

DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE A NIZOZEMÍ HOME CARE IN THE CZECH REPUBLIC AND THE NETHERLANDS

KRÁTKÁ Anna¹, SEDLÁKOVÁ Renata^{1,2}, TRETEROVÁ Silvie¹

¹ Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Česká republika

² Charita Odry, Česká republika

ABSTRAKT

Východiska: Cílem moderního ošetrovatelství je poskytovat klientům co nejkompexnější a nejkvalitnější péči. Tento požadavek naplňuje domácí péče, která je Světovou zdravotnickou organizací definována jako jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je v různých zemích organizována a poskytována odlišně. Meritem našeho sdělení je popsat, jak se liší tato péče v České republice (ČR) a Nizozemí (NL).

Cíl: cílem práce bylo zjistit nejvýraznější rozdíly v organizování, financování a poskytování domácí péče v ČR a NL, dále popsat Buurtzorg model.

Metoda: byla zvolena technika analýzy dokumentů.

Výsledky: z výzkumu vyplývá, že rozdíl v organizaci domácí péče mezi ČR a NL je ten, že role v týmech v NL jsou více rozvrstveny. Tyto funkce nevycházejí z odborné kvalifikace pracovníka, ale jedná se o strukturu týmu, dále pak efektivní informační systém, který usnadňuje sestřím práci. Nejpodstatnější rozdíl ve financování domácí péče v ČR a NL je v tom, že zatímco v NL je zdravotní i sociální péče hrazena Ministerstvem zdravotnictví, sociální péče a sportu, v ČR je zdravotní péče hrazena Ministerstvem zdravotnictví a sociální péči hraří Ministerstvo práce a sociálních věcí. Proto sociální služby nejsou zdravotními pojišťovnami propláceny. Nizozemský Buurtzorg model vznikl v roce 2006, jeho filozofií je akceptace pocitů a potřeb klientů i sester při vytvoření plánu péče. Zaměřuje se na spokojenost klientů a sester, na jeho efektivitu a úspory nákladů. Využívá se především u seniorů, klientů nevyléčitelně nemocných, s chronickým, psychickým onemocněním a demencí.

Závěry: Domácí péče pomáhá klientům zachovat plnohodnotný a důstojný život v rámci jejich přirozeného prostředí a umožňuje také podílet se na péči rodinným příslušníkům. O tom, že má své místo v systému sociální a zdravotní péče není pochyb.

Klíčová slova: Domácí péče. Klient. Sestra. Spokojenost. Buurtzorg model.

ABSTRACT

Introduction: The aim of modern nursing is to provide clients with the most comprehensive and highest quality care. This requirement fulfills home care, which is defined by the World Health Organization as any form of care provided to people in their own social environment. Home care is organized and provided differently in different countries. The point of our research is to describe how this care differs in the Czech Republic (CZ) and the Netherlands (NL).

Objective: The aim of the work was to find out the most significant differences in the organization, financing and providing home care in the CZ and NL and further describe the Buurtzorg model. *Methods:* The selected technique was a form of a document analysis. *Results:* The research shows that the difference in the home care organization between the CZ and NL is that

the roles in the NL teams are more stratified. These functions are not derived from worker's professional qualification but are a team structure, an effective information system that facilitates nurses' work. The most significant difference in home care financing in the CZ and NL is that while in NL health and social care is covered by the Ministry of Health, Social Welfare and Sport, in the Czech Republic health care is covered by the Ministry of Health and social care is covered by the Ministry of Work and Social Welfare. That is why social services are not reimbursed by health insurance companies. The Dutch Buurtzorg model was established in 2006, its philosophy is the acceptance of feelings and needs of both clients and nurses when creating a care plan. It focuses on clients' and nurses' satisfaction, its efficiency and cost savings. It is used primarily for clients with incurable illnesses, with chronic, mental illness and dementia.

Conclusion: Home care helps clients to maintain their full-fledged and dignified life within their natural environment and enables family members to take care of them. There is no doubt about having a place in the social and health care system.

Key words: Home care. Client. Nurse. Satisfaction. Buurtzorg model.

