

# **Domácí péče v systému zdravotnictví v České republice a v Nizozemí**

Renata Sedláková

---

Bakalářská práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Renata Sedláková**  
Osobní číslo: **H14586**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Domácí péče v systému zdravotnictví v České republice  
a v Nizozemí**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti domácí péče, financování domácí péče, modelu Buurtzorg, veřejného zdravotního pojištění.**

**Příprava metodiky komparativního výzkumu technikou analýzy dokumentů.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.**

**Prezentace výsledků výzkumu a formulace závěrů.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetřovatelství. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Historie ošetřovatelství. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. Sociální služby. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

NANDRAM, Sharda, S. Organizational Innovation by Integrating Simplification: Learning from Buurtzorg Nederland. Switzerland: Springer International, 2015. ISBN 978-3-319-11724-9.

PLEVOVÁ, Ilona a kol. Management v ošetřovatelství. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.

Vedoucí bakalářské práce:	PhDr. Anna Krátká, Ph.D. Ústav zdravotnických věd
Datum zadání bakalářské práce:	9. prosince 2016
Termín odevzdání bakalářské práce:	19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 10. 2. 2014

.....  
Zdeňka Černá

<sup>1)</sup> Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdaním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

*2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

*(3) Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, uděje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

*3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

*3). Odpěrá-li autor takového díla udělení svolení bez věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat náhrady chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

*(2) Není-li zjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

*(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z vydělků jin dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši vydělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce srovnává poskytování domácí péče v České republice a Nizozemí. Poukazuje na různé systémy v organizaci, financování a poskytování domácí péče v obou zemích. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá definicí a historií domácí péče a jejími souvislostmi s poskytováním, zdravotním systémem, nizozemským modelem Buurtzorg a vymezuje hlavní rozdíly v poskytování domácí péče dvou evropských zemí. Praktická část je založena na komparativním výzkumu, který zjišťuje rozdíly v poskytování, financování a organizaci při poskytování péče v domácnosti klientů. Závěrem práce je vyhodnocení, interpretace, prezentace výsledků výzkumu a formulace závěrů.

**Klíčová slova:** domácí péče, veřejné zdravotní pojištění, model Buurtzorg.

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis compares the provision of home care in the Czech Republic and the Netherlands. It points to various systems in the organization, financing and provision of home care in both countries. It is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part deals with the definition and history of home care and its links with the provision, the health system, the Dutch Buurtzorg model, and defines the main differences in the provision of home care for the two European countries. The practical part is based on comparative research which identifies the differences in the provision, financing and organization of providing care in clients' household. The conclusion of the thesis is the evaluation, interpretation, presentation of research results and formulation of conclusions.

**Keywords:** home care, public health insurance, Buurtzorg model

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce paní PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za odborné rady, trpělivost, věnovaný čas a laskavý přístup v průběhu zpracování mé bakalářské práce a Fakultě humanitních studií za poskytnuté studium.

Z celého srdce děkuji také mým přátelům, kolegyním a zejména rodině za podporu a pomoc po celou dobu mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 DOMÁCÍ PÉČE .....</b>	<b>12</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ A CÍLE DOMÁCÍ PÉČE .....	12
1.2 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE.....	14
1.2.1 Historie domácí péče ve světě.....	14
1.2.2 Historie domácí péče v České republice .....	15
1.3 LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ DOMÁCÍ PÉČE .....	17
1.4 ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE .....	18
1.5 FINANCOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE .....	19
1.6 ORGANIZACE DOMÁCÍ PÉČE.....	22
1.6.1 Materiálové a technické vybavení.....	24
<b>2 DOMÁCÍ PÉČE V NIZOZEMÍ .....</b>	<b>25</b>
2.1 DEMOGRAFIE NIZOZEMÍ.....	25
2.2 ZDRAVOTNÍ SYSTÉM V NIZOZEMÍ.....	27
2.3 FINANCOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE .....	28
2.4 BUURTZORG MODEL .....	29
2.4.1 Jos de Block .....	31
2.4.2 Financování Buurtzorgu.....	32
2.4.3 Personální zajištění Buurtzorgu .....	33
2.5 OMAHA SYSTÉM .....	36
<b>I. PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>39</b>
<b>3 METODIKA PRÁCE.....</b>	<b>40</b>
3.1 STANOVENÍ CÍLŮ .....	40
3.2 ORGANIZACE VÝZKUMU .....	40
<b>4 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....</b>	<b>42</b>
4.1 DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE .....	42
4.1.1 Základní informace .....	42
4.1.2 Financování domácí péče .....	42
4.1.3 Sociální služby .....	45
4.1.4 Práce v týmu.....	46
4.1.5 Přístup ke klientům .....	47
4.1.6 Informační zázemí.....	49



4.2	DOMÁCÍ PÉČE V NIZOZEMÍ.....	50
4.2.1	Základní informace .....	50
4.2.2	Financování domácí péče .....	50
4.2.3	Platba.....	51
4.2.4	Práce v týmu.....	53
4.2.5	Přístup ke klientům .....	53
4.2.6	Informační zázemí.....	55
<b>5</b>	<b>ROZDÍLY V POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE.....</b>	<b>56</b>
<b>6</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>59</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>63</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>65</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>69</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>70</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>71</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>73</b>

## ÚVOD

*„Neměli bychom se pokoušet o léčení žádné části, aniž bychom se pokusili vyléčit celek. Neměli bychom se snažit o léčení těla opomíjejíce duši. Pokud mají tělo a mysl být zdravými, musíš začít léčením duše..., protože velkou chybou dneška v léčení lidského těla je, že lékaři jako prvou oddělují od těla duši.“ (Platón, Republika, 382 př. n. l.)*

Zdroj: (Studánka - internetové knihkupectví)

Prudký rozvoj medicíny ovlivnil práci sester natolik, že jejich pozornost a schopnosti se koncentrovaly na zvládnutí komplikovaných diagnostických a léčebných postupů a z celé ošetrovatelské péče se vytratila podstata samotného člověka a jeho potřeb.

Z hlediska ošetrovatelství zahrnuje holistická péče o člověka bio-psycho-sociální stránku, tedy přístup k jedinci jako k celku, celistvé jedinečné bytosti a nejen k jeho „porušené části“. Sestra v rámci péče o „tělo a duši“ musí respektovat pacientova práva, jeho autonomii a sociální status.

Autorka práce měla možnost analyzovat a porovnat systém domácí péče v České republice a v Nizozemí. Domácí péče je propojenou formou zdravotní a sociální péče.

Na podzim v roce 2015 jsem měla možnost v rámci certifikovaného kurzu „Kouč v komunitní péči“ absolvovat stáž v Nizozemí a seznámit se s modelem Buurtzorg a komplexní standardizovanou terminologií Omaha systém. Byla jsem zaujata poskytováním domácí péče v Nizozemí modelem Buurtzorg, jejich holistickým přístupem k člověku a ne jen řešením intervence, kvůli kterému nás lékař ke klientovi poslal. Během stáže jsme měli možnost navštívit i hlavní město Nizozemí Amsterdam, kde Buurtzorg organizoval na stadionu nejen pro seniory závody na tříkolce, s pojízdným chodítkem nebo na invalidním vozíku, kde byla velmi ohromující atmosféra, navštívili jsme hlavní sídlo Buurtzorgu ve městě Almelo a denně jsme byli v terénu se zdravotními sestrami.

Hlavním cílem bakalářské práce je specifikovat nejvýraznější rozdíly v organizování, financování a poskytování domácí péče v České republice a Nizozemí.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 DOMÁCÍ PÉČE

„Domácí ošetrovatelská péče je součástí kontinuální zdravotní péče, jejíž pomocí se poskytují zdravotní, sociální, podpůrné služby jednotlivcům a rodinám v místě jejich bydliště a v komunitě s cílem podpory, udržování nebo navrácení zdraví, nebo alespoň dosažení maximální možné nezávislosti při současné minimalizaci důsledků neschopnosti nemoci včetně terminálních stavů.“ Tato definice byla vyhlášena v roce 1980 a je považována za nejširší všeobecně uznávanou definici domácí ošetrovatelské péče (Hanzlíková, 2007, s. 247).

Světovou zdravotnickou organizací je domácí péče definována: „*Jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech*“ (Jarošová, 2007, s. 60).

### 1.1 Vymezení pojmů a cíle domácí péče

Domácí péče „Home care“ je integrovanou formou zdravotní a sociální péče poskytovanou klientům a uživatelům v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí zdravotní péče (ošetrovatelská služba) je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Domácí zdravotní péče je poskytována klientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci. Je formálně evidována pod odborností 925 – domácí péče, dle vyhlášky MZ ČR č. 101/2002 (Koncepte domácí péče, © 2006). Rozsah jednotlivých aktivit poskytovaných v rámci domácí péče je dán aktuálním zdravotním stavem klienta, jeho sociálním prostředím, ale také úrovní vědomostí a rozsahem kompetencí jednotlivých součástí multidisciplinárního týmu a technicko-materiálovým vybavením (Hanzlíková, 2007, s. 241).

Cílem domácí péče je poskytování kvalitní, odborné, humánní péče k dosažení tělesného, duševního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním prostředím, optimalizovat zdravotní a sociální stav klienta ke zlepšení kvality života, podílet se na dodržování léčebného režimu, zmírnit negativní vliv onemocnění na psychický stav klienta a rodiny, edukovat klienta a jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní sociální a duševní zdraví, udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v souladu s jeho přirozeným domácím prostředím, který přispívá k urychlení jeho uzdravování (Koncepte domácí péče, © 2006).

Cílem domácí péče dle Věstníku č. 12/2004 MZ ČR Koncepce domácí péče je „zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a pomoci pacientům, kterým je tato péče poskytována na základě doporučení k tomu příslušným lékařem, a to v jejich vlastním sociálním prostředí. Eliminovat vliv nozokomiálních nákaz a iatropatogenního poškození na zdravotní stav pacientů“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004, s. 15-18).

Formy domácí péče:

1. Akutní – pro klienty s akutním krátkodobým onemocněním, v pooperačním a poúrazovém stavu. Je poskytována zejména léčba bolesti, lokální ošetření pooperačních ran, zaučení aplikací inzulínu. Poskytování péče je časově omezené v rozsahu několika dnů a týdnů.
2. Dlouhodobá – pro klienty s chronickým onemocněním vyžadujícím dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaným personálem. Je poskytována především klientům po cévní mozkové příhodě, s roztroušenou sklerózou, s komplikovaným diabetem mellitus. Poskytování péče je v rozsahu několika měsíců, let.
3. Preventivní – pro klienty s pravidelným monitorováním zdravotního a duševního stavu. Pravidelné sledování fyziologických funkcí, dohled nad pravidelným užíváním medikace. Tato péče není u nás příliš rozšířena. Poskytování péče je v rozsahu týdne, měsíce.
4. Hospicová – pro klienty v preterminálním a terminálním stadiu života. Velmi náročná péče pro celý tým i rodinné příslušníky, jejímž cílem je zmírnit bolest a další symptomy u klientů s nevyléčitelnou nemocí. Při poskytování péče je neomezená frekvence návštěv při indikaci signálního kódu.
5. Jednorázová – pro klienty s jednorázovým výkonem, např. aplikace injekce, odběr biologického materiálu (Krátká a Šilháková, 2008, s. 81).

V rámci komplexnosti bývá poskytována i sociální péče (pečovatelská služba), která je zajišťována jednotlivými úkony v předem dohodnutém časovém úseku na základě aktuální sociální diagnózy klienta. Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, aby mohly za pomoci jiné fyzické osoby co nejdéle setrvat ve svém přirozeném domácím prostředí a mohly nadále udržovat sociální

kontakty se svými vrstevníky, rodinou a okolním prostředím. Cílem je zachovat či zlepšit stávající kvalitu života za pomoci pečovatelských úkonů, dopomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, s poskytnutím či zajištěním stravy, dopomoc při zajištění chodu domácnosti a dopomoc při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Pečovatelskou službu si klient (uživatel, rodina) předem dohodne a hradí si ji sám dle sazebníku pečovatelských výkonů. Bez finanční úhrady se poskytuje rodinám, ve kterých se současně narodily tři nebo více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům a manželkám po účastnících odboje starším 70 let (Sociální služby, 2016).

V České republice jsou zahrnuty do zdravotnické sítě dva typy domácí péče:

1. Státní typ – zřizovatelem je samostatná právnická či fyzická osoba, státní instituce, organizace, obec, kraj.
2. Nestátní typ – zřizovatelem je humanitární sdružení (Český červený kříž), církevní sdružení, nestátní neziskové organizace (Česká katolická charita, diakonie), (Hanzlíková, 2007, s. 252).

## 1.2 Historie domácí péče

### 1.2.1 Historie domácí péče ve světě

Počátky ošetrovatelské péče se dotýkají raného středověku, jsou ovlivněny šířením křesťanství a válek, které vždy podněcovaly zvýšenou potřebu péče a lékařské ošetření raněných vojáků.

Domácí péče poskytovaná v domácím prostředí prošla dlouhodobým historickým vývojem, který ovlivňoval především kulturní, sociální, ekonomické a politické okolnosti (Kožuchová, 2014, s. 19; Kutnohorská, 2010, s. 13). Od nejstarších dob existuje způsob péče o člověka jako domácí péče, kdy se doma rodilo, léčilo a umíralo za podílení celé rodiny, ovšem měla laický charakter. V roce 1292 papež zakázal řeholním sestrám pracovat ve špitálech, tak se sestry přesunuly do terénu. Na sklonku středověku až po husitskou revoluci se nábožensky založené ženy, tzv. bekyně, staraly o nemocné, sirotky a odložené děti. Byl zřízen první řád sester-ošetrovatelk augustiánek a řád vincentek, které především poskytovaly ošetrovatelskou péči v domácnostech. Před obdobím raného křesťanství (v roce 1500 n. l.) poskytovaly ženy bylinkářky

a zároveň porodní báby péči o nemocné doma (Hanzlíková, s. 238). Pět sester (boromejky) začalo ošetřovat ve Francii ve městě Nancy v „Domě milosrdenství“ lidi nakažené morem, cholerou, trýzněné hladem a bídou (Kutnohorská, 2010, s. 23). V roce 1847 mnoho lidí žilo v nepříznivých životních podmínkách podvyživeno, s nedostatkem pitné vody, což vedlo k šíření epidemií a umírání. Historie domácí péče je v Anglii v roce 1859 spojena se jménem pana Williama Rathbona, zakladatele moderní koncepce poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí. William Rathbon zaměstnával zdravotní sestru Mary Robinson, která pečovala o jeho manželku s nevléčitelnou nemocí, do sklonu jejího života. V roce 1860 pro nedostatek školených a kvalifikovaných ošetrovatelek a nekoordinované vzdělávání požádal Florence Nightingelovou, zakladatelku moderního ošetrovatelství, o založení odborné školy a domova pro budoucí sestry v Liverpoolu. Sdružení domácích sester se proto brzy rozšířilo do dalších měst – ve Philadelphii společnost domácí péče, v Bostonu oblastní asociace domácí péče (Hanzlíková, 2007, s. 238).

