosti;
- kronične bolesti u fazi pogoršanja ili komplikacije, uz uvjet da izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite u djelatnosti opće/obiteljske medicine, odnosno zdravstvene zaštite predškolske djece istodobno provodi liječenje u kući, te da indicira i potrebu provođenja zdravstvene njege;
- prolaznih ili trajnih zdravstvenih stanja kod kojih nije moguće samozbrinjavanje;
- nakon složenijih operativnih zahvata koji zahtijevaju previjanje i njegu rane, skrb za stome kod osigurane osobe;
- kod osigurane osobe u terminalnoj fazi bolesti (2).

Svrha i zahtjevnost zdravstvene njege u kući

Svrha provođenja zdravstvene njege osigurane osobe u kući je poboljšanje njezinog zdravstvenog stanja i sprječavanje pogoršanja te uključuje i poduku osigurane osobe, obitelji i njegovatelja o provođenju postupaka zdravstvene njege, potpori i pomoći bolesniku i obitelji, a sve radi ostvarivanja najviše moguće razine kvalitete života bolesnika i njegove obitelji (2). Na propisanoj tiskanici, Nalogu za provođenje zdravstvene njege u kući, izabrani liječnik propisuje dijagnostičko terapijske postupke (DTP) potrebite osiguranoj osobi, na osnovu medicinske dokumentacije, pregleda i zdravstvenog stanja osigurane osobe te stupnja zahtjevnosti zdravstvene njege. Potom određuje vremensko razdoblje i dinamiku provođenja zdravstvene njege (2). Prema Pravilniku o načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu njegu u kući zahtjevnost zdravstvene njege je određena dijagnostičko terapijskim postupcima od DTP 1 do DTP 8 (Tablica 1 i 2).

Tablica 1.
Stupanj zahtjevnosti zdravstvene njega

Redni broj	Šifra	Naziv postupka	Opis postupka	Trajanje njega (min)
1	NJEGA1	minimalna zdravstvena njega	Potrebna minimalna zdravstvena njega teško pokretnog pacijenta, uključuje edukaciju bolesnika i/ili njegove obitelji, uzimanje materijala za laboratorijske pretrage, kateterizaciju mokraćnog mjehura žena, primjenu i.m. i s.c. injekcije, zdravstvenu njegu stome (ileostoma, kolostoma, urostoma, traheostoma, gastrostoma).	30
2	NJEGA2	pojačana zdravstvena njega bolesnika s povećanim potrebama	Podrazumijeva kompletnu njegu teško pokretnog bolesnika (sa ili bez inkontinencije), uključuje stavke iz DTP NJEGA 1 uz provjeru vitalnih znakova, previjanje rane 1. stupnja, hranjenje putem nazogastrične sonde.	60
3	NJEGA3	opsežna zdravstvena njega	Opsežna zdravstvena njega nepokretnog bolesnika, uključuje stavke iz DTP NJEGA 1 i 2, previjanje rane 2. i 3. stupnja, primjenu oksigenoterapije.	90
4	NJEGA4	zdravstvena njega izrazito teškog bolesnika ili bolesnika u terminalnoj fazi bolesti	Zdravstvena njega izrazito teškog ili umirućeg bolesnika (palijativna skrb), uključuje sve stavke iz DTP NJEGA 1, 2 i 3, previjanje rane 4. stupnja.	120

Izvor//: Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe, N.N.br. 88/10. Dostupno na:<https://kohompgz.files.wordpress.com/2010/06/pravilnik-o-uvjetima-i-nacinu-ostvarivanja-prava-iz-obveznog-zdravstvenog-osiguranja-na-zdravstvenu-njegu-u-kuci-osigurane-osobe.pdf>

Tablica 2.
Dodatni postupci zdravstvene njega

Redni broj	Šifra	Naziv*
5	NJEGA 5	Primjena klizme
6	NJEGA 6	Toaleta i previjanje rane 1 i 2 stupnja
7	NJEGA 7	Toaleta i previjanje rane 3 i 4 stupnja
8	NJEGA 8	Postavljanje i promjena nazogastrične sonde