ÚVOD

Jedním z úkolů moderního ošetrovatelství, a to v mezinárodním měřítku, je poskytovat klientům co nejkompexnější a nejkvalitnější péči v duchu holistického přístupu. V praxi to znamená pečovat o člověka jako celek, o jeho „tělo a duši“ s akcentem na respektování jeho důstojnosti, sociální status, akceptaci jeho hodnot, potřeb a autonomie nejen v institucionální, ale také v domácí péči. Domácí péče je definována jako: „*Jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech*“ (Jarošová, 2007, s. 60). Cílem domácí péče je poskytování kvalitní, odborné, humánní péče, která vede k dosažení tělesného, duševního zdraví a pohody v souladu se sociálním prostředím klienta a k udržení soběstačnosti. Tato služba je poskytovaná širokému spektru klientů, v neposlední řadě také seniorům. V rámci komplexnosti bývá kromě ošetrovatelské péče poskytována i sociální péče (pečovatelská služba), která je zajišťována jednotlivými úkony v předem dohodnutém časovém úseku na základě aktuální sociální diagnózy klienta. Péče poskytovaná v do-

mácím prostředí prošla dlouhodobým historickým vývojem, který ovlivňoval především kulturní, sociální, ekonomické a politické okolnosti (Kožušková, 2014, s. 19; Kutnohorská, 2010, s. 13). Od nejstarších dob existuje způsob péče o člověka v domácích podmínkách. Doma se rodilo, léčilo, ale také umíralo za přítomnosti celé rodiny, což bylo považováno za zcela přirozené. V dnešní době zaznamenáváme návrat k tomuto modelu, ale proti původní laické péči nabízíme podporu profesionálů.

Domácí péče tak, jak ji chápeme dnes, má své kořeny v Anglii a je spojena se jménem William Rathbon, který v roce 1859 zaměstnával zdravotní sestru Mary Robinson pečující o jeho nevléčitelně nemocnou manželku. Viděl, jak velký přínos měla péče v domácím prostředí pro celou rodinu, ale především pro nemocnou. Rathbon si uvědomoval velký nedostatek školených a kvalifikovaných ošetřovatelek, proto požádal Florence Nightingelovou, o založení odborné školy a domova pro budoucí sestry v Liverpoolu. Sdružení domácích sester se brzy rozšířilo do dalších měst (Hanzlíková, 2007, s. 238).

K návratu myšlenky domácí péče v Evropě dochází počátkem 70. let 20. století, a to zejména ve vyspělých kapitalistických státech jako je Anglie, Belgie, Dánsko, Francie, Finsko, Itálie, Lucembursko, Rakousko, Švédsko a Švýcarsko. Vlády těchto zemí prostřednictvím svých expertů hledají východisko k řešení problémů domácí péče, neboť dochází ke stárnutí populace a zvyšování počtu osob závislých na pomoci druhých (Sedláková, 2017, s. 15). Nizozemí bylo až do roku 1990 známé svým dobrým systémem zdravotní péče. V domácnostech byla poskytována péče zdravotními sestrami, komunitními sestrami, sociálními pracovníky a rodinnými lékaři. Kvalifikovanou komunitní sestrou se mohla stát sestra pracující několik let v nemocnici a po vystudování dvouleté specializace. Tato sestra byla zodpovědná za prevenci, poskytování péče v domácnostech, často pro seniory, nebo se specializovala na určitou oblast, včetně péče o děti. Komunitní sestry pracovaly na základě náboženské víry pro místní soukromé organizace v malých týmech, v komunitách, místní čtvrti nebo městech. V důsledku reformy v roce 1990, byly různé domácí péče ke snížení nákladů sloučeny. Sestrám se změnila jejich pracovní role, měly menší kompetence a odpovědnost, klesla jejich image. Zájem o domácí péči, vzhledem k stárnoucí populaci, se zvýšila, ale kvalita péče se stala roztržitou a neefektivní

(Nandram, 2015, s. 12). Jistá změna nastala k 1. 1. 2006, kdy vstoupila v platnost nová reforma zdravotního pojištění. Zdravotní systém se sjednotil, podle něhož všichni obyvatelé Nizozemí mají nárok na základní balíček zdravotního pojištění. Obsah a velikost základního balíčku stanovuje ústřední vláda a zahrnuje nezbytnou lékařskou a ošetrovatelskou zdravotní péči poskytovanou praktickými lékaři, porodníky, sestrami, péči o duševní zdraví, péči o chrup do 18 let, péči specialistů (např. fyzioterapeutů, logopedů), nutriční péči, transport sanitním vozem a rehabilitaci pro osoby s chronickým onemocněním.