K návratu k myšlence 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. Je konstatováno, že bude nutné na tuto činnost zvyšovat finanční částku věnovanou ze státních rozpočtů.

Významným mezníkem byl rok 1977, kdy WHO uspořádala v Alma-Atě konferenci. Zde Světová zdravotnická organizace vyhlásila program „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Tento dokument ukazuje preference v primární péči a řeší úsporu nákladů na zdravotní péči do budoucna (Misoniová, © 2006).

### **1.2.2 Historie domácí péče v České republice**

Domácí péče v České republice má své hluboké historické kořeny již od dvanáctého století, kdy řády jako například Alžbětinky, Milosrdní bratři a Křížovníci s červenou hvězdou poskytovaly péči nemocným, chudým, potřebným, činily milosrdné skutky a rozdávaly almužny. O rozvoj péče o nemocné se velice zasloužila svatá Anežka Přemyslovna, nejmladší dcera českého krále Přemysla Otakara I. a Konstancie Uherské. Anežka v roce 1234 dobrovolně vstoupila do ženského kláštera řádu svaté Kláry a záhy se stala jeho abatyší. V době osvěcení za vlády Marie Terezie dochází k propojení

charitativní a odborné stránky (Hlaváčková, 2013). Postupně se začaly zřizovat společné útulky, ústavy pro chudé, staré, nemocné, děti i mládež, tuláky, žebráky aj. Až na přelomu 18. a 19. století vznikají odlišná velká zařízení, sirotčince pro opuštěné děti, blázince pro duševně nemocné, starobince pro staré lidi apod. (Matoušek, 2007, s. 20).

V období Národního obrození podporují některé významné osobnosti, například Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská, rozvoj sociální a odborné péče pro všechny obyvatele bez rozdílu. Česká diakonie v roce 1912 získala svůj rodný dům v Praze na Vinohradech a začala poskytovat ošetrovatelskou službu v rodinách. V roce 1916 založila Alice Masaryková Státní dvouletou ošetrovatelskou školu a později se zasloužila i o rozvoj vzdělávání sociálních pracovníků. V roce 1919 Alice Masaryková založila Československý červený kříž, jenž v období první republiky podporoval myšlenku levnější odborné ošetrovatelské péče v domácnosti a po druhé světové válce veškerou ošetrovatelskou a zdravotní péči převzal do svého provozu. Od roku 1952 domácí péči převzal stát, je začleněna do zdravotní péče a poskytována v rámci obvodních ambulancí, tzv. geriatrickými sestrami (Hlaváčková, 2013).

Po sametové revoluci v roce 1989 dochází ke změnám těžiště zdravotní péče z ústavní do primární, je posílen význam a kompetence primární péče a charakter zdravotní péče se změnil od anonymní k individuální. V březnu 1990 zahájilo provoz první středisko ošetrovatelské domácí péče v Čechách při České katolické charitě (O domácí péči, © 2008). V lednu 1991 MZ 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 Čechách byl první evropský kongres domácí péče ve francouzském Strasburgu v roce 1991 a v roce 1993 vznikla Asociace domácí péče v České republice (Hanzlíková, 2007, s. 239). Průkopníkem domácí ošetrovatelské služby je Charita České republiky, která zřizovala agentury domácí péče již v roce 1992, školila zdravotní sestry a podílela se na tvorbě 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 České republiky, 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).



### 1.3 Legislativní ukotvení domácí péče

Dle Sekce domácí péče (O domácí péči, © 2008) a MPSV (Právní předpisy pro sociální služby) s poskytováním domácí péče souvisejí tyto právní předpisy:

- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a navazujících prováděcích vyhláškách, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MZČR č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, domácí péče je uvedena pod odborností 925 – sestra domácí zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MZČR č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů. Příloha č. 9, požadavky na technické a věcné vybavení kontaktních pracovišť domácí péče.
- Vyhláška MZČR č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, § 4, všeobecná sestra.
- Vyhláška MZČR č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.
- Vyhláška MZČR č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, příloha č. 8, požadavky na personální zabezpečení domácí péče.

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

#### 1.4 Zdravotní pojištění v České republice

Zdravotní pojištění vzniká narozením, uzavřením pracovní smlouvy nebo získáním trvalého pobytu na území ČR. Výši pojistného a způsob placení v roce 2007 stanoví zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, které činí 13,5 % z vyměřeného základu za rozhodné období (úhrn příjmů, které jsou předmětem daně). Zaměstnanec je povinen hradit pojistné z jedné třetiny (4,5 %) srážkou z jeho mzdy a ze dvou třetin (9 %) odvádí část pojistného i zaměstnavatel. V roce 2017 je minimální mzda 11 000 Kč měsíčně vyměřovacím základem u zaměstnanců. Osoby samostatně výdělečně činné a právnické osoby dle zákona je stanoven maximální (v roce 2017 nebyl stanoven) a minimální (v roce 2017 je 1 906 Kč měsíčně) vyměřovací základ. Minimální vyměřovací základ je určen jako polovina průměrné mzdy, což je 1/2 z 28 232 Kč, tj. 14 116 Kč, z něhož platí osoba měsíční zálohy ve výši 13,5 % (Bílý, © 2012).

Podle zákona, o veřejném zdravotní pojištění č. 48/1997 Sb., je stát plátcem pojistného některým osobám (např. nezaopatřené děti, osoby závislé na péči jiné osoby apod.). Osoby bez zdanitelných příjmů, které nemají příjmy ze zaměstnání ani ze samostatně výdělečné činnosti za celý kalendářní měsíc je vyměřovacím základem minimální mzda (v roce 2017 ve výši 1 337 Kč měsíčně), (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 132-134; Bílý, © 2012).

**Tabulka 1: Zdravotní pojištění v roce 2017**

	Rok 2016	Rok 2017
Minimální vyměřovací základ	13 503 Kč	14 116 Kč
Maximální vyměřovací základ	zrušen	zrušen
Minimální měsíční záloha	1 823 Kč	1 906 Kč

*Zdroj: Bílý, © 2012*

### 1.5 Financování domácí péče

Domácí zdravotní péče je v § 22 Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, hrazena a definována takto:

*„Hrazenými službami je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako:*

*a) domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího poskytovatele ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu“ (Česko, 1997, s. 1194).*

Domácí zdravotní péče je terénní služba zajišťovaná poskytovateli domácí péče na základě indikace praktického lékaře pro dospělé, registrujícího lékaře pro děti a dorost, ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, a to po dobu nezbytně nutnou, nejvýše však 14 dnů po ukončení hospitalizace a při indikaci ošetřujícího lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní péči, jde-li o pacienta v terminálním stavu. Na základě analýzy dostupných informací a anamnestických dat je poskytovatelem domácí péče zpracován Poukaz na domácí péči, tiskopis 06 s platností pro jednoho klienta nejdéle 3 měsíce, který je praktickému či ošetřujícímu lékaři překládán ke korekci, následnému schválení a podpisu.

Pokud mají domácí péče podepsány smlouvy se zdravotními pojišťovnami, obě smluvní strany se zavazují k plnění jasně definovaných podmínek stanovených ve smlouvě a poskytovaná ošetrovatelská péče se hradí z fondu veřejného zdravotního pojištění daného klienta. Zdravotní pojišťovny hradí vykázané výkony, tzv. platba za výkon, pro odbornost

925 dle vyhlášky MZ ČR č. 101/2002 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Výše úhrad zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění se dohoduje na jeden kalendářní rok mezi zástupci poskytovatelů jednotlivých segmentů zdravotní péče a zástupci zdravotních pojišťoven na Dohodovacím řízení. Pokud nedojde k vzájemné dohodě, rozhoduje o výši a způsobu úhrad z veřejného zdravotního pojištění MZ ČR, které rozhodne ve veřejném zájmu a vydá vyhlášku.

Dalšími finančními zdroji domácí péče mohou být sponzorské dary, nadace, granty nebo přímá platba klientů (O domácí péči, © 2008).

V rámci komplexnosti domácí péče bývá i poskytování sociální péče, která vychází z aktuální sociální diagnostiky klienta a jeho sociálního prostředí. Sociální službu si každý klient hradí ze svých zdrojů, z přiznaného příspěvku na péči podle stupně závislosti na okolí, na základě platného sazebníku pečovatelských úkonů (Jarošová, 2007, s. 60). Příspěvek na péči je pravidelně opakovaná dávka určená na úhradu poskytování péče registrovaným poskytovatelům sociálních služeb nebo osobám blízkým či jiným. Je vyplácena přímo konkrétní osobě (klient, uživatel) na základě podané žádosti „Žádost o příspěvek na péči“ na úřadě práce a na základě sociálního šetření v přirozeném prostředí žadatele (Duková, Duka a Kohoutová, 2013, s. 117).

**Pro osoby starší 18 let věku činí výše příspěvku na péči za kalendářní měsíc:**

- 880 Kč, jedná-li se o I. stupeň (lehká závislost),
- 4 400 Kč, jedná-li se o II. stupeň (středně těžká závislost),
- 8 800 Kč, jedná-li se o III. stupeň (těžká závislost),
- 13 200 Kč, jedná-li se o IV. stupeň (úplná závislost).

Zkoumané základní životní potřeby rozhodné pro přiznávání příspěvků na péči dle vyhlášky MPSV č. 218/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů:

- Mobilita, včetně schopnosti chůze alespoň na 200 metrů a po schodech v rozsahu jednoho patra.
- Orientace, včetně rozpoznání osob, místa, vnímání času.
- Komunikace, včetně napsání krátké zprávy.

- Stravování, včetně schopnosti přemístit jídlo na místo konzumace.
- Oblékání a obouvání, včetně manipulace oblečení v souvislosti s denním režimem.
- Tělesná hygiena, včetně holení, učešání a zvládnutí celkové hygieny.
- Výkon fyziologické potřeby, včetně vyprázdnění na WC a provedení hygieny po vyprázdnění.
- Péče o zdraví, včetně dodržování léčebného a ošetrovatelského opatření.
- Osobní aktivity, včetně vykonávání volnočasových aktivit obvyklým věku a prostředí.
- Péče o domácnost, včetně schopnosti nakoupit, uvařit, zatopit (Česko, 2016).

**Tabulka 2: Výše měsíčního příspěvku podle stupně závislosti na okolí**

Stupeň závislosti	Počet nezvládnutých životních potřeb	Výše měsíčního příspěvku
I (lehká závislost)	●●●●○○○○ 3 nebo 4	880 Kč
II (středně těžká závislost)	●●●●●○○○○ 5 nebo 6	4 400 Kč
III (těžká závislost)	●●●●●●○○ 7 nebo 8	8 800 Kč
IV (úplná závislost)	●●●●●●●● 9 nebo 10	13 200 Kč

*Zdroj: Vlastní zpracování*

Ošetrovatelská péče je řízena Ministerstvem zdravotnictví a financována z fondu veřejného zdravotního pojištění a pečovatelská (sociální) péče je řízena Ministerstvem práce a sociálních věcí.

V České republice existuje třístupňový model řízení sociálních služeb – Ministerstvo – kraj – poskytovatel. Financování sociálních služeb není garantováno zákonem, ze zákona nevyplývá žádná přímá povinnost pro obce. Je zde vícezdrojové nesystematické financování a nulová garance příjmů (státní zdroje, zdroje EU, příspěvky obcí, sponzoři, dary).

## 1.6 Organizace domácí péče

Domácí zdravotní péče zabezpečuje komplexní péči v koordinaci s ústavní péčí a dalšími zdravotnickými a sociálními službami prostřednictvím multidisciplinárního týmu (rodina, sestra, lékař, fyzioterapeut, ergometr, psycholog, sociální pracovník aj.). Zdravotní pojišťovny a profesní organizace vyžadují, aby všichni zdravotničtí pracovníci poskytující domácí péči měli platné osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, podle zákona č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Při poskytování domácí péče jsou na sestru kladeny vysoké nároky, a to na jejich fyzické i psychické schopnosti. Psychický tlak a stres na sestru plyne z osobitého prostředí, podmínek, ve kterých je domácí péče poskytována, a z nutnosti umět se samostatně rozhodnout v každé situaci. Nikdy sestra neví, co ji u daného klienta čeká a nemá za zády lékaře, musí se spolehnout na své odborné znalosti, zkušenosti a umět se vždy správně rozhodnout. Neustále musí udržovat pozornost (např. při řízení auta při poskytování ošetrovatelské péče klientům v terénu), musí umět zvládat velké množství konfliktních situací nebo zapisování dokumentace. Vždy si musí zachovat profesionalitu při jednání s klientem, rodinou, lékaři a ostatními spolupracovníky. V organizacích, které zajišťují domácí péči o klienty v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění, je vysoká fluktuace zdravotnických pracovníků. Nejčastějším důvodem, proč sestry z domácí péče odcházejí, je neschopnost zvládnout specifickou problematiku.

S ohledem na indikační skupiny pacientů je požadována nepřetržitá dostupnost domácí péče, tj. 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a 365 dní v roce. Doporučený minimální počet kvalifikovaných zdravotnických pracovníků pro zajištění nepřetržitě dostupné domácí péče je 5,0 plných pracovních úvazků ve smluvním vztahu. Poskytování kvalitní péče klientům vyžaduje efektivní vedení organizace, kdy vedoucí pracovník stanoví poslání organizace a zajistí potřebné zdroje pro naplnění. Každý pracovník poskytující zdravotní péči má stanovené spektrum kompetencí, které vycházejí z platné legislativy, z osobních znalostí a dovedností pracovníka. Vedoucí pracovník (vrchní sestra) je zodpovědný za celkovou činnost zdravotního úseku, koordinuje činnosti všeobecných sester, určité kompetence a povinnosti deleguje na ostatní spolupracovníky, plánuje, a zabezpečuje potřebné zdroje (personální, materiální, finanční) pro činnost zdravotnického úseku (Plevová a kol., 2012, s. 33-40).

V domácí péči pro autorskou odbornost 925, existují formálně čtyři typy návštěv s časovým rozsahem: kód 06318 – 15 minut, kód 06313 – 30 minut, kód 06315 – 45 minut, kód 06317 – 60 minut. Maximální rozsah frekvence návštěv domácí péče hrazené z fondu zdravotního pojištění jsou 3 návštěvy odborné péče denně. Výjimkou při poskytování zdravotní (paliativní) péče v domácím prostředí klientovi v terminálním stavu je od 1. ledna 2010 tzv. Signální kód (kód 06349 – ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stavu), který nemá časovou ani bodovou hodnotu a ruší omezení frekvence výkonů poskytovaných sestrou domácí péče. Pro zavedení, ukončení domácí zdravotní péče a administrativní činnost sestry existuje hodinový kód 06311. Multidisciplinární tým na základě svých kompetencí určí svůj postup a doporučení pro řešení a intervence v ošetrovatelském procesu a plánování aktivit prostřednictvím individuálních plánů. Jednotlivé kroky navrhovaného ošetrovatelského procesu a individuálního plánu následně klient odsouhlasí. Pro kompenzování materiálových výkonů (injekční stříkačka a jehla při aplikaci injekce, obvazový materiál při lokálním ošetření, permanentní katétr při zavedení do močového měchýře aj.) existují pro vykazování materiálové kódy s maximální frekvencí 3x denně – 06321, 06323, 06325, 06327, 06329, 06331, 06333, 06335. Mezi ostatní výkony, které může lékař požadovat a které je nutno uvést na tiskopise 06, patří například výkon 06135 – Výkon sestry v době od 22 do 6 hodin, 06137 – Výkon sestry v den pracovního klidu nebo pracovního volna či 06319 – Fyzická asistence při poskytování domácí zdravotní péče.