*ne može se ispostavljati račun Zavodu ukoliko se istovremeno provodi DTP NJEGA 1 do NJEGA 4
Izvor//: Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe, N.N.br. 88/10. Dostupno na:<https://kohompgz.files.wordpress.com/2010/06/pravilnik-o-uvjetima-i-nacinu-ostvarivanja-prava-iz-obveznog-zdravstvenog-osiguranja-na-zdravstvenu-njegu-u-kuci-osigurane-osobe.pdf>

Provođenje zdravstvene njega može se propisati maksimalno pet puta tjedno kroz 30 dana, iznimno se može propisati

sedam puta tjedno kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti. Provođenje zdravstvene njega može se, iznimno propisati u trajanju

od 90 dana kod najtežih bolesnika, posebno onih s definiranim trajnim stanjima:

- spinalna mišićna atrofija;
- demijelinizirajuće bolesti središnjeg živčanog sustava;
- cerebralna paraliza i ostali paralički sindromi (hemiplegija, paraplegija, tetraplegija);
- koma;
- zbrinjavanje bolesnika u terminalnoj fazi bolesti;
- ovisnost o respiratoru.

Dolaskom u patronažni izvid, patronažna sestra procjenjuje bolesnikove potrebe za zdravstvenom njegom i izrađuje Plan provođenja zdravstvene njege u kući s datumom evaluacije Plana, kojega potom prosljeđuje izabranom liječniku (5). Plan patronažne sestre sadržava daljnje postupke zdravstvene njege u kući, obim i vremensko razdoblje. Patronažna sestra upisuje svoju procjenu ako postoji potreba obavljanja pregleda u kući bolesnika od strane izabranog liječnika, iskazano zadovoljstvo bolesnika i obitelji uslugama zdravstvene njege u kući (5, 6). Komunikacija između izabranog liječnika, medicinske sestre u zdravstvenoj njezi u kući, patronažne sestre, bolesnika i njegove obitelji je dvosmjerna i svakodnevna što osigurava aktivno sudjelovanje bolesnika u provođenju Plana i/ili njegovo pravovremeno prilagođavanje potrebama bolesnika, individualizirano, holistički, po procesu zdravstvene njege, timski uz aktivno sudjelovanje bolesnika, osiguranje primjene etičkih načela, svih propisa i legislative propisane za djelatnost zdravstvene njege u kući (5, 6). Kako je razvidno, usluge zdravstvene njege u kući, po propisanim kriterijima Zavoda dostupne su svim dobnim skupinama bolesnika, od djece do starijih osoba.

Stupanj složenosti zdravstvene njege u kući NJEGA 4 je zdravstvena njega izrazito teškog bolesnika ili bolesnika u terminalnoj fazi bolesti (palijativna skrb). To je najzahtjevniji stupanj zdravstvene njege u kući koji uključuje sve stavke iz DTP NJEGA 1, 2, 3 i previjanje rane 4. stupnja. Traje 120 minuta, može se propisati do 7 puta u tjednu (2, 6). Tijekom višegodišnjeg rada, stručnog praćenja i iskustva tijekom organizacijskog razvijanja zdravstvene njege u kući i patronažne djelatnosti vezano za palijativnu skrb, autorice rada primjećuju da jedan veliki broj palijativnih bolesnika na Nalogu obiteljskog liječnika nije tako registriran po Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10), kao i da se palijativna skrb bolesnicima pruža kroz sva četiri stupnja složenosti zdravstvene njege u kući, značajno najrjeđe kroz NJEGU 4, pa se shodno tome dostupni podaci zdravstvene statistike i statistike Zavoda o broju i odrađenim uslugama palijativne skrbi bolesniku trebaju uzimati s oprezom. S druge strane, treba naglasiti da obje navedene sestrijske djelatnosti, palijativnu skrb provode u kući bolesnika kad procijene potrebu bolesnika za palijativnom skrbi, neovisno o neregistiranom palijativnom bolesniku i neprilagođenom stupnju zahtjevnosti zdravstvene njege u kući i na Nalogu.

