

Měření kvality

Katalog indikátorů kvality pro domovy pro seniory



PROGRESS

The EU programme for
employment and social
solidarity 2007-2013

'Quality Management by Result-oriented Indicators – Towards Benchmarking in Residential Care for Older People' is co-financed by the European Commission in the framework of the PROGRESS Programme of DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities

Autoři a projektoví partneři

| | | |
|--|------------------------------|---|
| Evropské centrum pro sociální politiku a výzkum | Vídeň Rakousko | Frédérique Hoffmann Flip Maas Ricardo Rodrigues |
| E-Qalin GmbH | Bad Schallerbach Rakousko | Adelheid Bruckmüller Simon Gross Andreas Kattnigg Kai Leichsenring Wilfried Schlüter Heidemarie Staflinger |
| Technická univerzita v Dortmundu Výzkumná společnost pro gerontologii | Dortmund Německo | Eckart Schnabel |
| Medicínské služby (MDS) | Essen | Uwe Brucker |
| Ministerstvo zdravotnictví, emancipace, péče a stáří v Severním Porýní a Vestfálsku | Düsseldorf Německo | Andreas Burkert Hans Braun Daniela Grobe |
| City University | Londýn Spojené království | Julienne Meyer |
| Vilans Výzkumné centrum pro dlouhodobou péči | Utrecht Holandsko | Mirella Minkman Ruth Pel Sabina Mak |

Překlad, vydání

| | | |
|---|-------------------|-----------------------------------|
| Evropské centrum pro sociální politiku a výzkum | Vídeň Rakousko | Katrin Gasior Willem Stamatiou |
|---|-------------------|-----------------------------------|

Tato příručka je určena k dalšímu šíření v jakékoliv formě.
Další originální výtisky si můžete vyžádat na následujících kontaktech:

Willem Stamatiou stamatiou@euro.centre.org

Evropské centrum pro sociální politiku a výzkum
Berggasse 17, A-1090 Vídeň, Rakousko

Předmluva

Cílem projektu bylo na základě výměny praktických zkušeností a odborných znalostí evropských organizací zapojených do projektu vytřídit, vybrat a schválit cílené indikátory kvality.

Vydání příručky je výsledkem projektu „Quality Management by Result-oriented Indicators – Towards Benchmarking in Residential Care for Older People“ (Management kvality na základě cílených indikátorů kvality) realizovaném v rámci programu PROGRESS (Program EU pro zaměstnanost a sociální soudržnost), který je spolufinancován Evropskou komisí. Projekt byl řízen Evropským centrem pro sociální politiku a výzkum (Rakousko) a realizován za podpory partnerských organizací z Německa (Gerontologický institut na technické univerzitě v Dortmundu; Ministerstvo zdravotnictví, emancipace, péče a stáří v Severním Porýní a Vestfálsku; Medicínské služby MDS), Nizozemí (Vilans) a Anglie (City University London), ve spolupráci s rakouskou společností E-Qalin GmbH, která reprezentuje mnoho organizací z Rakouska, Německa, Itálie, Lucemburska a Slovinska.

Naše zvláštní poděkování patří více než stovce odborníků a kolegů z praxe, kteří se podíleli na realizaci studie Delphi prováděné nizozemským partnerem a/nebo na validačních workshopech organizovaných společností E-Qalin, GmbH. Jejich příspěvky a komentáře měly podstatný význam pro naše poznání a tvorbu katalogu indikátorů.

Vděční jsme také těm kolegům, kteří se jako zástupci odborníků Delphi a validačních workshopů společnosti E-Qalin účastnili v červnu 2010 projektového setkání v Londýně a dali nám zde hodnotné rady a odpovědi na naše otevřené otázky – Susan Blasko (Univerzita západní Sasko Zwickau, Fakulta zdravotní vědy a ošetřovatelství v Německu), Rehka Elaswaropu (Komise pro kvalitu péče, Anglie), Simon Gross (RBS centrum, Lucembursko), Nadine Hastert (Servior, Lucembursko), Bernard Marin (Evropské centrum pro sociální politiku a sociální výzkum, Rakousko), Inge Rasser (Holandsko) a Christine Wondrak-Dreitler (SeneCura - Sociální centrum Purkersdorf, Rakousko).

