

USPOREDBA U KVALITETI PRIMOPREDAJE SESTRINSKE SLUŽBE UZ KREKET BOLESNIKA U ODNOSU NA PRIMOPREDAJU U SESTRINSKOJ SOBI

Quality handover of nursing services at the bedside of patients in relation to the handover in nursing room

Nada Tadić

Odjel za otorinolaringologiju, Opća bolnica Pula, Pula

Summary: The transfer of service of nurses is a very important part in the whole process of health care for the patient. In this communication relationship, that takes place in department twice in the 24-hour period, very important is a transfer of responsibility of the patient from one to the other team. The traditional form of handover shift consists of one-way communication between two teams of nurses on all the important information related to the health care of a patient in his absence. Faced with the need to change the traditional handover, and based on the experience already conducted research, we proposed the new model of the handover to the patient's bed. The model used to convey clinical information about the patient and allow the individualization of care. The patient should be placed in the center of all events, allowed him to ask questions. Nurses provide better access to care that is needed for the patient which would lead to its continuity and consistency.

Key words: nursing service, handover, transfer of service

Uvod

Primopredaja službe medicinskih sestara predstavlja vrlo važan segment u cjelokupnom procesu zdravstvene skrbi usmjerene prema pacijentu. U tom komunikacijskom odnosu koji se odvija na odjelu dva puta dnevno dolazi do prijenosa odgovornosti o pacijentu s jednog na drugi tim.

Tradicionalni oblik primopredaje smjene sastoji se od jednosmjerne komunikacije između dva tima medicinskih sestara o svim važnim informacijama zdravstvene skrbi o jednom pacijentu, ali bez njegovog prisustva. Najčešće se provodi u sobi glavne sestre, u dnevnom boravku ili u ambulanti uz čitanje prethodno napisane primopredaje u posebnu za to pripremljenu bilježnicu koja ostaje kao dokument. Pokazalo se da sadržaj prenesenih informacija često ne odgovara stanju pacijenta. Informacije znaju biti površne, ne prate dinamiku pacijentovog stanja i ne obuhvaćaju propuste u njezi. Podložne su subjektivnoj interpretaciji onog koji ih iznosi i ne omogućavaju doživljavanje pacijentova psihofizičkog stanja. Sve navedeno dovodi do diskontinuiranosti zdravstvene njege, smanjenja skrbne učinkovitosti, nedostatka individualnog plana, nezadovoljstva pacijenata koji nisu uključeni u izvješće o planu zdravstvene njege i njihove sigurnosti. Također dolazi do povećanog broja incidenata i pritužbi od pacijenta, obitelji i liječnika. Istraživanje provedeno na Sveučilištu na Mauricijusu pokazalo je kako su ovi pokazatelji kakvoće zdravstvene njege i odnosa sestra-pacijent dovoljni i nužni za pokretanje promjena i njihove izvedivosti. (1)

Suočeni s potrebom promjena tradicionalne primo-

predaje, a poučeni iskustvom već provedenog istraživanja, predložen je novi model primopredaje uz krevet bolesnika. Takav način primopredaje koristio bi se za prenošenje kliničkih informacija o pacijentu uz omogućavanje individualizacije skrbi. Time bi pacijent bio u središtu svih zbivanja uz mogućnost upita. Medicinskim sestrama omogućio bi se bolji uvid u skrb pacijenta što bi dovelo do kontinuiranosti i dosljednosti. Pri tome bi se uvriježena dugogodišnja praksa morala mijenjati što svakako donosi otpore. Primijenivši program upravljanja promjenama predvidio bi se mogući otpor, njegovo potrebno vrijeme i strategija za postizanje željenog cilja. Pozitivna evaluacija konačnog stanja bila bi pokazatelj uspješno provedene promjene.(3)

Organizacija sestrinske službe

Organizacija sestrinske službe u stacionarnom dijelu liječenja bolesnika u bolnicama u Hrvatskoj provodi se kroz tri osnovna modela: funkcionalni, timski i primarni model.