Každý výkon ošetrovatelské návštěvy zahrnuje zhodnocení aktuálního zdravotního stavu klienta. Dále mohou být lékařem naordinovány další výkony pro odběr biologického materiálu, lokální ošetření ran a defektů, aplikace inhalační a léčebné terapie, aplikace parenterální terapie, ošetrovatelská rehabilitace ke zvýšení svalové síly a zlepšení hybnosti všech končetin, udržení kloubní hybnosti a elasticity měkkých tkání, zabránění atrofii z nečinnosti, vzniku druhotných komplikací, ztuhlosti kloubů, zkrácení šlach, výraznému oslabení svalů, dechová cvičení, ošetření stomií, edukace rodinných příslušníků o ošetřování nemocného v domácím prostředí. Výkon ošetrovatelské návštěvy končí vždy záznamem do dokumentace klienta v rámci ošetrovatelského procesu a vykazání dopravy. Praktického lékaře informuje o zdravotním stavu klienta minimálně 1x měsíčně, při ukončení péče a při zjištění zhoršení stavu klienta a závažné změny zdravotního stavu. V případě akutního zhoršení zdravotního stavu klienta a ohrožení základních životních

funkcí je sestra povinna zavolat rychlou záchrannou službu, vyčkat u klienta do jejího příjezdu a řídit se pokyny pracovníků rychlé záchranné služby.

### 1.6.1 Materiálové a technické vybavení

Domácí zdravotní péče je poskytována ve vlastním sociálním prostředí klienta, ale pro její kvalitní zajištění je nutné, aby měli pracovníci k dispozici kontaktní pracoviště, tzv. základnu, s minimální plochou 10 m<sup>2</sup> a sanitárním zařízením pro zaměstnance. Středisko musí mít viditelné označení, ve kterém je popsán název střediska, odpovědný pracovník, provozní a ordinační doba, identifikační číslo, telefonický kontakt.

Požadavky na technické a věcné vybavení kontaktních pracovišť domácí péče je dána vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Kontaktní pracoviště musí být vybaveno nábytkem pro práci všeobecné sestry, kartotéční skříní, připojením k veřejné telefonní síti, tonometrem, fonendoskopem, teploměrem lékařským, pomůckami k odběru biologického materiálu, pro ošetřování chronických ran, pro katetrizaci močového měchýře ženy, glukometrem, irigátorem, pomůckami pro poskytnutí první pomoci včetně kardiopulmonální resuscitace, tj. resuscitační rouška, rukavice, výbava pro zastavení krvácení a boxem pro přepravu biologického materiálu (Česko, 2012, s. 1602).

Pro poskytování hospicové (paliativní) péče klientům v terminálním stavu musí být pracoviště ještě vybaveno přístroji a pomůckami určenými k ošetřování a provádění výkonů v domácí hospicové péči – lineárními dávkovači, infuzními pumpy, odsávačkami a dalšími pomůckami dle potřeby klienta a specifikace střediska.

K přemísťování mezi jednotlivými domácnostmi klientů, využívají všeobecné sestry – hromadnou dopravu, motorové vozidlo, kolo nebo ke klientům docházejí pěšky. S sebou mají pohodlné, omyvatelné, prostorné brašny nebo batohy, vybavené základními přístroji pro diagnostiku a ošetřování klientů (tonometr, fonendoskop, glukometr, lékařský teploměr, pulsní oxymetr), základními sterilními i nesterilními materiály k lokálnímu ošetření ran a pomůcky k aplikaci injekce, odběru biologického materiálu. Pro dosažitelnost a nutnou informovanost sestry o aktuálních změnách v terénu má každá sestra svůj služební mobilní telefon a její telefonní číslo zná většina jejich klientů, rodinných příslušníků a lékařů.



## 2 DOMÁCÍ PÉČE V NIZOZEMÍ

Až do roku 1990 bylo Nizozemí známo pro svůj dobrý systém 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. 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 a klesla jejich image. Zájem o domácí péči, vzhledem k stárnoucí populaci, se zvýšila, ale kvalita péče se stala roztržštěnou a neefektivní (Nandram, 2015, s. 12).

Na začátku 20. století k tradičním poskytovatelům holandské domácí péče založené církevními tzv. Křížovými organizacemi přibývaly konkurenční privátní agentury, založené samostatnými fyzickými osobami a spolky. Rigidní, stereotypní prostředí nemotivovalo organizace k novému, efektivnímu řešení, ani k širší nabídce poskytování odborné zdravotní péče klientům ve vlastním sociálním prostředí. Nové agentury domácí péče nabízely levnější a účinnější kvalitní péči, snažily se o zvýšení kvality integrované (zdravotní a sociální) péče, více zapojily rodinné příslušníky a blízké do multidisciplinárního týmu agentury domácí péče (Primární a komplexní domácí péče v Holandsku, © 2008).

### 2.1 Demografie Nizozemí

Oficiální název státu je Nizozemské království (holandsky „Koninkrijk der Nederlanden“). Celková rozloha tohoto nevelkého státu, patřícího mezi nejvyspělejší státy, je 42 506 kilometrů čtverečních země a vodní plochy. V Nizozemském království převažují pobřežní roviny a tzv. poldry, tedy pobřežní roviny chráněné hrázemi a více než polovina Nizozemí leží pod úrovní moře. Řeky, průplavy a jezera tvoří 7 930 kilometrů čtverečních jeho území, proto se říká, že jednou bude Nizozemí zaplaveno mořem. Hlavním městem Nizozemí je Amsterdam a tzv. „druhým hlavním městem“

a sídlem vlády a krále je Den Haag. Den Haag byl založen v roce 1248 a jeho symbolem jsou paláce a královská rezidence (Nizozemí, © 2009 – 2017).

Království zahrnuje Nizozemsko (holandsky Nederland) a v karibské oblasti Nizozemské Antily (holandsky Nederlandse Antillen) a ostrov Aruba. Současné Nizozemsko se administrativně dělí na 12 provincií: Noord-Holland, Zuid-Holland, Zeeland, Friesland, Groningen, Drenthe, Overijssel, Gelderland, Flevoland, Utrecht, Limburg a Noord-Brabant (Amsterdam info, © 2003-2017).

Každé autonomní území (Nizozemí, Nizozemské Antily a ostrov Aruba) má vlastního premiéra a vlastní vládu, mají však společnou hlavu státu. Hlavou státu se v dubnu 2013 stal král Willem-Alexander. Je první muž na nizozemském trůnu od roku 1890 (123 let dlouhá éra žen na trůnu) a zároveň nejmladším monarchou v Evropě. Královna Beatrix po 33 letech přenechala vládu svému nejstaršímu synovi princovi Willemu-Alexanderovi. Dne 30. 4. 2013 v Královském paláci na Dam Square v Amsterdamu se podpisem na abdikáční listině vzdala trůnu (James a Buuren, 2015).

Úředním jazykem je **nizozemština** (ovšem velmi používaná je také angličtina), fríština (pouze v provincii Friesland/Fryslân), který je mateřským jazykem cca 400 tis. obyvatel). Měna používaná na evropském území je euro (€). Podle nizozemského statistického úřadu bylo k dubnu 2016 v Nizozemsku 16,978 milionů obyvatel, hustota obyvatelstva je 501 obyvatel/km<sup>2</sup>. Z celkového počtu populace je cca 20,9 % obyvatel národnosti jiné než nizozemské, jedná se například o Indonésany, Němce, Turky, Maročany a jiné. Demografické složení obyvatel podle věku uvádí na prvním místě skupinu obyvatel (35,1 %) ve věku od 40 do 65 let. Na druhém místě je skupina od 20 do 40 let (24,5 %) a na třetím jsou mladší 20 let (22,7 %) a nakonec ekonomicky poproduktivní části od 65 – nad 80 let (17,7 %) populace (Nizozemsko, 2017).

Státní zřízení vyplývá už z názvu: federativní konstituční monarchie. Zákonodárným sborem je dvoukomorový parlament, senát a poslanecká sněmovna. Všichni jsou voleni na 4 roky. Nizozemský parlament je tvořen dvěma komorami, dolní obsazuje 150 poslanců, v horní se rozděluje 75 křesel. Obě komory jsou voleny proporcčně, dolní je volena přímo, horní skrze tzv. provinční sbory. Hlavní výkonná funkce ve státě je svěřena vládě a jejímu předsedovi. Osoba premiéra je vždy otázkou shody všech hlavních politických sil v parlamentu a panovníka. Skutečná moc panovníka je v podstatě

minimální, nenese odpovědnost za zákony a nařízení, které podepisuje a funkce, které vykonává, jsou ceremoniální (Amsterdam info, © 2003-2017).

## 2.2 Zdravotní systém v Nizozemí

Historický původ zdravotního systému v Nizozemí sahá až do 17. a 18. století a byl formován celou řadou historických změn, vývojem a sociálními podmínkami. Zdravotní péče byla závislá na charitě a činnosti dobrovolných neziskových organizací. Zdravotní pojištění bylo dobrovolné. Až v roce 1941 bylo německou vládou uzákoněno povinné zdravotní pojištění v Nizozemí, které se postupně vyvíjelo a zahrnovalo větší část obyvatelstva při zvyšování rozsahu hrazené péče. V roce 1968 vstoupil v platnost zákon o všeobecných výjimečných výdajích na zdravotní péči (AWBZ, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), který vymezuje pravidla úhrad lékařské péče u těžkých zdravotních stavů, seniorů, fyzicky či psychicky handicapované, psychicky nemocné a taky domácí péči (Hnilicová, Dobiášová, 2013, s. 2).

1. 1. 2006 vstoupila v platnost nová reforma zdravotního pojištění, kdy se zdravotní systém 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 zdravotní péči, péči poskytovanou praktickými lékaři a porodníky, hospitalizaci ošetrovatelství, péči o duševní zdraví maximálně 3 roky, péči o chrup do 18 let, péči specialistů (např. fyzioterapeutů, logopedů), nutriční péči, transport sanitním vozem a rehabilitaci pro osoby s chronickým onemocněním.

Nizozemský zdravotní systém se řídí čtyřmi základními právními úkony:

1. Zákon o nemocenském pojištění „Zorgverzekeringswet“, který přeměnil zdravotní systém od přímého řízení na poptávající řízený systém a dané postupy jsou určeny pro poskytovatele zdravotní péče, zdravotní pojišťovny, pojištěné osoby a který pobízí k efektivní práci na vysoké úrovni kvality.
2. Zákon o dlouhodobé péči „Wet langdurige Zorg“, který upravuje zdravotní péči v Nizozemí, nahradil zákon Mimořádné léčebné výlohy. Je spravován speciálními správci dlouhodobé péče na příkaz ústřední vlády. Podle tohoto zákona se hradí dohled nebo poskytování 24 hodinové domácí péče. Zahrnuje i nejzranitelnější skupiny společnosti, jako jsou senioři s demencí, lidé s vážnou fyzickou nebo duševní poruchou. Centrum indikace péče (Care Assessment Agency) udává

těmto lidem posouzení speciálních potřeb (péči doma, v pečovatelském domě nebo podobných zařízeních) založené na národním, standardizovaném dotazníku. Zákon o dlouhodobé péči je povinné zdravotní pojištění založené na solidaritě: každý, kdo platí daň z příjmu v Nizozemsku, platí pojistné podle tohoto zákona.

3. Zákon o sociální podpoře „Wet maatschappelijke ondersteuning“, který je spravován místními úřady. Ty jsou odpovědné za správu a implementaci systému. Tento zákon podporuje osoby, které potřebují pomoc v domácnosti nebo kompenzační pomůcky (invalidní vozík, pokojové WC, apod.).
4. Zákon o mládeži „Jeugdwet“, který je také spravován místními úřady, protože jsou blíž k lidem a jsou schopné poskytovat účinnou a kvalitní péči. Podporují rodiny, které vyžadují v každodenním životě rodičovskou podporu např. u autistického dítěte.

Účelem těchto zákonů je zlepšení kvality poskytované péče, propagace integrovaného přístupu, cenově dostupná zdravotní péče pro stárnoucí populaci. Od roku 2015 jsou za správu a implementaci systému Zákona o sociální podpoře a Zákona o mládeži odpovědné místní orgány. Smyslem je, že místní samosprávy jsou blíže k lidem, proto jsou schopny poskytovat účinnou a kvalitní péči.

Zdravotní péče je financována podle zákona o zdravotním pojištění ze dvou toků. Všichni pojištěnci starší 18 let musí zaplatit „nominální“ prémii v průměru 1200 euro a povinný politický poplatek, který byl v roce 2016 385 euro. Pro děti a mládež do 18 let zaplatí vláda náklady na zdravotní pojištění ze zdravotních fondů.

Změny ve zdravotním systému měly svěřit veřejnosti, poskytovatelům a zdravotním pojišťovnám větší zodpovědnost za ekonomiku zdravotnictví, za poskytovanou péči a chod zdravotního pojištění. Úlohou státu je zachování fyzicky a ekonomicky dostupné zdravotní péče pro všechny občany, a to s ohledem na stárnoucí populaci a na zavádění nových nákladných medicínských technologií (Healthcare in the Netherlands, 2016).

### **2.3 Financování domácí péče**

Zákon o dlouhodobé péči je spravován speciálními dlouhodobými administrátory péče na základě nařízení ústřední vlády, která je zodpovědná za celkový systém zdravotní péče a stanovuje požadavky na kvalitu zdravotnických služeb. Osoby, které vyžadují trvalý dohled nebo celodenní domácí péči, ale i starší lidé v pokročilém stadiu demence, lidé

s vážným fyzickým nebo duševním onemocněním a lidé s dlouhodobými psychickými poruchami, mohou využít ustanovení podle tohoto zákona.

Po obdržení speciálního posouzení v Centru posouzení péče (Care Assessment Agency) ti klienti, kteří obdrželi posouzení o speciální potřeby, mohou přijímat péči buď doma, v pečovatelském domě nebo v podobných zařízeních. Administrátoři speciální dlouhodobé péče přenesli samotnou realizaci na správní úřady zdravotní péče ustanovené v každém regionu, které úzce spolupracují se zdravotními pojišťovnami a organizují způsob, jakým jsou zdravotní služby k dispozici. Zatímco holandský orgán zdravotní péče dohlíží, aby zdravotní služby byly poskytovány efektivně a v souladu s pravidly, holandská zdravotní inspekce sleduje a kontroluje kvalitu a bezpečnost péče podle Zákona o dlouhodobé péči.

Na místní orgány, které jsou povinny poskytnout vhodný typ podpory, byla převedena i odpovědnost poskytující podporu lidem s tělesným, mentálním či psychickým postižením a pro seniory, a to podle Zákona o sociální podpoře založeném na principu individuálního řešení a přístupu. Podpora byla navržena tak, aby lidé byli i nadále aktivními členy společnosti a byli schopni dál žít doma a mezi blízkými, což je základem společnosti. Při poskytování sociální podpory místní úřady rozlišují mezi obecným ustanovením (např. doprava starších lidí do obchodů) a individuálním ustanovením (např. pomoc v domácnosti).