A v neposlední řadě dík patří kolegům a kolegyním v Evropském centru, kteří přispěli k úspěchu a zdaru projektu a napomohli vzniku této příručky: Katrin Gasior za její trpělivou pomoc při tvorbě designu, Andree Hovenier za její vynikající organizaci projektového setkání ve Vídni, Utrechtu, Dortmundu a Londýně a Willemu Stamatii za překlad z angličtiny.

Vídeň, říjen 2010

Obsah

| | | |
|--|----|-----------|
| 1 Úvod | | 3 |
| Výchozí situace | 4 | |
| Metodika a definice | 5 | |
| 2 Práce s ukazateli – funkce a praxe v domovech pro seniory | | 7 |
| Kontrola | 8 | |
| Řídící a zlepšující procesy | 9 | |
| Ukazatele v praxi v domovech pro seniory | 9 | |
| Zkušenosti | 10 | |
| Doporučení | 12 | |
| 3 Výzvy k měření kvality života v domovech pro seniory | | 13 |
| Úvod | 13 | |
| Koncept kvality života | 13 | |
| Výzkum kvality života v domovech pro seniory | 14 | |
| Shrnutí diskuze | 18 | |
| Indikátory kvality života – metodické výzvy a potenciální řešení | 18 | |
| Měření kvality života v domovech pro seniory | 19 | |
| Interpretace výsledků | 20 | |
| Závěry | 21 | |
| 4 Katalog indikátorů a ukazatelů kvality | | 23 |
| Seznam použité literatury | | 78 |

1 Úvod

Nárůst počtu starších lidí, kteří potřebují péči, vyžaduje strukturální změny v dlouhodobé péči, která se v posledních letech pohybuje na rozhraní mezi sociálním a zdravotním systémem. Strategie, jak řídit zvýšení poptávky a následně také nabídky služeb, spočívá téměř ve všech zemích Evropy ve zvýšení účinnosti a efektivnosti poskytování služeb v sociální a zdravotní oblasti: v rámci nového „modelu řízení“ byly otevřeny trhy a rozšířeny nabídky díky veřejným zakázkám, objevují se noví dodavatelé (sociální a komerční). Aby byly všem dodavatelům na tomto trhu zajištěny stejné konkurenční podmínky a byla podpořena orientace na potřeby uživatelů, je zapotřebí zvýšit transparentnost a kontrolu.

Tyto změny rámcových podmínek jsou zásadními ovlivňujícími faktory pro povinné nebo dobrovolné zavedení systému managementu kvality a hledání lepších metod externího zajištění kvality:

- Zřizovatelé musí vědět, které služby mohou financovat a na které dodavatele se mohou spolehnout. Větší průhlednost, jasné definice požadované služby a odpovídající opatření k zajištění kvality, pokud možno na základě jednomyslně přijatých indikátorů, jsou základními předpoklady pro řízení v této oblasti – s ohledem na potřeby uživatelů.
- Také uživatelé, jejich příbuzní a ostatní partneři z domovů pro seniory jsou podporováni v hledání nových cest hodnocení, srovnávání, kontroly a zlepšení kvality v této oblasti.
- Provozovatel domovů pro seniory musí proto s ohledem na kvalitu a průhlednost reagovat jak na změněné politické rámcové podmínky, tak na měnící se očekávání uživatelů a jejich rodin. Strategie k nápravě stávajících nedostatků zahrnuje snahu o větší průhlednost, zapojení veřejnosti, stejně jako zlepšení kvality struktury, procesu a výsledků v organizaci péče.