V České republice (ČR) byl v březnu 1990 zahájen provoz prvního střediska ošetrovatelské domácí péče při České katolické charitě (O domácí péči, © 2008). V lednu 1991 Ministerstvo zdravotnictví ČR činnost domácí péče legalizovalo a povolilo její dvouletý pokus, během kterého se postupně zřizovaly další agentury domácí péče (O domácí péči, © 2008). Odrazovým můstkem pro rozvoj domácí péče v ČR byl první evropský kongres domácí péče ve Strasburgu v roce 1991 a v roce 1993 vznikla v ČR Asociace domácí péče (Hanzlíková, 2007, s. 239). Charita ČR od roku 1992, nejen zřizovala další agentury domácí péče, ale také školila zdravotní sestry a podílela se na tvorbě tolik potřebného systému úhrad ošetrovatelských výkonů v domácí péči (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 152). V roce 1996 je naše země představena na I. světovém kongresu domácí péče Asociací domácí péče ČR, která je jednou ze 7 zakládajících organizací Světové domácí a hospicové organizace (WHHO – World Homecare and Hospice Organization) sídlící ve Washingtonu DC (Koncepte domácí péče, © 2006).

V ČR je domácí zdravotní péče poskytována klientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci. Je možno zajišťovat také péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Ve vyhlášce č. 331/2007 Sb. v platném znění, kterou je vydáván seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, je domácí péče poskytovaná všeobecnými sestrami uvedena pod odborností 925 – sestra domácí zdravotní péče (Hlaváčková, 2013).

Přesto, že myšlenka domácí péče je stejná, v různých zemích je organizována a poskytována odlišně. Meritem příspěvku je popsat, jak se liší tato péče v ČR a Nizozemí (NL).

CÍLE

Cílem práce bylo specifikovat nejvýraznější rozdíly v organizování, financování a poskytování domácí péče v České republice a Nizozemí a popsat Buurtzorg model. Hlavní cíl byl naplněn prostřednictvím těchto dílčích cílů:

- Dílčí cíl č. 1 Zjistit systém organizace domácí péče v České republice a v Nizozemí.
- Dílčí cíl č. 2 Zjistit způsob financování domácí péče v České republice a v Nizozemí.
- Dílčí cíl č. 3 Popsat Buurtzorg model.

METODIKA

Porovnávat domácí péči v České republice a Nizozemí bylo velmi obtížné. Největším problémem komparace je oddělené řízení a financování zdravotní a sociální péče v České republice. Byla zvolena technika analýzy dokumentů, ale také byla využita osobní zkušenost jedné z autorek ze stáže v Nizozemí, jejímž cílem bylo seznámit se s tamním systémem domácí péče - modelem Buurtzorg. Následně byla vytvořena rešerše literatury a dokumentů. Veškeré informace byly analyzovány a podrobeny srovnání domácí péče v České republice a Nizozemí, a to se zaměřením na problematiku oblasti - organizaci a financování.

VÝSLEDKY

Dílčí cíl č. 1 Zjistit systém organizace v domácí péči v České republice a v Nizozemí.

Z hlediska dostupnosti je domácí péče poskytována v obou zemích shodně, tedy 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce. V ČR je pro zajištění nepřetržité péče doporučen minimální počet 5,0 plných úvazků, což ale některá zařízení nesplňují, takže je u nich domácí péče poskytována od pondělí do pátku 8 hodin denně. Existují čtyři typy návštěv, které se liší časovým rozsahem – 15, 30, 45 a 60 minut, maximální rozsah frekvence návštěv hrazené z fondu zdravotního pojištění jsou 3 návštěvy odborné péče denně a určuje ji ošetřující lékař. V ČR republice indikuje tuto službu na základě stavu pacienta pouze registrující praktický lékař, registrující praktický lékař pro děti a dorost nebo ošetřující lékař při hospitalizaci.

V Nizozemí je práce týmů rozdělena do obvodů pracující na úrovni okresů, přičemž jeden tým má maximálně 12 zaměstnanců. Jedna komunitní sestra pečuje o 6–7 klientů (podle náročnosti) a domácnost klienta navštěvuje obvykle 2x denně (ráno a večer).