Pedijatrijska palijativna kućna skrb

Maligne bolesti dječje dobi drugi su uzrok smrti djece u dobi od 0-15 godina, odmah iza nesreća (8). Posebnosti djeteta oboljelog od malignih bolesti, bilo zbog razvojnih posebnosti vezanih za dob, prirodu i posebnosti tijeka, liječenja i ishoda bolesti zahtijevaju, potvrđuju recentna istraživanja, značajnu razinu važnosti kontinuirane prisutnosti i uključenosti educiranih roditelja na djetetov tijek i ishod liječenja, kvalitetu života, suradljivost i nošenje s teš-

kom bolesti. Stoga je važno da zdravstveni radnici u multidisciplinarnom timu, osim provođenja liječenja, budu stalno dostupni bolesnom djetetu i njegovoj obitelji, budu potpora, pružaju potrebite informacije, savjetuju ih u odlukama, budu emocionalna i duhovna potpora tijekom cijelog liječenja, a posebno tijekom palijativne skrbi (9).

Pedijatrijska palijativna skrb za djecu oboljelu od malignih bolesti, uloga zdravstvene njege u kući kod kućnog modela

Pedijatrijska palijativna skrb je aktivna i potpuna skrb za dijete sa smrtonosnom bolesti, kad za tu bolest više ne postoji nikakva mogućnost liječenja. Ona obuhvaća djetetovu somatsku, psihičku i duhovnu dimenziju. Cilj ove skrbi je poboljšanje i osiguranje najviše moguće kvalitete života bolesnog djeteta, ublažavanje osnovnih simptoma - boli i patnje, te uklanjanje socijalnih, psiholoških i duhovnih problema, zbrinjavanje djetetovih svakodnevnih potreba i osiguranje dostojanstvenog umiranja u bolničkim ili kućnim uvjetima (10). Palijativna skrb obuhvaća djetetovu obitelj i u fazi žalovanja.

Tri su osnovna organizacijska modela pedijatrijske palijativne skrbi koji se provode u razvijenim zemljama svijeta: kućni, hospicijski i bolnički modeli. Kućnu skrb čine palijativni timovi, krizni interventni timovi, patronažne sestre, hospicijski timovi i volonteri u društvenoj zajednici. Uz to je razvijena i konzultativna skrb putem svih suvremenih sredstava komunikacije s ciljem da bolesnom djetetu i njegovoj obitelji osigura 24-satnu potporu. Uz kućnu skrb obično je razvijena organizirana društvena skrb bolesnom djetetu na razini predškolskih i školskih ustanova te u lokalnoj zajednici. Istraživanja pokazuju da broj djece koja (po izrazitoj želji djece i roditelja) umiru u kući ima značajnu tendenciju porasta. Tako u Velikoj Britaniji taj

udio iznosi 77%, Kanadi 44%, u Njemačkoj 40%, u Poljskoj 23%, u SAD-u 20%, u Italiji 5% (10).

Prema dostupnim službenim podacima, u Hrvatskoj ne postoji hospicij za provođenje pedijatrijske palijativne skrbi, nego se ona isključivo provodi na bolničkim odjelima (11). Stručnjaci se slažu da je u razvijenim zemljama značajno povećanje broja umrle djece kod kuće rezultat dostupnog i razvijenog modela ovog oblika pedijatrijske palijativne skrbi. S obzirom na to da liječenje malignih bolesti u djece podrazumijeva rad brojnih stručnjaka te stvaranje interdisciplinarnog tima, nužna je prisutnost liječnika obiteljske medicine, koji je osnovna poveznica u komunikaciji i djelovanju interdisciplinarnog tima stručnjaka, djeteta i obitelji i palijativnog tima, koji skrbe o bolesnom djetetu. Pedijatrijska palijativna skrb zahtijeva posebnu detaljnost u pristupu, stoga je stručnost i edukacija članova palijativnog tima od izuzetne važnosti (11).