Tématu zajištění kvality a vývoje kvality v dlouhodobé péči je věnována stále větší pozornost také na úrovni Evropské unie. Na pozadí modernizující debaty o sociálních službách ve všeobecném zájmu a v rámci veřejné metody koordinace v oblasti sociálního zajištění bylo uvedeno nakonec i přání o zajištění kvality sociálních služeb v evropském rozsahu. Projekt „Management kvality na základě cílených indikátorů kvality – na cestě k hodnocení výkonu v domovech pro seniory“ v rámci programu PROGRESS podporuje tento záměr EU v tom smyslu, že „musí být systematicky podporována opatření vedoucí ke zvyšování kvality služeb v sociální oblasti“. (EU Kommission, 2007: 16).

Asi před dvaceti lety vyvinuli různí experti v členských zemích nové modely kvality v oblasti dlouhodobé péče. Komplexnost služeb, stejně jako její nezávislost na kulturních a politických podmínkách, však dala vzniknout rozdílným přístupům a konceptům, přičemž v popředí stály nejvíce otázky kvality a struktury, například v rámci nových akreditovaných směrnic nebo při definici tzv. „expertních standardů“. Zájem o definování cílených indikátorů kvality vzrostl teprve v posledních letech. Vedle definování rozdílných výsledných aspektů jde především také o uvážení, které metody teoretických přístupů mohou být převedeny do praxe.

Cílem projektu „Management kvality na základě cílených indikátorů kvality“ bylo na základě výměny zkušeností mezi vybranými členskými státy vybrat, ověřit a schválit cílené indikátory kvality. Přitom by v popředí měly stát vedle kvality péče především indikátory se zaměřením na kvalitu života. K definici, měření a zhodnocení kvality v domovech pro seniory patří také oblast ekonomiky, vedení/řízení a sociálního kontextu. Z uvedeného vyplývá i další cíl: získat zkušenosti výměnou informací o metodách, jak jsou cílené indikátory (ukazatelé) v domovech pro seniory používány, po případě jak v práci s ukazateli podporovat a trénovat zaměstnance.

Tento projekt byl koordinován evropským centrem pro sociální politiku a sociální výzkum (Viedeň) a realizován ve spolupráci s partnery z Německa (Univerzita Dortmund, MDS, MAGS Severní Porýní-Vestfálsko), Nizozemí (Vilans) a Anglie (Městská univerzita Londýn), stejně tak se zástupci společnosti E-Qalin GmbH z Rakouska, Německa, Itálie, Lucemburska a Slovinska.

Výchozí situace

Vedle indikátorů z odborné literatury byly jako směrnice a minimální standardy při hledání vhodných cílených indikátorů kvality využity následující systémy měření kvality:

- **Referenční modely na podporu rozvoje kvality pobytové péče** byly financovány prostřednictvím sdružení Diakonische Werks Westfalen e.V. a s podporou Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí spolkové země Severní Porýní-Vestfálsko. Vývoj konceptu a odborný doprovod se uskutečnil díky Institutu pro výzkum péče na univerzitě Bielefeld (IPW), zhodnocení se uskutečnilo v Institutu gerontologie na univerzitě v Dortmundu (IfG). Hlavním produktem je příručka k definici a zavedení měřítka kvality pro důležité procesy v domovech pro seniory s důrazem na využitelnost, průhlednost a transparentnost.
- Holandské **Směrnice kvality pro plnohodnotnou péči** byly vyvinuty společně se zastřešujícími sdruženími poskytovatelů, uživatelů a úřady v oblasti zdraví a dlouhodobé péče, přičemž byly zohledněny mezinárodně uznávané cílené indikátory. Během posledních let byly zavedeny směrnice ve všech zařízeních a službách týkajících se dlouhodobé péče a slouží jako základ pro dohled v domovech, stejně jako výroční zpráva všech institucí o sociální bilanci zavazná od roku 2008. Indikátory slouží také k dalšímu plynulému vývoji a jsou zavazujícími součástmi smlouvy pro dodavatele služeb. Program byl kontinuálně hodnocen a prokazatelně působí na zlepšení kvality. Na základě výsledků hodnocení byla v roce 2010 předložena revidovaná verze textu.
- Systém managementu kvality **E-Qalin (www.e-qalin.net)** fungující v Rakousku, Německu, Itálii, Lucembursku a Slovinsku je výsledkem úspěšného evropského projektu (Program Leonardo da Vinci 2004-2007). Spočívá především ve vzdělání procesních manažerů E-Qalin, popřípadě moderátorů metody, a na zapojení všech relevantních aktérů do sebehodnocení 66 kritérií v oblasti „Struktury a procesy“ a 25 ukazatelů v oblasti „Výsledky“. Struktury a procesy jsou hodnoceny pomocí klasického manažerského cyklu (plan, do, check, act), přičemž na účast významných aktérů při plánování, realizaci, kontrole a jednání (Involve) je kladen velký důraz. V oblasti „Výsledků“ se v modelu E-Qalin hodnotí 25 dílčích výsledků pomocí ukazatelů. Příručka obsahuje list ukazatelů, ze kterého každý uživatel vybere ten, který se hodí pro jeho organizaci, nebo definuje vlastní ukazatele k měření právě platných dílčích výsledků. Tyto ukazatele jsou poté analyzovány v rámci sebehodnotícího workshopu podle následujících kritérií: Byly stávající hodnoty (Ist-Werte) navýšeny? Jsou plánované hodnoty (Soll-Werte) definovány a pokud ano, byly dosaženy? Jaký trend je viditelný z vývoje stávajících hodnot (Ist-Werten)? Jak mohou být výsledky interpretovány? Které faktory ovlivnily nynější výsledky? Jaké „Struktury & procesy“ hrály při tom všem roli? Jaká zlepšovací opatření by měla být plánována, aby byly dosaženy neuskutečněné plánované hodnoty (Soll-Werte)? Jaké „Struktury & procesy“ musí být změněny, aby se uskutečnilo (další) zlepšení? Sebehodnocení bude doplněno externí certifikací s cílem trvale implementovat uskutečněné změny v konkrétním zařízení. Po zkušenostech ve více než 100 domovech pro seniory v Rakousku, Německu, Slovinsku, Lucembursku a Itálii je zřejmé, že ačkoliv E-Qalin sílí individuální zodpovědnost a mezinárodní spolupráci, je potřeba dalšího vývoje a vzdělání právě v oblasti popisu a analýzy kvality výsledků.
- **Národní minimální standardy a směrnice pro kontrolu domovů (Key Lines of Regulatory Assessment – KLORA)** byly v Anglii zpracovány Komisí pro Social Care Inspection (CSCI) na základě minimálních standardů pro nemocniční zařízení. Směrnice obsahují sedm výsledných skupin, které byly vyvinuty Ministerstvem zdravotnictví společně s poskytovateli a zástupci seniorských organizací. Kvalita domovů, které jsou kontrolovány, se označuje pomocí hvězd, přičemž hodnotící škála se pohybuje od 0 hvězd (špatné) do 3 hvězd (výborné). Jak standardy, tak i hodnotící metodologie byly v roce 2009 podrobeny revizi, poté co CSCI, která byla kompetentní jen pro sociální oblast, byla sloučena s Komisí pro zdraví a Komisí pro psychické zdraví do komise „Care Quality Commission“ (CQC). Od jara 2010 byl zaveden jen jeden nový hodnotící systém. Podobné vývoje lze vysledovat i ve zbylých částech Spojeného království.