Místní úřady přijímají finanční prostředky od ústřední vlády prostřednictvím Městského fondu. Sjednaná finanční podpora se přímo vyplácí poskytovatelům, nebo si klienti prostřednictvím osobního rozpočtu zajistí vlastní zdravotní péči dle zpracovaného zdravotního plánu (pro smluvní péči) nebo rozpočtového plánu (pro osobní péči) s poskytovatelem (Healthcare in the Netherlands, © 2000-2017).

## 2.4 Buurtzorg model

V Nizozemí byly služby domácí péče velmi roztržštěné, finanční tlaky ve zdravotnictví vedly ke snížení nákladů za domácí péči, péči poskytovaly nedostatečně kvalifikované zdravotní sestry s nízkým mzdovým ohodnocením. Sestry tak nedokázaly správně uspokojovat potřeby klientů s přidruženými nemocemi, což vedlo ke snížení spokojenosti, zdraví a soběstačnosti klientů. Četnými stížnostmi sester byly byrokratické povinnosti,

poskytování péče v izolaci od ostatních poskytovatelů a zanedbávání svých profesních kompetencí (The Buurtzorg Nederland (home care provider) model, © 2016).

Buurtzorg Nederland („sousedství péče“) popisuje nizozemský model domácí péče založený v roce 2006. Organizace podporuje ošetrovatelskou péči založenou na důkazech a pobízí sestry, aby kreativní formou aplikovaly důkazy u každého jednotlivého klienta.

Filozofií Buurtzorgu je uznávání důležitosti pocitů sester, stejně tak klade důraz vzít v úvahu i pocity klientů při vytvoření plánu péče a zaměřuje se na měření výsledků ve vztahu ke spokojenosti klientů, sester a z hlediska efektivity a úspory nákladů.

Cílem modelu Buurtzorg je holistický přístup ke klientům při poskytování ošetrovatelské péče, vytváření sítí ze sousedských zdrojů a zvýšení samostatnosti klientů, dále pak poskytovat péči klientům s nevléčitelnou nemocí, chronickým, psychickým onemocněním, demencí nebo těm vyžadujícím ošetrovatelskou péči po operaci.

Jejich důležitým sociálním posláním je: *„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 - změnit a zlepšit poskytování a kvalitu domácí zdravotní péče prostřednictvím vedení a spolupráce komunitní sestry, což umožňuje přijímat individuální druh péče, kterou potřebují nejvíc a vyhnout se tak nákladnější ústavní péči tak dlouho, jak je to možné“* (The History of Buurtzorg, © 2017).

Kvalita života je to, co dává lidem spokojenost a povzbuzuje je se starat sami o sebe. Přichází, když lidé mají dostatek kontaktů s okolím a jsou uspokojeny jejich sociální potřeby. Buurtzorg pomáhá lidem dosáhnout vysoké kvality života. Zaměřuje se na intervence, které umožňují lidem, aby se dokázali sami o sebe postarat, poskytuje kvalitní péči závislou na vztahu sestra-klient, na důvěře a spokojenosti.

Buurtzorg nabízí šest klíčových služeb:

1. Komplexní posouzení klienta zahrnující léčebné, dlouhodobé, sociální a osobní potřeby klienta, vytvoření plánu péče.
2. Zmapování sítě neformální péče, zapojení neformální péče do plánu péče o klienta.
3. Zmapování formální péče a jejich koordinace mezi poskytovateli.
4. Péče o klienta.

5. Podpora klienta v jeho/jejím sociálním prostředí.
6. Podpora soběstačnosti, nezávislosti (Nandram, 2015, s. 14).

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

#### **2.4.1 Jos de Block**

Jos de Block se narodil v Zeelendu v Nizozemí a vyrůstal v římskokatolické rodině. Na vysoké škole vynikal v ekonomii, ale v účetnické firmě nenašel smysl své práce. Své uplatnění našel v nemocnici. Pomáhal druhým, stmelil se se znevýhodněnými lidmi a vedl je k vynaložení nejvyššího potenciálu. V 80. letech pracoval 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 směřuje k byrokracii, nekvalitnímu poskytování péče a fragmentaci péče. Inovace nedosahovaly až do spodních sfér organizace, ke klientům docházel velký počet zdravotnických pracovníků, sestry nebyly zapojeny do celého ošetrovatelského procesu poskytování ošetrovatelské péče. Rostly náklady na péči a vzhledem k demografickým změnám zde byl nedostatek zdravotnických pracovníků pro poskytování ošetrovatelské péče. Jos de Block viděl, jak jsou sestry stále více nespokojené v poskytování ošetrovatelské péče, nelíbil se mu nesoulad ve velkých organizacích, nespokojování potřeb klientů a neinformovanost zdravotnických pracovníků o nákladech na poskytování ošetrovatelské péče u jednoho klienta. Věnoval se i institucionálním otázkám, zkoumal role státních orgánů, lékařů, pojišťoven, zdravotních sester souvisejících s klientem a úloh dalších zainteresovaných stran ve zdravotnictví (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 Almelu.

Když začínal se svým čtyřčlenným týmem, měl jasnou vizi, co je potřeba udělat, co je potřeba rozvinout a jak dosáhnout svých cílů. Jeho představa byla, že by měl posílit vnitřní motivaci sester k práci a sestry by byly nositelkami vizí a koncepce.

V roce 2007, kdy sestry poskytovaly ošetrovatelskou péči ve 3 lokalitách, dostaly podporu od ministra vlády. V roce 2011 byl Jos de Block jmenován nejvlivnějším lídrem ve zdravotnictví v oblasti zdravotních sester. Společností Effectory, která shromažďuje, analyzuje a využívá zpětnou vazbu od zaměstnanců a klientů v Nizozemí, byl v roce 2011, 2012, 2014 a 2015 vyhlášen nejlepším nizozemským zaměstnavatelem (The Buurtzorg Nederland (home care provider) model, © 2016).

#### 2.4.2 Financování Buurtzorgu

Významným důvodem, proč se Buurtzorgu podařilo poskytovat péči za bezkonkurenční ceny, bylo postavení klienta do středu jeho provozu a jeho povzbuzování poskytovatelem k soběstačnosti a nezávislosti (The Buurtzorg Nederland (home care provider) model, © 2016). Pro sestry je důležité si při prvních návštěvách klienta vytvořit s rodinou vztah, pozvat děti (pokud nebydlí s rodiči) na další návštěvu a vysvětlit jim, že nechtějí přebrat nebo ochromit jejich pravidelnou rutinu, ale aby děti pochopily, co a jak budou sestry dělat a jak je důležité být oporou pro rodiče. Během poskytování péče a poznávání okolí a sousedů vytvářejí sestry kvalitní síť „sousedství péče“ (Nandram, 2015, s. 6).

V Buurtzorgu byly realizovány tyto inovativní řešení týkající se finanční struktury:

1. Služby zdravotní a sociální byly sloučeny.
2. Snížení managementu vzhledem k režijním nákladům.
3. Jednoduchá organizace práce dle potřeb klienta.
4. Omezení roztržitosti péče a eliminace počtu zdravotnických pracovníků u klienta.
5. Poskytování péče klientovi dle jeho potřeb (Nandram, 2015, s. 19).

Buurtzorg navrhl používat jednotnou sazbu za návštěvu u klienta, bez ohledu na dobu trvání (57 euro za hodinu v roce 2013). Dle poradenské firmy KPMG v roce 2013 průměrný počet odpracovaných hodin domácí péče Buurtzorg (ročně za klienta) byl 108 hodin a celkové náklady na klienta včetně navazujících nákladů byly 15 357 euro, u ostatních poskytovatelů domácí péče v Nizozemí byl průměrný počet odpracovaných hodin 168 hodin a celkové náklady na klienta včetně navazujících nákladů činily 15 856 euro (Gray, Sarnak, Burgers, 2015, s. 5).

Od ledna 2015 je většina (asi 90 %) poskytovaných činností hrazena ze zdravotního pojištění. To vedlo ke snížení režijních nákladů o 8 %, ve srovnání s celostátním průměrem



o 25 %, nižší fluktuaci zaměstnanců, vysoké spokojenosti zaměstnanců, klientů, nižším nákladům na péči u jednoho klienta (o 40 % méně než republikový průměr) a 30% snížení potřebných návštěv u klientů (The Buurtzorg Nederland (home care provider) model, © 2016).

### 2.4.3 Personální zajištění Buurtzorgu

Tento model se skládá z malých samostatně řídicích týmů, tzv. self-management, z nichž každý má maximálně 10-12 zdravotních sester a jejichž příjem stačí pokrýt všechny potřebné náklady. Každý tým zajišťuje koordinovanou péči pro danou spádovou oblast a pečuje asi o 40 až 50 klientů.

Poskytují péči 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, a to jak v městských částech, tak i ve sporadicky obydlených oblastech, spolupracují s rodinou, poskytovateli primární péče a zdroji dostupnými v komunitě. Používají mobilní telefony a všichni klienti a jejich rodiny, zdravotničtí pracovníci znají telefonní číslo sester a mohou se jim kdykoliv a kterýkoliv den dovolat.

Buurtzorg tým tvoří registrované zdravotní sestry a zdravotní sestry s bakalářským titulem, které pomáhají klientům zachovat si samostatnost v co nejméně omezeném prostředí poskytovatelem (The Buurtzorg Nederland (home care provider) model, © 2016).

Pro flexibilitu a pocit autonomie mají sestry přístup ke všem potřebným informacím ke své práci jak v kanceláři, tak v terénu či domovech klientů díky multimediálnímu počítači iPad. Speciálně pro sestry Buurtzorg byl vyvinut systém moderní informační technologie (IT) a intranet s názvem Buurtzorgweb, který umožňuje online plánovat harmonogram sestry, ošetrovatelskou péči, vést dokumentaci, obsahuje standardy, informace o farmakologii, ale i o rozpočtu, výkonnosti týmu a sdílené informace v rámci jiných týmů. To minimalizuje tok papíru, zvyšuje efektivitu péče a umožňuje využití dostatečného času u klienta „*ošetrovatelská péče není založena na minutách*“ (Nandram, 2015, s. 16).

Buurtzorg tým se skládá ze sedmi rolí:

1. Zdravotní sestra a zdravotnický asistent – poskytují informace klientům, prosazují zdravý životní styl, poskytují léčebnou i paliativní péči. Výkony jsou zaměřené na posilování schopností klienta, udržení nezávislosti, soběstačnosti a kvality života. Při zavedení péče sestra provede holistické posouzení klienta, které zahrnuje

všechny relativní fyzické, psychické, sociální a kulturní faktory a způsoby, které klientovi dávají smysl života.

2. Informátor – sleduje počet hodin vynaložených na ošetrovatelskou péči, pravidelně komunikuje se všemi členy v týmu o jejich finanční situaci a úrovni péče.
3. Vývojář – účastní se pracovních skupin Buurtzorgu, distribuuje znalosti v týmu a pracuje s podněty přispívajícími k vizi a přístupu Buurtzorgu. Rozvíjí a předává ostatním členům týmu a zainteresovaným stranám znalosti, zkušenosti, vize, pracovní návrhy a techniky při poskytování péče.
4. Plánovač – zajišťuje kontinuitu poskytované péče klientům. Vytváří efektivní plán péče, do kterého zahrnuje všechny změny v rozvrhu podle ujednání s klientem nebo změny členů v týmu.
5. Hospodyně – zajišťuje dodržování pravidel týmu v souladu se smlouvami třetí strany. Organizuje úklid v kancelářích, zajišťuje technické vybavení, kancelářské potřeby a má i roli pokladníka, který hlídá výdaje týmu a dostupné rozpočty.
6. Týmový hráč – posuzuje, jaké ambice, přesvědčení a názory mají jeho kolegové prostřednictvím otázek: Proč děláme věci tak, jak v současné době děláme? Rozhodujeme se správně? Jaké jsou výzvy, kterým čelíme? S kolegy se snaží najít řešení, podněcuje spolupráci v rámci týmu se zaměřením na cíle organizace. Prvotní vírou týmového hráče je, že nemůže být vítězem, pokud nenajde synergii v celistvosti s ostatními členy týmu a organizací. Principem týmového hráče je: „jeden za všechny a všichni za jednoho“.
7. Mentor – zaučuje a koučuje nové kolegy, stážisty, získává zpětné vazby od nových kolegů, poskytuje rady, instrukce a rozvíjí další kompetence členů týmu. Je hlavní kontaktní osobou pro sjednocování dotazů v rámci týmu (Nandram, 2015, s. 74).

Členové týmu se každý týden scházejí v kanceláři, probírají různé záležitosti, stávající případy, diskutují o problémech, o využití komunikačních zdrojů, dovedností a znalostí potřebných k plnění každé z těchto rolí. Hlavním nástrojem pro rozhodování týmu je úplná shoda, z čehož vyplývá, že řešení bude fungovat, pokud rozhodnutí bude přijatelné pro všechny členy týmu.

Z organizačního hlediska je důležité pokrytí všech rolí, přičemž neexistují žádná pravidla pro tvoření nového týmu. Týmy mají doporučeno střídání rolí v týmu po nějaké době.

Některé týmy se střídají dvakrát ročně, ostatní méně často a některé jen v případě, pokud člen týmu projeví zájem o jinou roli (Nandram, 2015, s. 74).

Prostředníkem asi pro 45 týmů je profesionální trenér s odbornými znalostmi v komunitní péči. Jeho hlavním úkolem je podporovat začínající i zavedené týmy v převzetí odpovědnosti, nabízí možnosti řešení problémů, zvýšení produktivity a odborných znalostí v týmu a zvládnání organizačních potíží (Nandram, 2015, s. 20).

Malý „back office“ (kancelář s méně jak 50 osobami v roce 2015) vykonává funkce jako mzdová agenda, uzavírání smluv pro kanceláře týmů, finanční vyúčtování apod. Do nové organizace poskytl Jos de Block svou strategii a odborné znalosti z ošetrovatelství, jeho životní partnerka Gonnie Kronenberg přispěla svými odbornými znalostmi v oblasti administrativy a jeho bývalý kolega Ard Leferink svou odbornou informační a komunikační technologií a schopnostmi kreativního myšlení. Dnes má Jos de Block nejdůležitější roli ve strategických rozhodnutích, Gonnie je ředitelkou pro vnitřní záležitosti a Ard je hnací silou pro inovace (Nandram, 2015, s. 13).

Sestra, která poprvé přijde ke klientovi, poskytuje veškerou péči včetně příjmu klienta, zhodnocení zdravotního stavu a potřeb klienta, lokální ošetření ran, ošetření stomií, hygienickou péči apod. Týmy společně s klientem naplánují 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 o 50 procent v hodinách poskytované péče, zlepšení kvality péče a zvýšení spokojenosti zaměstnanců i klientů.

Sestry pracují v Buurtzorgu 16 až 24 hodin týdně, i když nejtypičtější je pracovní doba 32 hodin týdně. Dvě sestry sdílejí odpovědnost za šest až osm klientů v daném čase, takže navštěvují klienty většinou 2x denně, ráno a večer.