Iskustvo i dugogodišnje poznavanje djeteta i njegove obitelji, uvjeta i odnosa u obitelji bolesnog djeteta najbolje poznaje obiteljski liječnik. Ovaj oblik pedijatrijske palijativne skrbi osigurava bolesnom djetetu boravak u toplini obiteljskog doma i u krilu svoje obitelji, prijatelja, kućnih ljubimaca, svojih tajni i uspomena, svoga djetinjstva. Osim toga, smanjuje se nužnost bolničkog liječenja i komplikacija tog liječenja, troškovi putovanja obitelji u bolnicu, napuštanje za to vrijeme ostalih članova obitelji, smanjuje se razina stresa oboljelog djeteta i obitelji, obitelj ima veću mogućnost obavljanja svakodnevnih obiteljskih uloga, pomoć šire obitelji i prijatelja. No, treba naglasiti da je važno djetetu jamčiti palijativnu bolničku skrb za slučajeve premorenosti, iscrpljenosti ili nesigurnosti članova obitelji za pružanje složenijih zdravstvenih postupaka zbog pogoršanja stanja bolesnika.

Palijativna skrb (i zdravstvena njega umirućeg bolesnika) u djelatnosti zdravstvene njege u kući - NJEGA 4

Kad obiteljski liječnik procijeni kod bolesnika potrebu za palijativnom skrbi, on izdaje Nalog ustanovi za zdravstvenu njegu u kući s naznakom stupnja složenosti NJEGA 4 kroz 5-7 dana u tjednu i datumom početka zdravstvene njege u kući, te o tome obavijesti patronažnu djelatnost. Patronažna sestra izlazi u patronažnu posjetu, procjenjuje bolesnikovo stanje za zdravstvenom negom, izrađuje Plan provođenja zdravstvene njege u kući koji predaje obiteljskom liječniku. Nadzor nad kvalitetom provođenja zdravstvene njege u kući i evaluaciju i promjenu ili nadopunu Plana vrši patronažna sestra ovisno o stanju bolesnika, najmanje svakih 15 dana (2, 12).

Pedijatrijska palijativna skrb u kućnim uvjetima u Hrvatskoj unutar NJEGA 4, prema dostupnim podacima ne pokazuje istu tendenciju porasta broja korisnika, nego se pojavljuje isključivo sporadično ili nikako. Nema ni dostupnih podataka o želji bolesne djece i njihovih roditelja o njihovoj želji gdje žele umrijeti, no obzirom na rezultate zemalja koje su to ispitivale, može se pretpostaviti da bi i naši podaci bili u tom smjeru. Stoga zagovaramo pravo teško bolesnog djeteta i njegove obitelji na jednake uvjete pedijatrijske palijativne skrbi u obiteljskom domu, organizacijskog modela kod kojeg se, po dostupnim podacima u svjetskim istraživanjima, bilježi tendencija porasta izjašnjavanja bolesne djece i njihovih roditelja (13).

ZAKLJUČAK

Pravo na palijativnu skrb je osnovno ljudsko pravo svakog bolesnika, neovisno o njegovoj životnoj dobi, ma gdje on boravio: u bolnici, u ustanovi za starije, u ustanovi za osobe lišene slobode, u obiteljskom domu, bio on odrasla osoba ili dijete. Ovla-

šteni zdravstveni djelatnik o tome treba obavijestiti svako bolesno dijete i njegovu obitelj kada je njegova bolest u neizlječivoj fazi, omogućiti im izbor oblika palijativne skrbi i registrirati ga. U Hrvatskoj postoji legislativa koja osigurava svake godine sve bolju i dostupniju palijativnu skrb za odrasle pa mjesta za poboljšanje ima. Palijativnu skrb u kući odraslih bolesnika, zdravstvenu njegu u kući i patronažnu djelatnost provode po dojavi obiteljskog liječnika, ali i autonomno, po vlastitoj procjeni tijekom svoje kućne posjete. Prijave obiteljskog liječnika i pedijatra za patronažnom palijativnom skrbi djeteta s kroničnom bolesti, bez obzira na njihovo postojanje u populaciji, zastupljeni su u malom postotku. Isto stanje primjećuje se i s uključivanjem zdravstvene njege u kući za skrb za teško bolesno dijete.