- Dobrovolný program **My Home Life (MHL)** (www.myhomelife.org.uk) je iniciativa ve Spojeném království na podporu kvality života starších lidí. Je podporována Sdružením rodinných příslušníků a uživatelů, jakož i všemi organizacemi, které sdružují poskytovatele domovů pro seniory, stejně jako dvěma renomovanými organizacemi v oblasti péče o seniory (Age UK, Nadace Joseph Rowntree). Základy pro program My home Life vypracovalo společně přes 60 vědců na britských univerzitách, kteří patří k National Care Home Research and Development Forum (NCHR&D). Program je strukturován do osmi témat, která byla definována na základě "best practice" (nejlepší praxe). Témata jsou orientovaná na výsledek a opírají se o evidenci. Tato témata jsou zcela slučitelná se sedmi výsledkovými skupinami inspekčních směrnic KLORA, přičemž program My home life získal vliv také v ostatních částech Spojeného království. Například systém kontroly domovů ve Skotsku (Care Commission) začlenil principy a témata MHL do svých směrnic, ve Walesu a Nordirlandu se o tom diskutuje. Tento program nabízí novou vizi, která trvá na přehlednosti a soustřeďuje se na osobní přístup, je propagována poskytovateli domovů pro seniory.
- Zavedením **pojištění péče** v Německu vzrostl význam pro zajištění kvality v ambulantních a pobytových sociálních službách. Na základě principů a měřítek, které byly sjednány mezi zástupci pojišťoven a organizacemi poskytovatelů, byl inspektory z medicínských služeb (MDK) přezkoušen zákonem předepsaný interní management kvality. Do konce roku 2009 uskutečnil MDK více jak 50 000 inspekcí u poskytovatelů v domovech pro seniory, stejně jako v domácí péči. Důležité při tom bylo zkoumat klinické aspekty péče s ohledem na kvalitu struktur, procesu a výsledků. Díky přezkoumání zdravotního stavu uživatelů mohly být přitom identifikovány důležité faktory ovlivňující kvalitu výsledků a procesů. Tyto faktory byly v posledních letech systematicky dále rozvíjeny a vytváří se seznamy cílených indikátorů kvality.

Metodika a definice

Při vzniku a ověřování katalogu cílených/výsledných indikátorů nebylo ani pro experty jednoduché rozlišovat mezi kvalitou procesu a výsledku, proto musely být opět zdůrazněny odpovídající definice (Zimmerman et al., 1995):

- „Indikátory procesu reprezentují obsah, aktivity a postupy, na které se odvolávají poskytovatelé ve svých výpovědích o zvýšeném stavu uživatelé. Kvalita procesu obsahuje takové aktivity, které se udály uvnitř a mezi zaměstnanci a uživateli.“
- „Výsledné hodnoty kvality výsledků zobrazují výsledek aplikovaných procesů“.

Zatímco Zimmerman et al. (1995), stejně jako ostatní před ním (Donabedian, 1980) zaměřili svá měření výsledků na změny ve zdravotním stavu uživatele, je koncept v předloženém katalogu orientován širěji: vybrané indikátory jsou zde chápány jako „měřitelné hodnoty, které jsou vhodné, aby určily stupeň dosažení cíle ve výsledcích v různých oblastech kvality v domovech pro seniory“. Vedle kvality péče obsahuje katalog indikátory orientované především na kvalitu života, tedy takové, které osvětlují výsledky v oblastech vedení, ekonomiky a (sociálního) kontextu. Při tom byly zohledněny rozdílné perspektivy uživatelů, zaměstnanců, managementu a jiných významných aktérů (zřizovatelé, rodinní příslušníci, ostatní zainteresované osoby). Vybrané indikátory mají podporovat zainteresované osoby při práci, aby byly jejich aktivity, stejně jako úspěch a neúspěch zřetelné. Cílené indikátory kvality slouží k definici cílů na úrovni jednotlivých domovů, v regionálním kontextu nebo také na úrovni země. Z tohoto důvodu neobsahuje katalog žádné společné standardy pro jednotlivé indikátory. Teprve díky analýze stupňů dosažených cílů mohou být zainteresované osoby pobídnuty k přemýšlení o možnostech zlepšení a o definování odpovídajících opatření, například díky změně těchto procesů a struktur, které přímo nebo nepřímo ovlivňují výsledky stávajících indikátorů.