Její pracovní doba je nejčastěji 32 hodin týdně, případně méně. Obdobně je i poskytování péče prostřednictvím multidisciplinárních týmů, přičemž v NL jsou role v týmech ještě dále rozvrstveny. Kromě ošetrovatelské práce je např. role: informátora (sleduje počet hodin vynaložených na ošetrovatelskou péči, pravidelně komunikuje se všemi členy týmu o jejich finanční situaci a úrovni péče); vývojáře (účastní se porad pracovních skupin, pracuje s podněty přispívajícími k naplnění vize organizace, rozvíjí a předává ostatním členům týmu a zainteresovaným stranám znalosti, zkušenosti, pracovní návrhy a techniky při poskytování péče); plánovače (zajišťuje kontinuitu poskytované péče, vytváří efektivní plán péče, do kterého zahrnuje všechny změny); hospodyně (zajišťuje dodržování pravidel týmu v souladu se smlouvami třetí strany, organizuje úklid v kancelářích, zajišťuje technické vybavení má i roli pokladníka); mentora (zaučuje a koučuje nové kolegy, stážisty, získává zpětnou vazbu, poskytuje rady, instrukce a rozvíjí další kompetence členů týmu) a podobně. Tyto funkce již nevyhází z odborné kvalifikace dané osoby, ale jedná se o organizační strukturu týmu. Role se po čase prostřídají. Na základě takovéto organizace je domácí péče schopna kvalitnější, flexibilnější a především efektivnější práce. Správné naplánování a zacílení domácí péče ji činí nejen efektivnější, ale i „levnější“. Pokud je totiž každá návštěva u klienta dobře předem promyšlena a naplánována, je možné, že taková návštěva bude kratší a také i méně často nutná. Efektivnější plán návštěv buduje u klientů schopnost autonomie a soběstačnosti, pomáhá vytvořit vazbu s rodinou, blízkými nebo i sousedy. Intervence reaguje na aktuální potřeby klienta. Maximální přiblížení se klientovi celou službu také činí mnohem efektivnější a samozřejmě i levnější. Za velkou výhodu v Nizozemí považujeme i využitím modelu Omaha při poskytování domácí péče a existenci informačního systému, který v mnohém usnadňuje a zefektivňuje práci sester, které si díky němu mohou vyhledat informace o pacientech, o dalších sestrách, především s nimi mohou komunikovat, předávat si informace, zkušenosti apod. V NL může indikovat domácí péči kromě praktického lékaře a ošetrojícího lékaře v nemocnici také zdravotní sestra Buurtzorg, rodina, dokonce i sousedé.

Dílčí cíl č. 2 Zjistit financování domácí péče v České republice a v Nizozemí.

Nejpodstatnější a podle nás velmi zásadní rozdíl ve financování domácí péče mezi ČR a NL je v tom, že zatímco v Nizozemí je zdravotní i sociální péče hrazena Ministerstvem zdravotnictví, sociální péče a sportu – po reformě 2006 platí stejný rozsah zdravotní péče a jednotné procentní sazby pojistného pro všechny občany, v České republice je toto rozděleno. Zdravotní péče je hrazena Ministerstvem zdravotnictví, sociální péči hradí Ministerstvo práce a sociálních věcí. Z toho tedy plyne, že sociální služby nejsou zdravotními pojišťovnami propláceny. Pojišťovny tedy podle Sazebníku proplátí například odebrání ošetřovatelské anamnézy, stanovení ošetřovatelské diagnózy, vyšetření stavu klienta, sledování fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu, prevenci a ošetřování kožních lézí, aplikaci inhalační a léčebné terapie, edukaci klienta, nácvik aplikace inzulínu, rehabilitační ošetřování klienta, klyzma, cévkování a ošetřování permanentních katétrů, ošetřování stomií, nácvik pečujících ke zvládnutí jednoduchých intervencí v péči o klienta. Pojištění zdravotními pojišťovnami se již však nevztahuje například na hygienu, přebalování inkontinentních pacientů, polohování imobilních. Toto již musí zajistit například pečovatelka. A to je pro sestry poskytující domácí péči problém - ne vždy se totiž podaří časově sladit jejich práci s prací pečovatelek - potřebují například imobilního klienta otočit, aby mohly provést příslušný úkon, ale pečovatelka zrovna není přítomna nebo je klient znečištěný, je zapotřebí ho umýt, přebalit a sestra nemůže čekat na příchod pečovatelky. V takové situaci, udělá vše potřebné sama, ovšem pojišťovna takový výkon již nehradí. V tomto by podle našeho názoru měla být pro ČR situace v Nizozemí jasnou inspirací.