Popunjava se i povećava mreža ustanova palijativne skrbi. Uz to, na terenu, među bolesnicima, primjećuje se i tendencija porasta palijativnih bolesnika koji žele umrijeti u obiteljskom domu uz stručnu, kontinuiranu i dostupnu palijativnu skrb čiji su članovi: tim obiteljskog liječnika, zdravstvena njega u kući i patronažna sestra, duhovnik, mobilni palijativni tim i sve češće volonteri. U Hrvatskoj nemamo stručna istraživanja o iskazanim željama bolesne djece i njihovih roditelja da dijete želi do kraja života biti u obiteljskom domu, gdje bi se o njemu skrbio interdisciplinarni palijativni tim primarne zaštite, čiji bi voditelj bio njegov obiteljski liječnik. No, neovisno o oskudnim podacima i mogućim specifičnostima razumijevanja palijativne skrbi u dijelu naše populacije, želimo senzibilizirati i podržati daljni razvoj pedijatrijske palijativne skrbi u kućnim uvjetima, prvenstveno zbog dobrobiti djeteta. Podržavamo zagovornike istraživanja kod bolesnika i obitelji u palijativnoj skrbi o njihovim stavovima, zadovoljstvu i iskazanim željama, iskustvu tijekom provođenja palijativne skrbi, poštivajući i cijeneći njihovu suradljivost u tom izrazito

stresnom i teškom stanju za obitelj. Potičemo edukaciju svih članova palijativnog tima na primarnoj razini za specifičnosti provođenja pedijatrijske palijativne skrbi u kućnim uvjetima.

Riječ je o zdravstvenoj skrbi koja potiče život, smrt smatra jednom od faza u životu svakog čovjeka. Palijativna skrb ne produžava život, ne ubrzava smrt. Ona osigurava najbolju moguću kvalitetu života djetetu s neizlječivom bolesti sve do kraja života te dostojanstveno umiranje (kad dijete i roditelji to žele), u toplom obiteljskom domu, uz svoje najdraže, uz podršku obitelji u izrazito stresnoj fazi umiranja i žalovanja.

LITERATURA

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. (pristupljeno 1.9.2019.) Dostupno na: http://www.hzzonet.hr/download/zakoni/03_interni_procisceni_tekst.pdf.
2. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe. (pristupljeno 1.9.2021.) Dostupno na <https://kohompgz.files.wordpress.com/2010/06/pravilnik-o-uvjetima-i-nacinu-ostvarivanja-prava-iz-obveznog-zdravstvenog-osiguranja-na-zdravstvenu-njegu-u-ku-ci-osigurane-osobe.pdf>.
3. Cindrić V, Cazin K, Volkmer Starešina R, Piščec I, Letić A. Otvaranje samostalne sestrijske djelatnosti. Opening of independent nursing activities. *Sestrijski glasnik*; 2015; 20: 244-9.
4. Popis ustanova i privatnih praksi ugovorenih u djelatnosti zdravstvene njege u kući. (pristupljeno 1.9.2019.) - Dostupno na <https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni-sadrzaji-zdravstvene-zastite-u-rh/>.
5. Mojsović Z i sur, Sestrinstvo u zajednici. Visoka zdravstvena škola; Zagreb, 2005.
6. Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi bolesnika u kući, Hrvatska komora medicinskih sestara. Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući; Zagreb, 2018. (pristupljeno 1.9.2019.). Dostupno na: <https://znjuk.hr/wp-content/uploads/2018/11/Smjernice-za-postupke.pdf>.
7. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2018. - tablični podaci, Zdravstvena njega u kući. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2018-tablicni-podaci/>.
8. Butković D. Učestalost i osobitosti boli djece sa solidnim malignim tumorima (Incidence and characteristics of pain in children with solid malignant tumors). Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu, 2011.
9. Brajković L, Braš M, Đorđević V. Palijativna skrb - brinimo zajedno, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
10. Grbac J, Štajduhar I. Palijativna skrb za djecu. *Riječki teološki časopis*, Rijeka, 2012; 40 (2): 269-90. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/120060>.
11. Zakon o sestrinstvu. NN121/03, 117/08, 57/11, Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu>.