Celkově by měly vybrané indikátory splňovat následující podmínky:

- **Schopnost řídit změny:** ukazatelé jsou nástrojem ke zlepšení pracovní a životní situace pro všechny zapojené osoby v domovech pro seniory. Jsou důležité pro vedení, protože zařízení si tím může ověřit, jak je daleko od provedení definovaného cíle.
- **Ověřitelnost/platnost/spolehlivost:** indikátory by se měly co možná nejvíce opírat o empirickou evidenci, jejich působení na kvalitu péče a života uživatelů by mělo být doložitelné.
- **Proveditelnost:** je potřeba dát pozor na to, které zdroje jsou potřebné pro zjištění nutných informací a dat, přičemž je potřeba brát v potaz čas, finanční prostředky, profesní kompetence a etické uvažování.
- **Zevšeobecnění:** indikátory by měly být pokud možno použitelné ve všech domovech pro seniory. Tato podmínka nemohla být dodržena u všech indikátorů na základě politických, kulturních a strukturálních rozdílů jak mezi členskými státy, tak i mezi jednotlivými zeměmi – odpovídající proces výběru se musel konat na úrovni jednotlivých domovů a/nebo zemí, potažmo regionů.
- **Kvantifikace:** cílené indikátory jsou vždy prezentovány v kvantitativní formě – jako ukazatel – i když v mnoha případech se opírají o kvalitativní informace. A to slouží v neposlední řadě ke zjednodušení porovnávání a evaluaci zlepšujících opatření.

Poté, co projektový tým vypracoval v první fázi předběžný katalog cílených indikátorů (mezi zářím 2009 a dubnem 2010), byly indikátory z katalogu podrobeny dvěma formám validace. Na jedné straně byl katalog podroben recenzím expertů (DELPHI-anketa) a na druhé straně byl ověřen praxí v domovech pro seniory:

- Na DELPHI-anketu bylo pozváno více než 10 expertů a expertek ze sedmi členských států (Rakousko, Německo, Itálie, Lucembursko, Nizozemí, Velká Británie, Slovinsko), aby schválili předložený katalog. K tomu byli vybráni zástupci veřejné správy, kontrolních orgánů, organizace uživatelů a poskytovatelů, jakož i vědci zvolení na základě vybraných kritérií, jako jsou znalosti v oboru, praktické zkušenosti s národními směnicemi kvality nebo na základě hlavních bodů jejich výzkumu. V rámci tří anonymních kol ankety (online) byli experti požádáni, aby okomentovali každý indikátor z hlediska jeho důležitosti a realizovatelnosti. Kromě toho existovala možnost přeformulování a/nebo navržení doplňkových indikátorů. Projektový tým po každém kole ankety analyzoval výsledky a připravil pak následující kolo. Anketa, aplikační program, který byl spuštěn přes internet, jakož i analýza výsledků byly organizovány a zajištěny nizozemským partnerem projektu, společností Vilans.
- Validace v praxi byla uskutečněna díky zástupcům více než 20 domovů pro seniory ze tří zemí (Rakousko, Německo, Lucembursko). Vedoucí domovů odpovědní za kvalitu, kontrolní, vedoucí ošetrovatelských úseků a další vedoucí síly byli podníceni, aby schválili předložený katalog jak ve vlastních workshopech (2 x 2 dny), tak i na základě své denní praxe. Workshopy byly zajištěny a ohodnoceny partnerskou organizací E-Qalin GmbH v Německu, Lucembursku a Rakousku. K tomuto účelu byla vybrána zařízení, ve kterých je aplikován systém managementu kvality E-Qalin, a to ze tří důvodů: Za prvé byl projektový partner E-Qalin GmbH připravený a pověřený zorganizovat workshopy a vytvořit odpovídající design školení. Za druhé zařízení s modelem E-Qalin už přinejmenším jedno sebehodnocení podle modelu E-Qalin uskutečnila, čímž se předpokládalo, že vedoucí pracovníci a zaměstnanci budou mít pochopení pro důležitost práce s ukazateli. Za třetí bylo během sebehodnotící fáze zřetelné, že v těchto domovech pro seniory existuje potřeba po dalším vzdělání a reflexi k tématu ukazatelů kvality.