V Nizozemí jsou ceny zdravotní péče regulované a tak pojišťovny alespoň prozatím nemohou tlačit jednotlivá zdravotnická zařízení do vzájemné konkurence cen zdravotnických služeb. Pojišťovny jsou sice akciovými společnostmi, avšak nesmí vytvářet zisk z fondů povinného základního pojištění. Další problém spatřujeme v tom, že některé agentury poskytující domácí péči na území ČR nemají uzavřenou smlouvu s pojišťovnami, u kterých je klient pojištěný. V Nizozemí toto nehraje roli.

Celkem podobná situace je v obou zemích v případě „nadstandardních služeb“ - ty si klienti hradí sami, na základě sazebníku, se kterým jsou předem seznámeni. Toto považujeme za zcela optimální.

Dílčí cíl č. 3 Popsat Buurtzorg model.

Buurtzorg Nederland („sousedská péče“) popisuje nizozemský model domácí péče, za jejímž vznikem stojí Jos de Blok. Jos de Blok pracoval v 80. letech 20. století jako profesionální sestra v komunitní péči a v 90. letech se stal ředitelem ve zdravotnickém zařízení pro inovace v Nizozemí. Nebyl spokojený s organizací a strukturou domácí péče, která směřovala k byrokracii, nekvalitnímu poskytování péče a fragmentaci péče. Blok viděl, jak jsou sestry stále více nespokojené v poskytování ošetřovatelské péče. Nelíbil se mu nesoulad ve velkých organizacích, nedostatečné uspokojování potřeb klientů a neinformovanost zdravotnických pracovníků o nákladech při poskytování ošetřovatelské péče u klienta. Věnoval se i institucionálním otázkám, zkoumal role státních orgánů, lékařů, sester, pojišťoven a dalších zainteresovaných složek souvisejících s péčí o klienta (Nandram, 2015, s. 14). V letech 2000 až 2003 hrál důležitou roli v národní organizaci District nursing a vedl komunitní zdravotní sestry k odpovědnosti za svůj profesní rozvoj. V roce 2006 opustil svou pozici ředitele ve zdravotnickém zařízení pro inovace v Nizozemí a se svou ženou založil novou neziskovou organizaci domácí péče Buurtzorg se sídlem v Almelo (Sedláková, 2017, s. 31). Filozofií Buurtzorgu je akceptace pocitů sester a klientů při vytvoření plánu péče se zacílením na měření výsledků ve vztahu ke spokojenosti klientů, sester, ale také z hlediska efektivity a úspory nákladů. Meritem tohoto modelu je poskytování péče v duchu holizmu, vytváření sítí ze sousedských zdrojů a zvýšení (udržení) samostatnosti klientů. Dále pak se tento typ péče zaměřuje na poskytování péče klientům s nevléčitelnou nemocí, chronickým, psychickým onemocněním, demencí nebo lidem vyžadujícím ošetřovatelskou péči po operaci. Důležitým sociálním posláním Buurtzorg Nederland modelu je změnit a zlepšit poskytování a kvalitu domácí zdravotní péče prostřednictvím vedení a spolupráce komunitní sestry, což umožňuje přijímat individuální druh péče, kterou potřebují nejvíce a vyhnout se tak nákladnější ústavní péči tak dlouho, jak je to možné – „*to change and improve the delivery and quality of home health care through the leadership and collaboration of the community nurse, allowing the individual to receive the kind of care they most need, where they most want it, and thus avoid more costly institutional care*“ (The History of Buurtzorg, © 2017).

Buurtzorg model pomáhá lidem dosáhnout vysoké kvality života. Zaměřuje se na intervence, které umožňují lidem postarat se o sebe. Důraz je kladen na dobrý vztah sestra - klient, na vzájemné důvěře a spokojenosti. Vychází z toho, že kvalita života je to, co dává lidem spokojenost a povzbuzuje je starat se o sebe, a to je možné jen tehdy, když mají lidé dostatek kontaktů s okolím a jsou uspokojeny jejich sociální potřeby.

Buurtzorg nabízí šest klíčových služeb: Komplexní posouzení klienta zahrnující léčebné, dlouhodobé, sociální a osobní potřeby klienta a vytvoření plánu péče; zmapování sítě neformální péče a zapojení neformální péče do plánu péče o klienta; zmapování formální péče a její koordinace mezi poskytovateli; péče o klienta; podpora klienta v jeho sociálním prostředí a podpora soběstačnosti, nezávislosti (Nandram, 2015, s. 14).

Významným důvodem, proč se Buurtzorgu podařilo poskytovat péči za bezkonkurenční ceny, bylo postavení klienta do středu zájmu a jeho podpora k soběstačnosti a nezávislosti (The Buurtzorg Nederland (home care provider) model, © 2016).