Funkcionalni je model danas najčešći, a prihvatljiv je u situacijama kada u obrazovnoj strukturi osoblja dominira srednja stručna sprema. Podjela posla pojedincima po zadacima za koje su najbolje osposobljeni i u njima imaju najviše iskustva osnovna je karakteristika ovoga modela. Sve medicinske sestre zadužene za zdravstvenu njegu u jednoj smjeni brinu se za sve bolesnike izvršavajući zadatke koji su joj povjereni. Zdravstvena njega se planira na razini odjela za sve bolesnike, a ne individualno, a planiranje se sastoji u određivanju vremena provođenja određene aktivnosti. Osobljem

rukovodi glavna sestra čiji su zadaci osim organizacije rada i podjele posla na odjelu i prikupljanje podataka o stanju bolesnika i njihovih promjenama. Prednost ovoga modela je u efikasnost izvršavanja osnovnih postupaka klasične njege bolesnika i u manjoj potrebi opreme, ali očituje se slabija kvaliteta zdravstvene njege kroz orijentaciju na zadatak a ne na zbrinjavanje pojedinca: njega je rascjepkana i diskontinuirana, zadaci nisu individualizirani, planovi ne postoje, često su prioriteta izostavljeni, ne uvažavaju se bolesnikove potrebe i želje. Na koncu sve zajedno rezultira nezadovoljstvom bolesnika i zdravstvenih djelatnika.

Timski se model koristi u stacionarnim zdravstvenim ustanovama i na razini primarne zdravstvene zaštite kada je odnos visoke i srednje stručne sprema zdravstvene njege 1:3-4. Osnovno obilježje ovog modela čini tim medicinskih sestara kojima se povjeravaju bolesnici, a ne konkretni zadaci. Time se osigurava cjelovita i kvalitetna zdravstvena njega, jer se potrebe pacijenta usklađuju sa sposobnostima članova tima. Glavna sestra rukovodi s medicinskim sestrama koje vode timove. Planovi zdravstvene njege izrađuju se za svakog pacijenta posebno. Nužni su redoviti stručni sastanci gdje se stvaraju novi i revidiraju stari planovi čime se osigurava kontinuitet zdravstvene njege. Ovaj je model najslabiji, jer ovisi o sposobnostima vođa timova koji do informacija dolaze od članova tima, a ne izravnim kontaktom što može negativno utjecati na kvalitetu plana.

Primarni model se u Hrvatskoj primjenjuje samo u patronežnoj službi kao dijelu primarne zdravstvene zaštite, pa će, kao takav, ovdje biti samo spomenut. (4-7)

Dužnosti i kompetencije medicinske sestre

Kompetencije medicinskih sestara podrazumijevaju usmjerenost svih usluga iz područja zdravstvene skrbi prema pacijentu, partneru u procesu odlučivanja. Cilj svih aktivnosti je provođenje zdravstvene njege, ostvarenje planiranog ishoda i sprečavanje moguće štete (ozljeđivanje, nepoštivanje privatnosti...). U djelokrugu rada velika važnost pridaje se pravilnoj i cjelovitoj procjeni pacijentova stanja i njegovih potreba. To znači da se mora ciljano i savjesno promatrati bolesnika i njegovo stanje, pravodobno prepoznati promjenu i pojavu komplikacija, uočiti pogoršanje stanja, provoditi postupke propisane od strane liječnika, ali i propisati i provoditi sestriinske intervencije koje će biti u skladu trenutnog stanja. U provođenju aktivnosti koje su u djelokrugu rada medicinska sestra mora poštivati načela zdravstvene njege pružajući je u skladu s postavljenim standardima i procedurama. Ona daje informacije pacijentu isključivo iz područja zdravstvene njege u okviru svojih kompetencija. Informira pacijente, savjetuje ih, daje im upute i podršku za vrijeme liječenja i djeluje unutar tima usvajajući načela timskog rada. Sve njene aktivnosti usmjerene su na pacijenta, na uvažavanje pacijenta kao subjekta i cjelovito ga zbrinjavaju. (5)

Upravljanje promjenama i komunikacija

Potreba za promjenom se pokreće sa ciljem ostvarivanja pozitivnog rezultata. Najčešća zapreka uspješnoj promjeni je otpor ljudi koji je izazvan strahom od nepoznatog, neuspjeha,

mogućnošću osobnog gubitka, zahtijeva dodatni trud u već uhdanom ritmu, ne donosi nagradu uloženom naporu ili se tradicija opire promjeni. Uz dobru pripremu promjena će se dogoditi brže i lakše. Najvažnije je utvrditi tko se najviše odupire promjeni, procijeniti izvor, vrstu i stupanj otpora i zatim primijeniti djelotvornu strategiju za smanjenje otpora.