Do konce roku 2014 byla externí organizace zodpovědná za posuzování péče klientům, od ledna 2015 tuto odpovědnost mají zdravotní sestry Buurtzorg. Pojišťovny v průběhu roku kontrolovaly kvalitu a potřebnost poskytované péče klientům na vybraných případech.

V roce 2011 pracovalo v Buurtzorgu téměř 4000 zdravotnických pracovníků, 380 týmů, v roce 2013 byl nárůst zaměstnanců o 62,5 %, takže zde pracovalo 6500 pracovníků a přes 580 týmů, v roce 2016 již bylo více než 9000 pracovníků a více než 850 týmů (The Buurtzorg Nederland (home care provider) model, © 2016).

## 2.5 Omaha systém

Ve sdružení Visiting Nurse Association of Omaha v Nebrasce v roce 1970 začala za spolupráce výzkumných pracovníků a pracovníků z různých zdravotnických oborů práce na systému Omaha. Omaha systém je komplexní standardizovaná terminologie zaměřená na člověka, klienta, která je založena na přísném vývojovém výzkumu. Je to nástroj k dosažení cílů v oblasti sledování a zvyšování kvality, efektivity a hodnoty péče, zapojení klientů a jejich rodin, zlepšení koordinace péče a podpoře zdraví veřejnosti. Systém Omaha je snadno použitelnou metodou zaměřenou na praxi, která je přínosná pro širokou škálu organizací poskytujících péči a pro zdravotníky z různých oborů. Systém Omaha se využívá na úřadech pro veřejné zdraví, ve zdravotnických školách, v klinikách zaměřených na komunitní péči, v rehabilitačních zařízeních, v akutní péči, ale v poslední době našel uplatnění hlavně v oblasti domácí a komunitní péče. K používání systému Omaha pravděpodobně motivuje standardizovaná a kvalitní dokumentace, jednotný klinický informační systém, zlepšení praxe a sledování kvality a efektivity poskytované péče. American Nurses Association (Americká asociace sester) uznala Omaha systém jako standardizovanou terminologii pro podporu ošetrovatelské praxe v roce 1992.

Skládá se ze tří relačních, souvisejících, platných a spolehlivých prvků, které mají být navzájem plně propojeny.

1. Schéma klasifikace problémů (komplexní a systematická klasifikace pro popis zdravotních problémů klientů)
  - Sféra prostředí
  - Psychosociální sféra
  - Fyziologická sféra
  - Sféra chování související se zdravím
2. Schéma zásahů (komplexní a systematická klasifikace pro popis akcí a činností zdravotnických pracovníků)
  - Vzdělávání, vedení a poradenství
  - Ošetření a úkony
  - Koordinace péče

- Sledování
- 3. Stupnice hodnocení problémů, vyhodnocení (komplexní, systematická a opakovaná hodnocení k měření pokroku klienta ve vztahu ke konkrétním problémům týkajícím se zdraví pomocí 5 bodové stupnice Likertovy škály).

Zdravotnický pracovník vybírá dva modifikátory ze 42 problémů ve Schématu klasifikace problémů:

- jednotlivec, rodina, komunita (zvolte jen jeden),
- podpora zdraví, potenciální, skutečný (zvolte jen jeden).

Podstatou Omaha systému je dynamický a interaktivní charakter ošetrovatelského procesu založeného na partnerském vztahu mezi zdravotnickým pracovníkem a klientem, a to bez ohledu na jejich věk, lékařskou diagnózu, kulturu, etnickou příslušnost, rasu, duchovní přesvědčení či ekonomického postavení. Nedílnou součástí péče a jednou ze základních povinností pro všechny poskytovatele péče je vedení dokumentace. Omaha systém je nápomocný při dokumentování všech fází ošetrovatelského procesu – sběru dat o jednotlivci, rodině, komunitě, při zviditelnění ošetrovatelských intervencí a hodnocení výsledků, což vyžaduje kritické myšlení v rozhodování. Buurtzorg využívá v rámci řízení systém Omaha, který pracovníkům pomáhá doložit dodržování stanovených postupů, prokázat výsledky péče a vytvořit mezi nimi propojení. Informační síť Buurtzorg obsahuje veškeré zjištěné informace o jakémkoliv klientovi, slouží jako platforma pro komunikaci s ostatními sestrami v celé republice, umožňuje poskytovatelům zdravotní péče analyzovat a navzájem si vyměňovat kódovaná data zaměřená na pacienta a obsahují i informace o pracovnících.

V současnosti se jeví jako nutné vést zdravotní záznamy v elektronické podobě, rozvíjet a implementovat poznatky na bázi praxe založené na důkazech, snažit se o zvýšení kvality ošetrovatelské péče, což umožňuje používání standardizované terminologie (Omaha System Overview, © 2017).

Omaha systém je klasifikace dokumentující péči o klienta od okamžiku přijetí do ukončení péče. Omaha systém má vlastnosti, které jsou v souladu s filozofií Buurtzorg, má holistický pohled na zdraví a lidské fungování, používá srozumitelné termíny, je multidisciplinární, vyžaduje omezené množství dat a nabízí možnost výběru odpovědi z nabízených možností. Zahrnuje faktory integrované péče, jako jsou podpora inovativní

myšlenky při výběru řešení, systém zahrnující celé spektrum potřeb klientů a navrhuje intervence na základě osvědčených postupů a praxi založené na důkazech (Martin, 2005, s. 111).

Buurtzorg pořídil Omaha systém za účelem systematického posuzování ve vztahu k obsahu péče, ke zlepšení kvality a vzdělávání a k orientaci péče. Je určený k ucelenému plánu péče, který zahrnuje veškerou poskytovanou péči a obsahuje i hodnocení péče. Plán a hodnocení péče je povinný údaj pro zdravotní pojišťovny.

## **I. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 METODIKA PRÁCE

Porovnávat domácí péči v České republice a Nizozemí je velmi obtížné. Největším problémem komparace je oddělené řízení a financování zdravotní a sociální péče v České republice. Pro splnění stanovených cílů jsem ve své praktické části bakalářské práce zvolila metodiku komparativního výzkumu (porovnání) poskytování domácí péče. Technikou k získání informací byl sběr a analýza dokumentů k jednotlivým sledovaným zemím a k dané problematice. Je využita i osobní zkušenost.

Analýza dokumentů je metoda sběru dat. Je to technika vyhledávání vhodných dokumentů, z nichž chceme získat informace o dané problematice. Obsahová analýza se zaměřuje na obsah dokumentu nebo jeho části. Cílem je původnímu textu porozumět, co nejrychleji a nejpresněji proniknout k jeho jádru. Analýza se využívá v kvalitativním i kvantitativním výzkumu (Nevoralová, 2012).

#### 3.1 Stanovení cílů

Hlavní cíl práce

Specifikovat nejvýraznější rozdíly v organizování, financování a poskytování domácí péče v České republice a Nizozemí.

Dílčí cíle

1. Zjistit systém organizace v domácí péči v České republice a v Nizozemí.
2. Zjistit financování domácí péče v České republice a v Nizozemí.
3. Formulovat rozdíly v poskytování domácí péče v obou zemích.

Nyní se budu věnovat dílčím cílům.

#### 3.2 Organizace výzkumu

Na začátku jsme absolvovali stáž v Nizozemí a seznámili se s modelem Buurtzorg. Byla vytvořena rešerše vhodné literatury a dokumentů. Studium příslušné odborné literatury a seznámení se současným stavem poznání dané problematiky. Načerpání informace jsou následně analyzovány a podrobeny srovnání (ČR vs. Nizozemí). Zaměřili jsme se především na problematiku oblasti - organizace a financování. Cílem bylo vytipovat slabiny



systemu domácí péče v ČR a na základě toho interpretovat výsledky výzkumu a slovního doporučení pro praxi.

## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### 4.1 Domácí péče v České republice

#### 4.1.1 Základní informace

- Péče je s ohledem na indikační skupiny pacientů poskytována 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce.
- Doporučený minimální počet kvalifikovaných zdravotnických pracovníků pro zajištění nepřetržitě dostupné domácí péče je 5,0 plných pracovních úvazků ve smluvním vztahu – existují ale agentury domácí péče, které toto nesplňují. Některé pracují jen pondělí až pátek, 8 hodin denně, o víkendu a svátcích vůbec a nemají 5,0 plných pracovních úvazků. Je to způsobeno potřebou zajistit nepřetržitý provoz hospicové péče a dále toto vyžadují pojišťovny pro nasmlouvání signálního kódu.
- Rozděleny jsou čtyři typy návštěv klienta – liší se podle časového rozsahu (15 min až 1 hod).
- Maximální rozsah frekvence návštěv domácí péče hrazené z fondu zdravotního pojištění jsou 3 návštěvy odborné péče denně.
- V ČR existuje cca 500 pracovišť domácí zdravotní péče.
- Celkem využívá služeb domácí zdravotní péče 130 000 pacientů ročně.
- Agentury domácí péče (zdravotní sestry) celkem ročně provedou při ošetření 10 000 000 výkonů.

#### 4.1.2 Financování domácí péče

- Základním předpokladem pro provoz agentury domácí péče je registrace na příslušném krajském úřadě, výběrové řízení, uzavřené smlouvy s pojišťovnami a dohoda s praktickými lékaři.
- V České republice je domácí péče hrazena:
  - Financování zdravotní pojišťovnou dle vyhlášky MZČR č. 134/1998. Jde o tři hodiny odborné péče denně, ale v odůvodněných případech a po schválení

revizním lékařem zdravotní pojišťovny, jde tuto péči rozšířit nejvíce na pět hodin denně. V domácí péči existují čtyři typy návštěv 15 min., 30 min., 45 min., 60 min., ale není to striktně dáno, existují i výjimky, kdy je třeba intenzivnějších návštěv u klienta.

- Přímá platba klientem či rodinou (při nadstandardní péči).
- Sponzorské dary, nadace, granty, aj.
- Domácí ošetrovatelská péče je hrazena ze zdravotního pojištění a ordinuje ji praktický lékař nebo ošetřující lékař v závěru hospitalizace.
- Pojišťovnou hrazenou službou je zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje i jako domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího poskytovatele ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu.
- Maximální rozsah frekvence návštěv domácí péče hrazené z fondu zdravotního pojištění jsou 3 návštěvy odborné péče denně.
- Každý obyvatel musí být pojištěn. Pojištěnci mohou svobodně měnit pojišťovnu (1x ročně), přičemž všechny pojišťovny musí vybírat shodné pojistné, nesmí odmítat klienty ani diskriminovat rizikovější pacienty vyššími sazbami pojistného.
- Výše úhrad zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění se dohoduje na jeden kalendářní rok mezi zástupci poskytovatelů jednotlivých segmentů zdravotní péče a zástupci zdravotních pojišťoven na Dohodovacím řízení. Pokud nedojde k vzájemné dohodě, rozhoduje o výši a způsobu úhrad z veřejného zdravotního pojištění MZ ČR, které rozhodne ve veřejném zájmu a vydá vyhlášku.
- S ohledem na nesrovnatelnou ekonomickou sílu jednotlivých partnerů ve smluvním vztahu je pozice zdravotních pojišťoven oproti zdravotnickým zařízením mnohem silnější.

- V ČR předchází uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče výběrové řízení, jehož výsledky však podle zákona č. 48/1997 Sb. nejsou pro pojišťovny závazné. O síti svých smluvních partnerů tak rozhodují zdravotní pojišťovny prakticky podle vlastního uvážení.
- Pokud mají domácí péče podepsány smlouvy se zdravotními pojišťovnami, obě smluvní strany se zavazují k plnění jasně definovaných podmínek stanovených ve smlouvě a poskytovaná ošetrovatelská péče se hradí z fondu veřejného zdravotního pojištění daného klienta.
- Zdravotní pojišťovny hradí vykázané výkony.
- Úhrady jsou vymezeny aktuálním Sazebníkem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů.
- Rozsah zákonné zdravotní péče je odsouhlasen parlamentem. Zdravotní pojišťovny rozhodují o tom, kdo a kde ji bude poskytovat.
- Úhrada zdravotní péče závisí na aktuálních možnostech úhrady z veřejného zdravotního pojištění.
- Vykazování zdravotní péče pojišťovnám se řídí příslušnou legislativou - Vyhláška MZ ČR č. 134/1998 Sb., uvádí náročnost ošetrovatelské péče, frekvenci návštěv za určité časové období a časový limit provedení - výkony obecně zahrnují odebrání ošetrovatelské anamnézy, zhodnocení prostředí, stanovení ošetrovatelské diagnózy, vyšetření stavu klienta, sledování fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu, prevenci a ošetrování kožních lézí, aplikace inhalační a léčebné terapie, edukace klienta, nácvik aplikace inzulínu, rehabilitaci klienta, hygienickou péči u klienta, klyzma, cévkování a ošetrování permanentních katétrů, ošetrování stomií, nácvik pečujících ke zvládnutí jednoduchých intervencí v péči o klienta a podobně.
- Agentury domácí péče uzavírají se zdravotními pojišťovnami smlouvy, ve kterých se obě smluvní strany zavazují k plnění jasně definovaných podmínek stanovených ve smlouvě. Zdravotní pojišťovny hradí výkony, které jsou uvedeny v Seznamu výkonů s bodovými hodnotami v tzv. sazebníku.

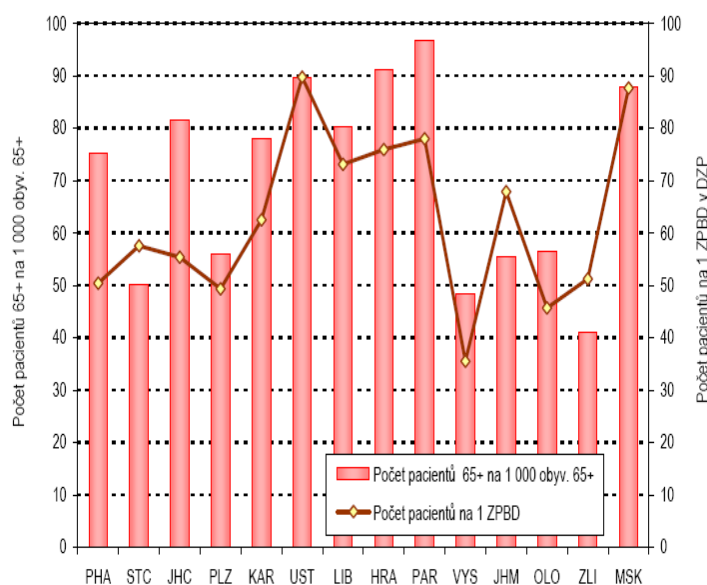
- V roce 2011 agentury domácí péče (zdravotní sestry) celkem provedly při ošetření 10 899 202 výkonů, z nichž nebylo hrazeno ze zdravotního pojištění 705 578 (Úzis, 2011).
- Ne všechny agentury poskytující domácí péči mají uzavřeny smlouvy se všemi pojišťovnami.
- Péči si tedy hradí klienti, kteří nejsou pojištěni a pokud zařízení nemá smlouvu s pojišťovnou, u které je klient pojištěn.
- Přímá platba od klienta nastává tehdy, když není péče indikována od lékaře, klient není pojištěn nebo zdravotní pojišťovna nemocného nemá smlouvu s dotyčnou agenturou domácí péče.
- Agentury domácí péče nabízejí určité nadstandardní služby, které mají zpracovány v ceníku. Klienti jsou s ceníkem předem seznámeni, aby měli možnost provedení výkonu odmítnout.
- Dalšími finančními zdroji domácí péče mohou být sponzorské dary, nadace, granty nebo přímá platba klientů jako nadstandardní péče.
- Každá obec si vytváří své finanční fondy, kterými může přispívat na projekty agentur domácí péče. Pomoc může být finanční, ale i materiální například darování dopravních prostředků, nákup pomůcek atd.