Buurtzorg tým zahrnuje sedm rolí: sestra; informátor; vývojář; plánovač; hospodyně; týmový hráč a mentor. Velký důraz je kladen na první návštěvu komunitní sestry, která si musí vytvořit důvěryhodný vztah s klientem a jeho rodinou. Např. přizvat děti (pokud nebydlí s rodiči) na další návštěvu a vysvětlit jim, že nechtějí přebrat nebo změnit jejich zvyklosti, ale objasnit co, jak a proč budou sestry dělat a jak je důležité být pro své rodiče oporou. Během poskytování péče a poznávání okolí a sousedů vytvářejí sestry kvalitní síť „sousedské péče“ (Nandram, 2015, s. 6).

Buurtzorg navrhl používat jednotnou sazbu za návštěvu u klienta, bez ohledu na dobu trvání.

Sestra, která poprvé přijde ke klientovi, poskytuje veškerou péči včetně příjmu klienta, zhodnocení zdravotního stavu a jeho potřeb, lokálního ošetření ran, ošetření stomií, hygienické péče apod. Týmy společně s klientem naplňují rozsah, frekvenci a obsah poskytované péče. V podstatě sestry poskytnou veškerou potřebnou péči klientovi, což znamená vyšší náklady za hodinu, ale výsledkem je méně hodin celkem. Ve skutečnosti, má Buurtzorg za sebou pokles v počtu hodin poskytované péče, zlepšení kvality péče a zvýšení spokojenosti zaměstnanců i klientů (The Buurtzorg Nederland (home care provider) model, © 2016, dle Sedláková, 2017, s. 35).

Dnes je Buurtzorg aktivní v 24 zemích, např. v Číně, Japonsku, Tchaj-wanu, Švédsku, Spojených státech amerických.

ZÁVĚR

Domácí péče pomáhá klientům, především seniorům zachovat plnohodnotný a důstojný život v prostředí, na které jsou zvyklí, kde mají svou rodinu a přátele, případně zvířecí mazlíčky, tam, kde se cítí a jsou doma. Domácí péče také umožňuje rodinným příslušníkům podílet se na péči o své nejbližší. Někdy přes veškerou snahu nedokáže rodina zajistit vše, co je třeba a tady se nabízí prostor pro intervenci profesionálů - sester domácí péče. Právě tyto sestry mohou poskytnout radu, pomoc a povzbuzení, mohou posílit svým přístupem autonomii seniora a zvýšit kvalitu jeho života. Domácí péče umožní klientům prožít svůj život tam, kde se cítí dobře a bezpečně. O tom, že má své místo v současném systému sociálních a zdravotních služeb, není pochyb.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- HANZLÍKOVÁ, A. 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
- HLAVÁČKOVÁ, K. 2013. Domácí péče. In: *Učebna net* [online]. Praha: 1. 4. 2013 [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: <http://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=493>
- JANEČKOVÁ, H. – HNILICOVÁ H. 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
- JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- Koncepce domácí péče, © 2006. *Národní centrum domácí péče České republiky* [online]. [cit. 2017-02-11]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece0>.
- KOŽUCHOVÁ, M. 2014. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta. 245 s. ISBN 978-80-8063-414-8.
- KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- MARTIN, K.S. 2005. *The Omaha System- A Key to Practice Documentation and information Management*. 2. edition. Sant Louis: Elsevier. ISBN 978-0-7216-0130-4.

- NANDRAM, S.S. © 2015. *Organizational Innovation by Integrating Simplification: Learning from Buurtzorg Nederland*. Cham: Springer International Publishing. 224 s. ISBN 978-3-319-11724-9.
- O domácí péči, © 2008. *Sekce domácí péče* [online]. [cit. 2017-02-13]. Dostupné z: <http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>
- SEDLÁKOVÁ, R. 2017. *Domácí péče v systému zdravotnictví v České republice a v Nizozemí*. Bakalářská práce. Zlín: Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 73 s.
- The Buurtzorg Nederland (home care provider) model [online], © 2016. Royal College of Nursing [cit. 2016-12-03]. Dostupné z: <https://www.rcn.org.uk/about-us/policy-briefings/br-0215>
- The History of Buurtzorg, © 2017. Buurtzorg [online]. Buurtzorg [cit. 2017-02-13]. Dostupné z: <http://www.buurtzorgusa.org/about-us/>