Vještina komunikacije medicinske sestre s bolesnikom, sastavni je dio njezine radne svakodnevice. Međutim, kvalitetna komunikacija kao preduvjet mogućnosti provođenja sigurne i učinkovite zdravstvene njege uvjetovana je, osim samom vještinom, iskustvom i radnom okolinom, i uvjetima rada te usmjerenošću na određenu koncepciju zdravstvene njege. Virginia Henderson definirala je ulogu medicinske sestre kao pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti. Pomoć treba pružiti tako što će pridonijeti bržem postizanju samostalnosti, a specifične aktivnosti usmjerene su na četrnaest ljudskih potreba između kojih spada i komunikacija s drugim ljudima (5,6). Komunikacija je složen, neprekidan, interaktivan proces i stvara osnovu za građenje međuljudskih odnosa. Uključuje slušanje, ali isto tako i verbalne, neverbalne te pisane komunikacijske vještine.

Medicinska sestra školovanjem i kroz kliničko iskustvo stječe znanja i vještine s ciljem da u praksi iskaže komunikacijske vještine tijekom procjene pacijentova stanja, sestriinske intervencije, evaluacije, suradnju s pacijentima, komunikacijsku prilagodbu posebnim potrebama pacijenata (perceptivni ili psihološki nedostaci), terapijsku komunikaciju u odnosu s pacijentom, učinkovito komuniciranje s različitim grupama koristeći različite strategije; pacijentima pruža informacije i savjetuje ih, točno i potpuno dokumentira intervencije i rezultate pružene skrbi, stvara i održava učinkovite radne odnose unutar interdisciplinarnog tima. (7,9-11)

Cilj je ovog istraživanja pokazati tradicionalnu primopredaju sestriinske službe opisivanjem prakse koja se pokazala objektivno nezadovoljavajuća kako sa strane bolesnika, tako i kvalitete rada medicinskih sestara.

Ispitanici i metode

Istraživanje je provedeno u Djelatnosti za infektologiju i febrilna stanja Opće bolnice Pula tijekom jednog mjeseca. Uz sestre u ispitivanje je uključeno 50 pacijenata Djelatnosti za infektologiju i febrilna stanja Opće bolnice Pula, u dobi od 20 do 70 godina, u razdoblju od 1. do 31. listopada 2011. Podaci pacijenata prikupljeni su pomoću polustrukturiranog razgovora.

U provedenom istraživanju sudjelovalo je deset medicinskih sestara srednje stručne sprema u dobi od 24 do 65 godina i glavna sestra iste Djelatnosti.

Podaci su dobiveni tehnikom polustrukturiranog intervjua prije i poslije uvođenja promjena i stalnim praćenjem stanja. Korišteni su upitnici s unaprijed određenim pitanjima. Sam proces promjene praćen je putem Kurt Lewinov modela u tri koraka: odmrzavanje, pokretanje i zamrzavanje. (8)

Analiza stanja praćena je kroz upitnike i tablice, a statistička obrada kroz numerički i grafički prikaz podataka distribuciji po dobi i spolu.

Rezultati istraživanja

1. Faza odmrzavanje

Nakon snimanja postojeće situacije i uočavanje potrebe za promjenom, glavna sestra djelatnosti iznijela je stanje i prijedlog promjena svima koji će biti obuhvaćeni novom praksom: rukovoditelju djelatnosti, medicinskim sestrama i pacijentima. Rukovoditelj je spremno prihvatio početak promjene. Pacijenti su polustrukturiranim intervjuom odgovarali na pitanja i iskazali spremnost i potrebu za novi način primopredaje.

Tablica 1: Ispitani pacijenti hospitalizirani u Djelatnosti za infektologiju i febrilna stanja od 1. do 31. listopada 2011. po spolu i dobi

Ukupno: 50 pacijenata		
Dob	Muški	Ženski
20-40	9	6
40-60	15	11
60-75	6	3

Na pitanje znaju li pacijenti da nakon svake smjene sestre razmjenjuju informacije o njihovom liječenju, 70% ih je odgovorilo da pretpostavljaju, a 30% da nije sigurno. Svi pacijenti (100%) su niječno odgovorili da pacijenti nisu uključeni u tu primopredaju, ali isto tako svi (100%) bi voljeli biti uključeni kako bi mogli izravno dobiti informacije o svom stanju, a mogli bi i reći kako se osjećaju.