#### 4.1.3 Sociální služby

- Pracoviště domácí péče nabízejí také pečovatelské služby, které jsou realizovány jako služba sociální péče a proto je poskytována za plnou nebo částečnou úhradu.
- Sociální péče je financována díky fondům státní správy a samosprávy za spoluúčasti klienta.
- V rámci komplexnosti domácí péče bývá poskytování sociální péče, která vychází z aktuální sociální diagnostiky klienta a jeho sociálního prostředí. Sociální službu si každý klient hradí ze svých zdrojů, z přiznaného příspěvku na péči na základě platného sazebníku pečovatelských úkonů.
- V České republice existuje třístupňový model řízení sociálních služeb – Ministerstvo – kraj – poskytovatel.

- Financování sociálních služeb není garantováno zákonem, ze zákona nevyplývá žádná přímá povinnost pro obce.
- Za financování zodpovídá MPSV.
- Je zde vícezdrojové nesystematické financování a nulová garance příjmů (státní zdroje, zdroje EU, příspěvky obcí, sponzoři, dary).

**Graf 1: Pacienti domácí zdravotní péče v krajích v roce 2011**



Zdroj: Úzis, 2011

#### 4.1.4 Práce v týmu

- Každý pracovník poskytující zdravotní péči má stanovené spektrum kompetencí, které vycházejí z platné legislativy, z osobních znalostí a dovedností pracovníka.
- Vedoucí pracovník (vrchní sestra) je zodpovědný za celkovou činnost zdravotního úseku, koordinuje činnosti všeobecných sester, určité kompetence a povinnosti deleguje na ostatní spolupracovníky, plánuje, a zabezpečuje potřebné zdroje (personální, materiální, finanční) pro činnost zdravotnického úseku.
- Multidisciplinární tým na základě svých kompetencí určí svůj postup a doporučení pro řešení a intervence v ošetrovatelském procesu a plánování aktivit prostřednictvím individuálních plánů.
- Sestry zastupují v agenturách domácí péče několik rolí stejně jako v jiných zdravotnických zařízeních.

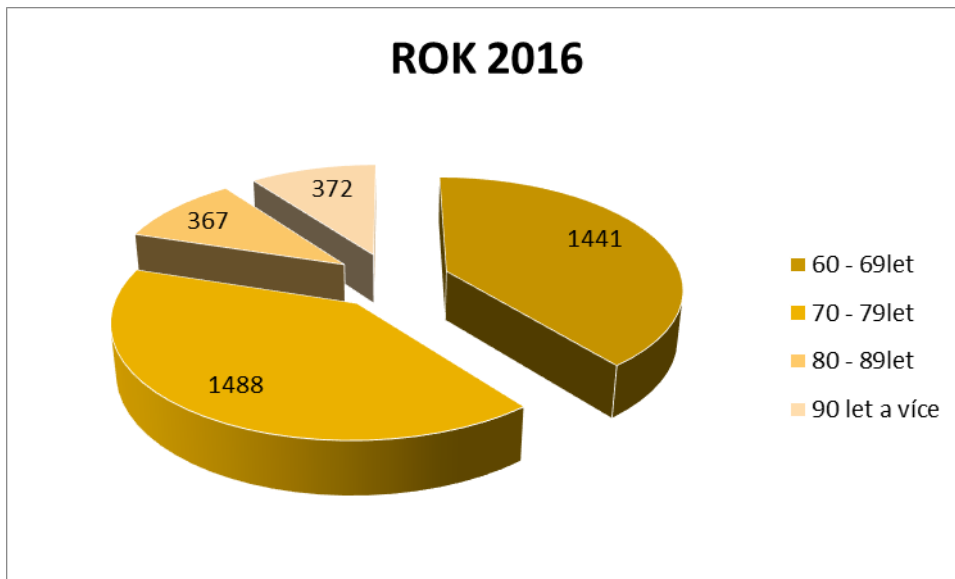
- Sestra manažerka na základě indikace lékaře primární péče, lékaře specialisty, nebo ošetřujícího lékaře během hospitalizace klienta přijímá žádosti na poskytování domácí péče a organizuje péči podle možností agentury domácí péče.
- Terénní sestra v souladu s intervencemi lékaře provádí veškerou ošetrovatelskou péči, stanovuje ošetrovatelské diagnózy, spolu s klientem plánuje intervence a do ošetrovatelského procesu zapojuje další členy multidisciplinárního týmu.
- Lékař primární péče má nezastupitelnou roli v systému domácí péče. Při propuštění z nemocnice kontaktuje sestru-manažerku a vypracují smlouvu o poskytování domácí ošetrovatelské péče.
- Dalšími členy týmu jsou fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci a také dobrovolníci.

#### 4.1.5 Přístup ke klientům

- Každý výkon ošetrovatelské návštěvy zahrnuje zhodnocení aktuálního zdravotního stavu klienta.
- Dále mohou být naordinovány další výkony.
- Výkon ošetrovatelské návštěvy končí vždy záznamem do dokumentace klienta v rámci ošetrovatelského procesu.
- Přímá péče zahrnuje všechny aktivity, kdy je sestra v přímém kontaktu s klientem a jeho rodinou. Mezi tyto aktivity patří např. přímé ošetrovatelské výkony, fyzické vyšetření a hodnocení klienta, převazy, aplikace injekcí, infuzní terapie, odběr biologického materiálu, monitorování fyziologických funkcí, ale také edukace klienta a rodiny.
- Při epizodické péči jsou klientovi poskytovány léčebné úkony a prováděny aktivity sekundární a terciární prevence.
- Distribuční péče je zaměřena na aktivity pro podporu zdraví, prevence onemocnění nebo na primární prevenci.
- Krátkodobá péče zahrnuje např. somatopsychickou přípravu na porod, péči o ženu v šestinedělí, pooperační stavy atd.

- Dlouhodobá péče je vhodná pro chronicky nemocné klienty, geriatrické klienty a klienty v terminálním stádiu života. V České republice v rámci domácí péče převládá péče dlouhodobá.
- Základní domácí péče zahrnuje zajištění osobní hygieny, prevence a léčba dekubitů, podávání obkladů, zábalů, příprava léků, kontrola pitného režimu.
- Odborná domácí péče zahrnuje hodnocení celkového stavu klienta, odběr biologického materiálu, zavádění sond a katétrů.
- Paliativní domácí péče zahrnuje zvládání léčby bolesti a doprovodných symptomů onemocnění.
- Zdravotní péče, která se soustředí pouze na základní zabezpečení a na odborné zdravotnické výkony bez ohledu na autonomii, smysluplnost a důstojnost, nemůže být považována za péči kvalitní.
- K základním nástrojům kvalitní péče patří zájem o pacienta, respekt k jeho osobnosti a vůli s maximálním možným ponecháním kompetencí (kontroly nad děním) a s důrazem na nepodceňování jeho schopností, posilování pacientovy zodpovědnosti.

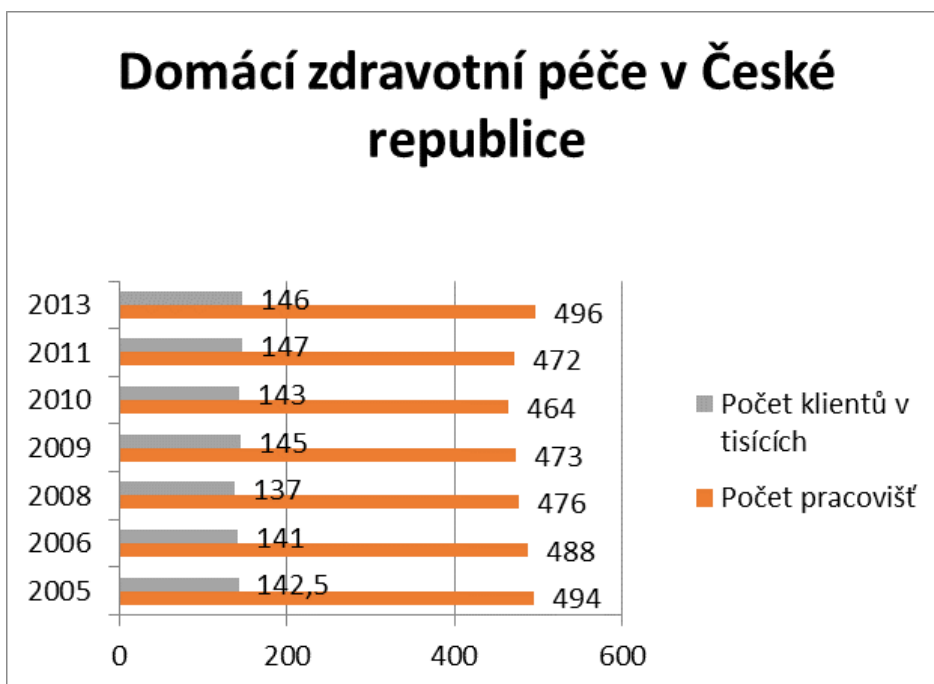


**Graf 2: Počet obyvatel ČR ve věku nad 60 let (v tisících)**

*Zdroj: Věkové složení obyvatelstva 2016, 2017, vlastní zpracování*

#### 4.1.6 Informační zázemí

- Pracovníci mají k dispozici kontaktní pracoviště, tzv. základnu, s minimální plochou 10 m<sup>2</sup> a sanitárním zařízením pro zaměstnance.
- Sestry mají k dispozici služební mobilní telefon.

**Graf 3: Domácí zdravotní péče v České republice**

*Zdroj: Úzis, vlastní zpracování*

## 4.2 Domácí péče v Nizozemí

### 4.2.1 Základní informace

- Rozdělení péče do jednotlivých obvodů - Každý tým má maximálně 12 zaměstnanců, kteří pracují na úrovni okresu.
- Péče je poskytována 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce.
- Péči poskytují malé týmy složené maximálně ze 12 sester.
- Pracovní doba sestry je zpravidla 32 hodin týdně (popřípadě i 16 - 24 hodin týdně).
- Jedna sestra pečuje maximálně o 6 - 7 klientů - v závislosti na složitosti poskytované péče.
- Sestra navštěvuje klienta zpravidla dvakrát denně - tedy ráno a večer.
- Celkově je pečováno o cca 70 000 klientů - jedná se o 700 týmů (pro porovnání v roce 2007 se jednalo o pouhých 300 klientů, v roce 2013 jich již bylo 55 000).

### 4.2.2 Financování domácí péče

- Administrátoři speciální dlouhodobé péče přenesli samotnou realizaci na správní úřady zdravotní péče ustanovené v každém regionu.
- Na místní orgány (správní úřady), které jsou povinny poskytnout vhodný typ podpory, byla převedena i odpovědnost poskytující podporu lidem s tělesným, mentálním či psychickým postižením a seniory.
- Správní úřady úzce spolupracují se zdravotními pojišťovnami a organizují způsob, jakým jsou zdravotní služby k dispozici.
- Holandský orgán zdravotní péče dohlíží, aby zdravotní služby byly poskytovány efektivně a v souladu s pravidly.
- Holandská zdravotní inspekce sleduje a kontroluje kvalitu a bezpečnost péče podle Zákona o dlouhodobé péči.

### 4.2.3 Platba

- Základní pojištění má v Nizozemí každý - základ je pro všechny v Nizozemí stejný.
- Dále existuje zvláštní pojištění, které si může občan doplatit a které zahrnuje zvláštní péči, například zubařskou, zvláštní klinickou péči, doplňkovou péči apod.
- Co se týče domácí péče a péče praktického lékaře, tak ta je zahrnuta v základním balíčku, takže v této oblasti mají všichni stejné možnosti.
- Po reformě 2006 platí stejný rozsah zdravotní péče pro všechny a jednotné procentní sazby pojistného.

**Tabulka 3: Zdravotní pojištění v Nizozemsku před a po reformě 2006**



*Zdroj: Hnilicová, Dobiášová, 2013, s. 4*

- Sjednaná finanční podpora se přímo vyplácí poskytovatelům.
- Nebo si klienti prostřednictvím osobního rozpočtu zajistí vlastní zdravotní péči dle zpracovaného zdravotního plánu (pro smluvní péči) nebo rozpočtového plánu (pro osobní péči) s poskytovatelem.
- Přibližně 2 až 5 % klientů si hradí péči sami, ale není to běžná záležitost.
- Na základě budování vztahu mezi klientem a sestrou jsou náklady ušetřeny - klient vyžaduje zpravidla méně péče (méně často, je soběstačnější - viz organizace domácí péče).

- Práce v týmech (viz organizace domácí péče) též pomáhá snížit náklady.
- 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.
- Pacienti si mohou zvolit pokladenský systém úhrady zdravotní péče a v tomto případě mají zcela svobodnou volbu zdravotnického zařízení, přičemž pojišťovna je povinná jim proplatit vystavené účty.
- Rolí státu je hlavně dohlížet na dodržování pravidel jak na straně pojišťoven (zajištění zákonem stanoveného objemu péče a dostupnosti), tak na straně poskytovatelů (kvalita péče).
- Oblast domácí péče každoročně překračuje objem péče dohodnutý s pojišťovnou - o tomto pak s pojišťovnou jedná generální ředitel.

**Tabulka 4: Buurtzorg vs. jiní poskytovatelé holandské domácí péče**

	Buurtzorg	poskytovatelé domácí péče
Průměrná doba domácí péče (za klienta ročně)	108 hodin	168 hodin
Průměrné náklady na domácí péči (s výjimkou navazujících nákladů)	€ 6.428 (\$ 6.990)	€ 7.995 (\$ 8.695)
Průměrné následné náklady v zákoně o mimořádných léčebných výlohách (především domácí náklady na ošetřování)	€ 2.029 (\$ 2.207)	€ 2.510 (\$ 2.730)
Průměrné náklady na zdravotní péči (lékaře a nemocniční)	€ 7.787 (\$ 8.468)	€ 5.187 (\$ 5.641)
Celkové náklady na klienta, včetně domácí péče a navazujících nákladů	€ 15.357 * (\$ 16.701)	€ 15.856 * (\$ 17.243)

\* Pouze celkové náklady zahrnují úpravu case-mix.