Prije uvođenja primopredaje uz krevet bolesnika sudjelovalo je 10 sestara, 5 starosne dobi između 24 i 40 godina i 5 između 40 i 65. Klasičnu primopredaju 70% sestara je ocijenilo zadovoljavajućom, a 30% nezadovoljavajućom. Zadovoljavajućom kvalitetom uglavnom su bile starije sestre. Pri tome 60% sestara smatralo je da klasična primopredaja onemogućuje potpun prijenos svih informacija potrebnih za kontinuiranu skrb potrebnu pacijentu, dok 40% smatra da omogućuje. Sve sestre (100%) složne su bile u odgovoru da pacijent ne sudjeluje u prijenosu informacija koje se odnose na njegovo zdravstveno stanje, skrb i zadovoljenje potreba. Podijeljena su mišljenja oko kvalitetnijega odnosa da u primopredaju bude uključen i pacijent, pa 70% sestara smatra da bi trebalo, a 30% da nema potrebe. Sve sestre također smatraju da postoji mogućnost krive interpretacije informacija, događanja i da neke interpretacije ovise o subjektivnom tumačenju. Da bi primopredaja bila kvalitetnija za pacijenta i osoblje ako bi se provodila uz krevet bolesnika smatra 80% sestara.

U odnosu na dob, mlađe su medicinske sestre (24-40 godina) u velikoj većini spremne za pokretanje promjena. Nakon rasprave s kolegicama koje promjenu nisu smatrale nužnom sagledana su njihova mišljenja i argumenti nepotrebnosti mijenjanja nečega što "funkcionira već dvadeset godina". Uočio se strah od promjena i mogućeg gubitka prevlasti dugogodišnjih vještina i odnosa.

Vrlo otvorenom komunikacijom, potporom suradnika i

glavne sestre, suočeni s željama pacijenata, ipak su pokazale spremnost da uz ponuđenu pomoć krenu s primopredajom uz krevet bolesnika. Uz poštivanje i suradnju za održavanje dobrih međuljudskih odnosa pružene su povratne informacije i stvorilo se zdravo ozračje u kojoj su sva pitanja i prijedlozi dobro došli. Na sastanku s medicinskim sestrama dogovorene su operativne izvedbe procesa i komunikacijski kanali. U razdoblju od jednog mjeseca glavna je sestra svako jutro prisustvovala primopredaji službe uz krevet bolesnika, vodila proces i odgovarala na sva pitanja. Primopredaje noćnoj smjeni na novi način uvest će se kad glavna sestra uvidi da su sestre spremne. Utvrdilo se da će primopredaja trajati petnaest minuta prije početka smjene što znači da će se dolaziti na posao ranije. Sve povjerljive informacije o pacijentu bit će izložene u sestrinskoj sobi. U slučaju iznimnog kašnjenja na posao dogovoreno je da se čeka do pet minuta. Samo jedna sestra bila je putnica ovisna o prijevozu, što značilo da u njenoj smjeni nema čekanja kolegica.

Protokol rada sa sedam kriterija i rezultati provjere nakon 5 primopredaja u prvih tjedan dana prikazani su u tablici 2.

Tablica 2: Protokol rada sa sedam kriterija i rezultati provjere nakon 5 primopredaja u prvih tjedan dana

Medicinske sestre dolazećeg i odlazećeg tima susreću se u dnevnom boravku gdje razmjenjuju informacije	100%
Odlaze do kreveta bolesnika	100%
Predstavljanje bolesniku	100%
Utvrđuje se identitet bolesnika	100%
Kratko raspravljavanje o stanju bolesnika, potrebama i planiranim intervencijama	100%
Spremno se odgovara na svako postavljeno pitanje pacijenta	100%
Primopredaja je osigurala razmjenu svih informacija potrebnih za daljnje planiranje zdravstvene njege	80%

Analizirajući prethodne primopredaje zaključilo se da je do neispunjenja zadanih nam kriterija došlo zbog neiskustva u izlaganju potrebnih informacija što bi se praksom moglo popraviti i da se postojeći protokol ne mora mijenjati.

2. Faza pokretanja

Uz pomoć glavne sestre koja je procjenjivala učinkovitost i pružala podršku u slučaju poteškoća, primopredaja se uz krevet bolesnika u drugom tjednu odvijala ujutro i navečer svakoga dana. Medicinske sestre koje su u njoj sudjelovale nisu imale poteškoće u prilagodbi. Samo je u jednom slučaju kolegice s iznimno teškom noćnom smjenom primopredaju preuzela druga sestra. Osim kliničkih, uključene su i psihosocijalne informacije o pacijentu uz njegovo sudjelovanje. Vrednovanje kvalitete nove primopredaje provodilo se na dvojak način: prvi, ispunjenjem protokola nakon svake primopredaje, koji se smatrao uspješnim ako je ispunjeno šest od sedam kriterija, i drugi, polustrukturiranim razgovorima sa slučajno odabranih pet pacijenata nakon primopredaje kako bi se dobilo i njihovo mišljenje.

Tablica 3: Pitanja pacijentima o primopredaji uz krevet bolesnika

Dolaze li medicinska sestra kod vas u vašu bolesničku sobu i uz vas vrše primopredaju svoje službe?	– da, svako jutro i večer
Kako se osjećate dok raspravljaju o vašoj skrbi i vašim potrebama?	– imamo informacije iz prve ruke što se s nama događa koje ne dobivamo često, – posvećena mi je pažnja – manja je mogućnost zabune, a ako je i ima zajedno je korigiramo – više smo informirani o svom zdravstvenom stanju – osjećam se jako bitnim kada cijeli tim raspravlja o meni i zainteresiran je za mene
Raspravljaju li pred vama o vašim intimnim i osjetljivim detaljima?	– ne, te detalje valjda kažu drugdje, jer su upoznati s njima
Uključuju li medicinske sestre i vas na ovakav način u planiranje zdravstvene skrbi i vaše liječenje?	– da, ide nam se u susret koliko je god moguće, sestre su vrlo kooperativne
Jeste li zadovoljni ovakvim načinom informiranja o sestriinskoj skrbi i imate li kakav komentar ili prijedlog?	– da, potpuno je otvorena i neposredna, – pohvala na ovakvom iskoraku u komunikaciji s pacijentom – ovako bi trebalo biti svugdje – profesionalno, a približno pacijentu da se osjeća kao čovjek i da nešto nauči o svojoj bolesti

Nakon tri tjedna provođenja primopredaje uz krevet bolesnika u jutarnjoj i noćnoj smjeni analizom rezultata došlo se do zaključka kako je protokol rada poštivan u gotovo svakoj primopredaji. Nedostaci su zabilježeni u neprenošenju nekih podataka koji su se mogli preuzeti iz pisane primopredaje, što nije smetalo u izravnom provođenju zdravstvene njege, već je samo iziskivalo dodatno pretraživanje podataka. Svakom daljnjom primopredajom smanjivali su se nedostaci u cjelovitosti potrebnih podataka. Vrednovanje primopredaje od strane pacijenata zabilježilo je njihovo iznimno zadovoljstvo s novim načinom što je cijelom timu dalo dodatni motiv za još kvalitetniji daljnji rad.

3. Faza zaleđivanja

Svi rezultati su izneseni na sastanku cijelog radnog tima uz diskusiju. Medicinske sestre koje na početku nisu imale pozitivan stav o potrebi promjene složile su se o velikim prednostima novog načina. Nakon analize odgovora i mišljenja sestara jednoglasno je prihvaćen novi način primopredaje uz krevet bolesnika. Mjesec dana od početka uvođenje promjene pristupilo se njenom zaleđivanju.

Rasprava

Krenuvši u realizaciju ove promjene, a imajući podatke o učinkovitosti dosadašnje klasične primopredaje sestriinske službe i njihova utjecaja na kvalitetu interaktivna odnosa između sestre i pacijenta, najvažniji zadatak koji smo morali savladati bio je pridobivanje svih medicinskih sestara za suradnju.

Većina pacijenata se izjasnilo da podrazumijeva da medicinske sestre nakon svoje smjene vrše primopredaju službe, ali 30% njih kaže da u to nije sigurno. Nisu uključeni u nju, ali bi svi to željeli, jer bi na taj način i oni bili upoznati sa svojom situacijom, a mogli bi prenijeti i kako se osjećaju.

Da je dosadašnja klasična primopredaja zadovoljavajuća smatralo je njih 70% u srednjoj dobi od 40 do 60 godina, ali većina je i mišljenja da klasična primopredaja ne omogućava prijenos svih potrebnih informacija. 70% sestara od 20 do 40 godina stava je kako uključivanje pacijenata u primopredaju znači i kvalitetniji odnos. Svi su složni u postojanju mogućnost krive interpretacije, subjektivnom doživljaju sestre koja vrši primopredaju. 80% sestara u dobi od 24 do 40 godina smatra primopredaju uz krevet bolesnika kvalitetniju za pacijenta i osoblje.