*Zdroj: Gray, Sarnak, Burgers, 2015, s. 5*

#### 4.2.4 Práce v týmu

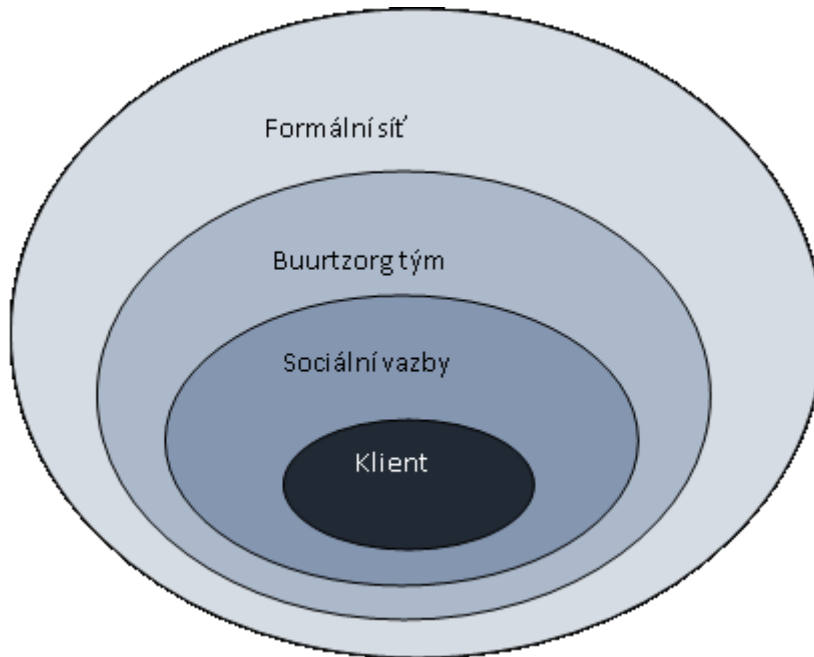
- V rámci týmu existuje několik rolí, které jeho členové plní – tyto role se střídají (viz teoretická část práce).
- Z organizačního hlediska je důležité pokrytí všech rolí, přičemž neexistují žádná pravidla pro tvoření nového týmu. Týmy mají doporučeno střídání rolí v týmu po nějaké době.
- Hlavním nástrojem pro rozhodování týmu je úplná shoda, z čeho vyplývá, že řešení bude fungovat, pokud rozhodnutí bude přijatelné pro všechny členy týmu.
- Členové týmu se každý týden scházejí v kanceláři, probírají různé záležitosti, stávající případy, diskutují o problémech, o využití komunikačních zdrojů, dovedností a znalostí potřebných k plnění každé z těchto rolí.
- Kancelář, tedy zázemí, je umístěno co možná nejbliže ke klientům.
- Každý tým má maximálně 12 zaměstnanců, kteří pracují na úrovni okresu.
- Lidé v kanceláři se starají o administrativu, fakturace, mzdy.
- Pro každý z 800 týmů (9 500 zdravotních sester) je jedna kancelář s 45 lidmi.
- 800 týmů podporuje 15 trenérů.
- Členové týmu sdílí informace, znalosti a rady pomocí softwarového systému Buurtzorgweb.
- Self-řídicí týmy sester - sestry mají profesionální svobodu a zodpovědnost v rozhodování.
- Z posouzení klienta tým zpracovává každý aspekt péče.

#### 4.2.5 Přístup ke klientům

- Komplexní posouzení klienta zahrnující léčebné, dlouhodobé, sociální a osobní potřeby klienta, vytvoření plánu péče.
- Podpora klienta v jeho sociálním prostředí.
- Vytvoření vztahu s klientem.
- Podpora soběstačnosti, nezávislosti.

- Hodně času a úsilí je věnováno tomu, aby klienti byli schopni svou péči řídit sami (tzv. self-management).
- Podpora neformální sítě vztahů okolo klienta, ať už je to rodina, partner, sousedé.
- Důraz je kladen na využití a budování schopností, dovedností klienta a zajištění nezávislosti.
- Žádné zbytečné návštěvy u klienta, intervence mají dočasný charakter.
- Poskytování péče s měnícími se potřebami klienta.
- Plán péče a využití formální a neformální podpůrné sítě je vytvořen s klientem, rodinou.

Graf 4: Příslušné zainteresované strany



Zdroj: Vlastní zpracování

#### 4.2.6 Informační zázemí

- Omaha systém - je určený k vytvoření uceleného plánu péče o klienta, který zahrnuje veškerou poskytovanou péči, a je spojen s hodnocením. Zdravotní pojišťovny vyžadují hodnocení a plán péče.
- Síť obsahuje vše: jsou tam všechny informace o klientech, každá sestra zde může najít všechny informace o svých klientech.
- Síť zpřístupňuje všem sestřím dokumenty, protokoly o vykonaných aktivitách.
- Síť zároveň slouží jako platforma pro komunikaci s ostatními sestrami v celé zemi.
- Prostřednictvím této sítě může sestra komunikovat s ostatními sestrami.
- Síť také obsahuje údaje o sestřích, jako je registrace, počet hodin.
- Nejdůležitější na celém systému je to, že je postaven tak, aby sloužil sestřím a klientům, nebyl vytvořen pro dohled nebo pro administrativu. Byl vytvořen tak, aby sestřím přiděloval co nejméně administrativních povinností.

## 5 ROZDÍLY V POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE

Hlavním cílem práce bylo specifikovat nejvýraznější rozdíly v organizování, financování a poskytování domácí péče v České republice a Nizozemí. V této části budou popsány zjištěné rozdíly v organizování, financování a poskytování péče v obou zemích ve vztahu k dílčím cílům.

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

Z hlediska dostupnosti je domácí péče poskytována v České republice i Nizozemí shodně, tedy 24 hodin denně, 7 dní v týdnu po 365 dnů v roce. Obdobné je i zorganizování této činnosti do týmů, které jsou složeny jako multidisciplinární. Podle našeho názoru je toto velmi správné, neboť klienti zpravidla vyžadují nejrůznější péči, je tedy třeba, aby jim ji poskytli odborníci z nejrůznějších oblastí péče o člověka – tedy nejen zdravotní sestry, ale i terapeuti – fyzioterapeuti, ergoterapeuti, dále například sociální pracovníci a podobně. Měl by zde být zcela jistě uplatněn holistický přístup k lidskému zdraví, nejen fyzickému, ale i duševnímu, a to je na základě spolupráce multidisciplinárního týmu jistě umožněno.

Rozdíl mezi ČR a Nizozemím je však v tom, že role v týmech v Nizozemí jsou ještě dále rozvrstveny – např. informátor, vývojář, plánovač, týmový hráč, mentor a podobně. Tyto funkce již nevycházejí z odborné kvalifikace dané osoby, ale jedná se o organizační strukturu týmu. Role se po čase prostřídají. Z tohoto by si ČR měla podle našeho názoru vzít příklad. Na základě takovéto organizace činnosti 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. Přestože i v ČR zdravotní péče, která se soustředí pouze na základní zabezpečení a na odborné zdravotnické výkony bez ohledu na autonomii, smysluplnost a důstojnost pacienta, není považována za péči kvalitní, je třeba konstatovat, že v Nizozemí jsou na tom o něco lépe. Efektivněji plánují návštěvy u klientů, budují v nich schopnost autonomie a soběstačnosti, pomáhají jim vytvořit vazbu s rodinou, blízkými nebo i sousedy v tom smyslu, aby klienti domácí péči vyžadovali v co nejmenší možné míře. Intervence reaguje na aktuální potřeby klienta.

Velkou výhodou je dále v Nizozemí rozdělení práce týmů do obvodů, které pracují na úrovni okresů. Maximální přiblížení se klientovi celou službu také činí mnohem efektivnější a samozřejmě i levnější.



Za velkou výhodou v Nizozemí považujeme i existenci informačního systému, který v mnohém usnadňuje a zefektivňuje práci sester, které si díky němu mohou vyhledat informace o pacientech, o dalších sestřích, především s nimi mohou komunikovat, předávat si informace, zkušenosti.

### **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 Českou republikou a Nizozemím je v tom, že zatímco v Nizozemí je zdravotní i sociální péče hrazena ministerstvem zdravotnictví – po reformě 2006 platí stejný rozsah zdravotní péče a jednotné procentní sazby pojistného, 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. A to je podle našeho názoru hlavní a velký problém.

Pojišťovny tedy podle Sazebníku proplatí například odebrání ošetřovatelské anamnézy, zhodnocení prostředí, 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 inzulinu, rehabilitaci klienta, klyzma, cévkování a ošetřování permanentních katétrů, ošetřování stomií, nácvik pečujících ke zvládnutí jednoduchých intervencí v péči o klienta a podobně. Pojištění zdravotními pojišťovnami se již však nevztahuje například na hygienu, přebalování inkontinentních pacientů, polohování těch imobilních a podobně. Toto již musí zajistit například pečovatelka. A to je pro sestry poskytující domácí péči problém - ne vždy se totiž podaří kloubit a časově sladit jejich práci s prací pečovatelek - potřebují například imobilního klienta otočit, aby mohly provést příslušný úkon, ale pečovatelka zrovna není přítomna... Nebo je zapotřebí ho umýt, přebalit, ... sestra může jen těžko čekat na příchod pečovatelky v takové chvíli, udělá to sama, ovšem pojišťovna takový zákrok již nehradí. Jedná se o více než 10 % zákroků. V tomto by tedy 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 rozdíl je pak v tom, že ne všechny agentury poskytující domácí péče na území ČR mají uzavřenou smlouvu se všemi pojišťovnami. Klienti si pak takovou službu platí sami. Totéž pro ně platí v případě, že agentura nemá uzavřenou smlouvu s tou pojišťovnou, u které je pojištěn daný klient. V Nizozemí si domácí péči platí klienti sami jen velmi zřídka - jedná se o pouhých 2 %.

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

Stejně tak považujeme za optimální, že úhrada vedle pojištění vychází i ze sponzoringu, fondů a darů – jedná se o běžnou a podle našeho názoru užitečnou praxi.

### **Dílčí cíl č. 3 Formulovat rozdíly v poskytování domácí péče v obou zemích.**

K otázce pojištění bychom ještě dodali jeden rozdíl, ten se týká indikace domácí péče (na té je totiž pojištění, respektive proplacení této služby závislé!). Zatímco v České 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 může toto učinit i zdravotní sestra nebo dokonce rodina. Domácí péče se tedy dostane skutečně ke všem potřebným.

**Tabulka 5: Rozdíly v poskytování domácí péče**

	Česká republika	Buurtzorg
Personál	všeobecné sestry s platným osvědčením k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, podle zákona 96/2004 Sb.	registrované zdravotní sestry a zdravotní sestry s bakalářským titulem
Indikace	registrující praktický lékař, registrující praktický lékař pro děti a dorost nebo ošetřující lékař při hospitalizaci	zdravotní sestry Buurtzorg, rodina, praktický lékař, lékař v nemocnici, sousedi
Dostupnost	24 hodin denně, 7 dní v týdnu a 365 dní v roce	24 hodin denně, 7 dní v týdnu a 365 dní v roce
Financování	Zdravotní péči – MZ ČR Sociální péči - MPSV	Zdravotní, sociální péči – ministerstvo veřejného zdravotnictví v Nizozemí

*Zdroj: Vlastní zpracování*

## 6 DISKUZE

Již v letech 2008 a 2009 se do popředí zájmu Mezinárodní rady sester (The International Council of Nurses, dále jen ICN) dostalo celosvětové zdraví. Jednalo se především o poskytnutí maximálně kvalitní péče komunitám. Důraz byl v tomto smyslu položen na roli sestry v rámci poskytnutí péče pacientům v jejich domovech, tedy přirozeném prostředí. Tato problematika byla předmětem našeho zájmu v rámci této práce (Minami a Oulton, 2008).

Domácí péče je jistě oborem, který se stále vyvíjí. Zaměřen je na péči o nemocné osoby, která je jim poskytnuta v jejich přirozeném sociálním zázemí, další náplní této činnosti je i prevence, podpora a upevnění zdraví takových klientů. Práce sestry je tedy v tomto smyslu velice náročná. Nároky jsou na ni kladeny jak v souvislosti s konkrétními ošetrovatelskými intervencemi, tak v rámci spolupráce s celým týmem dalších ošetrovatelů, s nimiž spolupracuje. Dále je tu samozřejmě i povinnost podrobné dokumentace, což též není snadným úkolem. V neposlední řadě bychom zmínili i to, že součástí její práce je péče o další ošetrovatele nemocného klienta, tedy jeho rodinu, jejíž členy sestra například edukuje ve smyslu péče o daného klienta. Úspěch je tedy založen na komplexnosti služeb, které je sestra v rámci domácí péče schopna i ochotna poskytnout.

V naší práci jsme se pokusili porovnat systém poskytování, organizace i financování domácí péče v České republice a v Nizozemí.

Nyní bychom rádi pro další srovnání uvedli podobný průzkum, respektive jeho výsledky, které mapují práci sester v agentuře domácí péče. Konkrétně jsme si dovolili k tomuto využít výsledky bakalářské práce Zuzany Rabenseiferové na toto téma (Rabenseiferová, 2009, s. 44-93). Zmíněná autorka si v rámci svého výzkumu stanovila několik cílů, popíšeme tedy, k čemu dospěla. Doplňme jen, že svůj výzkum založila na rozhovorech se sestrami poskytujícími domácí péči v rámci agentur (ADP).

Prvním cílem bylo zjistit, jestli se sestrám dostává speciálního vzdělání ve sféře komunitní péče. Z výzkumu jasně vyplynulo, že sestry nedisponují žádným speciálním vzděláním v tomto směru. Zpravidla se jedná o absolventky středních zdravotnických škol. Za podstatné považujeme, že téměř tři čtvrtiny respondentek zmíněného průzkumu by specializační kurz pro doplnění svého vzdělání velice uvítaly. Konkrétně by měly zájem o kurzy Home Care a domácí hospicovou a paliativní péči. Bohužel zde musíme zmínit, že takové kurzy jsou sestrám z důvodu jejich ekonomické náročnosti nabízeny jen zřídka.

Druhým cílem výzkumu bylo popsat, jaké nadstandardní služby sledované ADP nabízejí. Výsledky vyzněly v tom smyslu, že většina sester takové služby svým klientům nenabízí. Důvodem je fakt, že si takové služby klient musí hradit z vlastních prostředků a tedy o ně nejeví zájem. Zde bychom poukázali na to, že i v rámci našeho srovnání v tomto smyslu Česká republika například právě nad námi zvoleným Nizozemím jistě zaostává. Podle našeho názoru by jistě mělo dojít k tomu, aby nadstandardní služby byly pro klienty i v naší republice dostupnější. Konkrétně by se mělo jednat například o:

- pečovatelská služba,
- osobní asistence,
- odlehčovací služby,
- denní stacionář,
- kompenzační pomůcky.

Třetím cílem výzkumu výše zmíněné autorky bylo charakterizovat míru spolupráce sester s praktickým lékařem. Zde bychom vyzdvihli náš poznatek, že právě doporučení praktického lékaře je v České republice pro indikaci (a také proplacení) domácí péče potřebné. Z výzkumu zmíněných autorek sice vyplynulo, že spolupráce sester ADP s praktickými lékaři je zpravidla hodnocena jako dobrá, ovšem v některých případech je omezena pouze na předání klienta praktickým lékařem do péče sestry. Upozornili bychom tedy v tomto smyslu na jistou absenci komplexnosti a kontinuitnosti péče o takového pacienta. I zde bychom poukázali na vlastní zjištění, že v tomto smyslu bohužel Česká republika zaostává za námi zmiňovaným Nizozemím.