Nakon definiranog početnog otpora sa strane manjeg broja sestara (njih četiri) pristupilo se konstruktivnom razgovoru, iznošenju postojećih podataka kao i dosadašnjih istraživanja. Otvorena komunikacija rezultirala je spremnošću cijelog osoblja za uvođenje promjene. Uveo se protokol provođenja promjene koji je nakon pilot testiranja pokazao neke sitne propuste u prenošenju potrebnih informacija, koji su u hodu ispravljani. Takav se protokol nije mijenjao, poštivala se procedura koju je vršila glavna sestra.

Paralelno s početkom uvođenja primopredaje uz krevet bolesnika provodilo se i testiranje putem protokola i polustrukturiranim razgovorom sa slučajno odabranih pet pacijenata nakon primopredaje u razdoblju od tri tjedna. Rezul-

tati su se pokazali izvan svih očekivanja. Pacijenti i medicinske sestre bili su zadovoljni novim načinom primopredaje smatrajući je kvalitetnom za međusobni odnos.

Zaključak

U vremenu promjena koje je zahvatilo cjelokupni zdravstveni sustav, pa tako i sestrinstvo, medicinske sestre svoj rad moraju pravodobno i primjereno prilagoditi tim promjenama. Pacijenti kao partneri u odnosu pružanja zdravstvenih usluga zahtijevaju komunikaciju u kojoj će biti ravnopravni sudionici i poštivani, u kojoj će biti pravodobno informirani a njihovo mišljenje uvažavati.

Kvaliteta rada medicinskih sestara mora težiti stalnom preispitivanju i izvrsnosti. Ne smije se zaboraviti humano opredjeljenje profesije koja nalaže uspostavljanje odnosa s pacijentom kroz kvalitetnu komunikaciju. To je vještina koja se uči i razvija, a pacijenta stavlja u odnos ravnopravnog člana. To se i dokazalo prikupljanjem podataka u ovoj studiji, gdje su razgovor s pacijentom i njegove potrebe zauzeli zavidno mjesto u postizanju zadovoljstva zdravstvenom uslugom i u samom procesu izlječenja. Pri tome važno je stalno preispitivanje i usavršavanje međusobne komunikacije.

Uz prihvaćanje novih spoznaja svaka potreba za promjenom u radu medicinskih sestara mora biti potkrijepljena argumentima poboljšanja i svaka je, uz spremnost za suradnju, moguća. Nužan uvjet je otvorenost promjenama za ostvarivanje što kvalitetnije zdravstvene skrbi. Uvažavajući prednosti i slabosti svih dijelova u lancu promjene, mijenjanjem klasične u primopredaju uz krevet bolesnika učinjen je veliki korak u kvaliteti odnosa s pacijentom.*

* Diplomski rad je izrađen na Specijalističkom diplomskom studiju menadžmenta u sestrinstvu, Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu 2012. Mentor: Irena Kovačević, bacc. med. techn.

Literatura

1. Kassean, H.J.Jagoo, Z.B. Managing change in the nursing handover from traditional to bedside handover-a case study from Mauritius. <http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC548693/>
2. Friesen, M.A. White, S.V. Byers, J.F. Handoffs during nursing shift changes in acute care. Chapter 34. Handoffs: Implications for Nurses. www.ahrg.gov
3. Upravljanje promjenama. hgk.biznet.hr/hgk/fileovi/11560.pdf
4. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 47/12.
5. Zakon o sestrinstvu. www.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu
6. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb 1992. (odabrana poglavlja)
7. Svetić Čišić R., Gaćina S., Metelko Ž., Hrdan N., Sokolić L., Zbornik radova, Zdravstveno veleučilište, str. 59-65; Zagreb 2009.
8. Kurt Lewinov model procesa promjena upravljanja. www.change-management-coach.com/kurt_lewin.ht
9. Gordon M. Nursing diagnosis, Proces and application. McGraw-HILL Book Company, New York, 1987.
10. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene njege. HUSE, HUMS. Zagreb 1994.
11. Lučanin Despot J. Komunikacijske vještine u zdravstvu. Naklada Slap, Zagreb 2010.

Adresa

Nada Tadić, dipl. med. teh.
 Odjel za otorinolaringologiju, Opća bolnica Pula
 Zagrebačka 30, 52.100 Pula, HR,
 tel. 00385/52/376-572
 Email: nada.tadic@obpula.hr