Posledním cílem, který si v rámci výše zmíněné práce její autorky vymezili, bylo zmapovat, do jaké míry jsou sestry ADP spokojeny se svou prací v terénu. Musíme zde zmínit, že nás celkem překvapilo, že drtivá většina dotázaných sester je s prací v terénu velice spokojena. Poukázali bychom v tomto směru na naše zjištění, že ve srovnání s Nizozemím mají sestry v České republice daleko složitější podmínky (například

- cesta za klientem – mnohdy pěšky, MHD, apod.,
- úroveň technického vybavení – mnohdy mají jen služební mobilní telefon,
- vzdálenost agentury od míst, kde klienta navštěvují je velká apod.).

Připisujeme tedy spokojenost sester především jejich osobní motivovanosti tuto práci konat.

Přesto bychom zmínili některá negativa, která byla v rámci výzkumu sestrou zmíněna. Za komplikovanou označily sestry nejčastěji dopravu za klientem – především na hůře dostupná místa v období zimy. Dále si stěžují na administrativu. Za podstatné považujeme uvést, že zmínila i náročnost práce, respektive manipulace s imobilními klienty - zde bychom opět upozornili i na naše zjištění, že jistou chybou je v České republice nízká míra koordinace pečovatelských a sociálních služeb. Další překážkou, kterou sestry zmínily je nevhodné sociální prostředí jejich klientů, ovšem jsme toho názoru, že s tímto faktem může jen těžko něco dělat. Daleko podstatnější je podle nás zjištění, že k negativům své práce sestry řadí i spolupráci s pojišťovnami. Sestry jsou nespokojeny jak s ohodnocením své práce, tak s mírou dostupnosti nejrůznějšího materiálu, který k výkonu své práce potřebují. I zde bychom si jako Česká republika měli vzít jistě příklad ze situace v Nizozemí.

Závěrem bychom ale rádi zmínili i konkrétní pozitiva, která na své práci sestry ADP spatřují:

- individuální vztah s klientem,
- dobré vztahy s rodinou klientů,
- příjemné zázemí malého pracovního kolektivu,
- pružná pracovní doba.

Na základě výzkumu našeho i výše zmíněného bychom si dovolili pro praxi v ČR doporučit následující:

- V rámci narůstajících civilizačních chorob a zvyšování průměrného věku obyvatelstva zvyšovat počet agentur a zařízení poskytujících domácí péči.
- Zvyšovat profesionalizaci a odbornost pracovníků poskytujících potřebnou péči.
- Zlepšit nabídku nadstandardních služeb a pokusit se o jejich uhrazení pojišťovnami.
- Zefektivnit proces celoživotního vzdělávání sester – například forma konzultací, dále pak zavedení příspěvků na kurzy, semináře, školení.
- Prezentovat služby v ordinacích a nemocnicích, ale i na místech veřejných - tisk, letáky, sociální pracovníci.
- Zkvalitňovat úroveň domácí péče pacientů v místě jeho bydliště, a tím mu vytvářet lepší psychické podmínky a zároveň finančně šetřit na jeho léčení a uzdravení.

- Zvážit přesun odpovědností a kompetencí lékařského a ošetrovatelského personálu (například indikace domácí péče na komunitní sestru).
- Zvýšit financování služeb za účelem nákupu potřebných zdravotních pomůcek a finančního vyrovnávání pracovníků poskytujících tyto služby. Tuto cestu by měla zajišťovat vláda.

## ZÁVĚR

Práce byla zaměřena na oblast poskytování domácí péče v České republice, respektive srovnání její organizace i způsobu financování se situací v Nizozemí.

Abychom takové srovnání byli schopni uskutečnit, předcházela praktické části naší práce část teoretická. Tu jsme založili na sběru dat z dostupných dokumentů týkajících se právě způsobu organizace a financování domácí péče v obou zmíněných zemích.

První kapitola teoretické části práce byla věnována charakteristice domácí péče v České republice. Vymezili jsme tento pojem a především cíle, kterých má domácí péče dosahovat. Dále jsme považovali za vhodné alespoň okrajově zmínit vývoj domácí péče jak ve světě, tak na našem území. Podstatnou část první kapitoly jsme pak zaměřili na způsoby financování a organizace domácí péče v České republice, jednalo se například o možnosti materiálního a technického vybavení.

Druhá polovina teoretické části práce byla věnována charakteristice domácí péče poskytované v Nizozemí. Považovali jsme za vhodné uvést tuto část vymezením systému zdravotnictví v této zemi v obecnější rovině, poté jsme přistoupili především k charakteristice Buurtzorg modelu a Omaha systému, které jsou pro organizaci, personální zajištění i způsob financování domácí péče v Nizozemí určující. V rámci této charakteristiky jsme podobně jako v případě České republiky vycházeli z dostupných dokumentů, ale i osobní zkušenosti.

Poté, co jsme takto teoreticky zmapovali situaci v obou státech, mohli jsme přistoupit k hlavní části práce, tedy praktickému porovnání způsobů organizace a financování v obou zemích. Naším cílem bylo především identifikovat případné slabiny těchto služeb v naší republice a navrhnout jejich optimalizaci.

Hlavní rozdíl v organizaci domácí péče mezi ČR a Nizozemím jsme shledali v tom, že role v týmech v Nizozemí jsou více rozvrstveny. Tyto funkce nevychází z odborné kvalifikace dané osoby, ale jedná se o jakousi organizační strukturu týmu. Role se po čase prostřídají. Z tohoto by si ČR měla podle našeho názoru vzít příklad. Za velkou výhodu v Nizozemí považujeme i existenci informačního systému, který v mnohém usnadňuje a zefektivňuje práci sester.

Nejpodstatnější a podle nás velmi zásadní rozdíl ve financování domácí péče mezi Českou republikou a Nizozemím je v tom, že zatímco v Nizozemí je zdravotní i sociální

péče hrazena ministerstvem zdravotnictví, sociální péče a sportu, 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. A to je podle našeho názoru hlavní a velký problém. V tomto by tedy podle našeho názoru měla být pro ČR situace v Nizozemí jasnou inspirací.

Konkrétní doporučení, která z našeho srovnání vyplynula, jsme uvedli v doporučení pro praxi, považujeme tedy cíl naší práce za splněný a dovolujeme si vyslovit i přání, aby tato práce skutečně posloužila jako jisté vodítko pro praxi, jak tedy poskytování domácí péče v ČR zefektivnit.

Uzavřeli bychom tedy naši práci tím, že o tom, že domácí péče má své místo v systému sociální a zdravotní péče jistě není žádných pochyb. Klientům pomáhá zachovat plnohodnotný život v rámci jeho přirozeného prostředí. A na to by měly všechny složky (například i pojišťovny, respektive tedy stát jako celek), které se na tomto podílejí, myslet především.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

DUKOVÁ, Ivana, Martin DUKA a Ivanka KOHOUTOVÁ, 2013. *Sociální politika*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3880-2.

HANZLÍKOVÁ, Alžběta, 2007. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ, 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

KOŽUCHOVÁ, Mária, 2014. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta. 245 s. ISBN 978-80-8063-414-8.

KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ, 2008. *Ošetřovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 160 s. ISBN 978-80-7318-726-8.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

MARTIN, Karen S., 2005. *The Omaha System- A Key to Practice Documentation and information Management*. 2. edition. Sant Louis: Elsevier. ISBN 978-0-7216-0130-4.

MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2007. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

NANDRAM, Sharda, S., © 2015. *Organizational Innovation by Integrating Simplification: Learning from Buurtzorg Nederland*. Cham: Springer Internacional Publishing. 224 s. ISBN 978-3-319-11724-9.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2012. *Management v ošetřovatelství*. Praha: Grada. 304 s.

## INTERNETOVÉ ZDROJE:

*Amsterdam info* [online], © 2003-2017. Amsterdam info [cit. 2016-11-13]. Dostupné z: <http://www.amsterdam.info/>

BÍLÝ, Radek, © 2012. Zálohy OSVČ v roce 2017. In: *Portál.Pohoda* [online]. [cit. 2017-01-11]. Dostupné z: <https://portal.pohoda.cz/pro-podnikatele/uz-podnikam/zalohy-osvc-v-roce-2017/>

ČESKO, 1997. Vyhláška č. 48/1997 ze dne 28. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. [cit. 2017-03-12]. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=45178&nr=48~2F1997&rpp=15#local-content>

ČESKO, 2012. Vyhláška č. 92/2012 ze dne 26. března 2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 36, s. 1522-1603 [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=92/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=92/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO, 2016. Vyhláška č. 218/2016 ze dne 7. červenec 2016, kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 84, Příloha 1, s. 3297-3299 [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: <https://cse.google.com/cse?cx=015489265366623571386%3Aizzrwwg3bmqm&q=218%2F2016#gsc.tab=0&gsc.q=218%2F2016&gsc.page=1>

GRAY, Bradford, Dana O. SARNAK a Jako BURGERS, 2015. *Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model* [online]. The Commonwealth fund, 12 s. [cit. 2017-01-20]. Commonwealth Fund pub. 1818, vol. 14. Dostupné z: [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/case-study/2015/may/1818\\_gray\\_home\\_care\\_nursing\\_teams\\_buurtzorg\\_model\\_case\\_study.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/case-study/2015/may/1818_gray_home_care_nursing_teams_buurtzorg_model_case_study.pdf)

Healthcare in the Netherlands, 2016. In: *Expactica* [online]. Expactica Communications BV: Expactica [cit. 2016-12-29]. Dostupné z: [http://www.expatica.com/nl/healthcare/Healthcare-in-the-Netherlands\\_100057.html](http://www.expatica.com/nl/healthcare/Healthcare-in-the-Netherlands_100057.html)

HLAVÁČKOVÁ, Kateřina, 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>

HNILICOVÁ, Helena a Karolína DOBIÁŠOVÁ, 2013. Reforma zdravotnictví v Nizozemsku. In: *Zdravotnictví v České republice* [online]. 1/XVI/2013, s. 2-7 [cit. 2016-11-17]. Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-1-2013.pdf>

JAMES, Wil a Lotte van BUUREN, 2015. *The Netherlands* [online]. London: Civitas [cit. 2017-12-17]. Dostupné z: <http://www.civitas.org.uk/eu-facts/eu-overview/the-netherlands/>

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>

MINAMI, Hiroko a Judith A. OULTON, 2008. In: *Poskytování kvalitní péče, služba komunitám: sestry v čele primární zdravotní péče* [on-line]. [cit. 2017-05-11]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=17651&typ.../pdf..>

Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004. Koncepce domácí péče. In: *Věstník MZČR* [online]. Prosinec 2004, částka 12, s. 15-18 [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3651\\_1778\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3651_1778_11.html)

MISCONIOVÁ, Blanka, © 2006. Historie domácí péče. In: *Národní centrum domácí péče České republiky* [online]. [cit. 2017-02-11]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece->

NEVORALOVÁ, Monika, 2012. Analýza dokumentů jako evaluační nástroj. In: *Klinika adiktologie* [online]. [cit. 2017-05-14]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/593/3884/Analyza-dokumentu-jako-evaluacni-nastroj>

*Nizozemí* [online], © 2009 – 2017. Nizozemí [cit. 2016-11-13]. Dostupné z: <http://www.nizozemi.biz/>

Nizozemsko, 2017. In: *Ministerstvo zahraničních věcí České republiky* [online]. Praha: MZV ČR [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: [http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie\\_statu/evropa/nizozemsko/index.html](http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/evropa/nizozemsko/index.html)

O domácí péči, © 2008. *Sekce domácí péče* [online]. [cit. 2017-02-13]. Dostupné z: <http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>

*Omaha System Overview* [online], © 2017. The Omaha System [cit. 2017-01-13]. Dostupné z: <http://www.omahasystem.org/>

Právní předpisy pro sociální služby. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2017-03-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7334>

Primární a komplexní domácí péče v Holandsku, © 2008. *Zdravotnické noviny* [online]. Mladá fronta: Zdravotnické noviny [cit. 2016-12-29]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/primarni-a-komplexni-dmaci-pece-v-holandsku-121468>

RABENSEIFEROVÁ, Zuzana, 2009. *Práce sestry v agenturách domácí péče* [online]. Zlín [cit. 2017-05-14]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Anna Krátká. Dostupné z: [https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/9688/rabenseiferov%C3%A1\\_2009\\_bp.pdf?sequence=1](https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/9688/rabenseiferov%C3%A1_2009_bp.pdf?sequence=1).

Sociální služby, 2016. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2017-02-08]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

*Studánka - internetové knihkupectví* [online]. Brno: Zásilkové knihkupectví knihy-studanka.cz [cit. 2016-12-16]. Dostupné z: <http://knihy-studanka.cz/>

*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/>

Věkové složení obyvatelstva 2016, 2017. In: *Český statistický úřad* [online]. Praha: Český statistický úřad, 28. 4. 2017 [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2016>

Úzis, 2011. Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2011. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Prosinec 2012, s. 5 [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/domaci-zdravotni-pece>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ADP	Agentura domácí péče
ČR	Česká republika
DP	Domácí péče
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
MZV ČR	Ministerstvo zahraničních věcí České republiky

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Zdravotní pojištění v roce 2017 .....	19
Tabulka 2: Výše měsíčního příspěvku podle stupně závislosti na okolí .....	21
Tabulka 3: Zdravotní pojištění v Nizozemsku před a po reformě 2006 .....	51
Tabulka 4: Buurtzorg vs. jiní poskytovatelé holandské domácí péče.....	52
Tabulka 5: Rozdíly v poskytování domácí péče .....	58

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: Pacienti domácí zdravotní péče v krajích v roce 2011 .....	46
Graf 2: Počet obyvatel ČR ve věku nad 60 let (v tisících) .....	49
Graf 3: Domácí zdravotní péče v České republice .....	49
Graf 4: Příslušné zainteresované strany .....	55

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1: Příklad brašny všeobecných sester v ČR .....	75
Obrázek 2: Nizozemí, Almelo – hlavní sídlo Buurtzorg .....	75
Obrázek 3: Nizozemí, návštěva klienta se sestrou Buurtzorg .....	76
Obrázek 4: Nizozemí, Amsterdam, Stadionplein – běh na tříkolkách.....	76
Obrázek 5: Nizozemí, Wijk bij Duurstede.....	77



## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: POUKAZ DP – 06 .....	74
PŘÍLOHA P II: OBRÁZKY .....	75



## PŘÍLOHA P II: OBRÁZKY

Obrázek 1: Příklad brašny všeobecných sester v ČR



*Zdroj: vlastní foto*

Obrázek 2: Nizozemí, Almelo – hlavní sídlo Buurtzorg



*Zdroj: vlastní foto*

Obrázek 3: Nizozemí, návštěva klienta se sestrou Buurtzorg



*Zdroj: vlastní foto*

Obrázek 4: Nizozemí, Amsterdam, Stadionplein – běh na tříkolkách



*Zdroj: vlastní foto*

Obrázek 5: Nizozemí, Wijk bij Duurstede



*Zdroj: vlastní foto*