V poslední fázi projektu byly všemi partnery analyzovány a konsolidovány shromážděné výsledky. Indikátory, pro které nebyla nalezena shoda ani při DELPHI-anketě ani v E-Qalin workshopech, jakož i nové indikátory, které byly navrženy během validační fáze, byly diskutovány v rámci projektového setkání. K tomuto setkání byli pozváni také zástupci expertů DELPHI a účastníci validačních workshopů, aby rozhodli v kolegiálním rozhovoru, jaké sporné indikátory by měly být ještě přijaty, popřípadě odmítnuty.

Předložená příručka obsahuje vedle schváleného seznamu 94 cílených indikátorů kvality (kapitola 4) také podněty a rady, jak by mohly být tyto indikátory použity v praxi (kapitola 2). Kapitola 3 se zabývá výzvami a pokusy řešení, které by měly měřit kvalitu života v domovech pro seniory. Příručka se tedy obrací na všechny osoby, které v domovech pro seniory žijí a pracují (poskytovatelé, management, zaměstnanci, uživatelé a jejich rodinní příslušníci či zákonní zástupci), stejně jako na zřizovatele, kontrolní orgány a politiky.

2 Práce s ukazateli – funkce a praxe v domovech pro seniory

Úvod

Ukazatele jsou přeceňovány a podceňovány zároveň. Přeceňovány jsou od těch, kteří si myslí, že se dá vyjádřit kvalita domovů pro seniory prostřednictvím jednoduchých hodnocení a školních známek. Indikátory jsou zároveň podceňovány vedoucími pracovníky a zaměstnanci sociálního a zdravotního sektoru, kteří si myslí, že se mohou vyhýbat konkurenci, transparentnosti podávání výkonů, rozvoji kvality a srovnávání výsledků.

Z obou důvodů jsou všude a oprávněně požadovány ukazatele: zatímco „Benchmarking“ a školní známky musejí trvat na definovaných metodách, platných a sjednocených ukazatelích, jakož i na přesném získání údajů, mají vedoucí a zaměstnanci domovů pro seniory úkol dokázat zřizovateli, uživatelům a kritické veřejnosti, jak využívají veřejné peníze, proč jejich domov upřednostnil jiné vybavení a jak moc důvěryhodná je jejich práce. Ministerstva a jiné řídicí úřady se vyvíjejí daleko od finanční podpory k poskytovatelům služeb, pro které je zajištěn důležitý přesný popis produktů a výsledků. S tím spojené indikátory a ministerské standardy slouží poskytovatelům často jen k tomu, aby bylo vyhověno požadavkům zřizovatele a jeho kontrolním orgánům, místo toho, aby se kvalita jejich domovů kontinuálně zlepšovala. Kromě toho uzákoněné standardy a akreditované směrnice často stanovují pouze strukturu kvality (personální klíč, velikost prostorů atd.) a nejsou adaptabilní kontinuálně se měnícím sociálním a hospodářským podmínkám, měnícím se očekáváním uživatelů a změnám na pracovním trhu. Přesto zůstávají zákonné standardy základními předpoklady pro provoz a kvalitu domovů pro seniory.

Existují ale i jiné tendence: stále více komerčních a neziskových institucí přijalo systémy managementu kvality a připravilo se na hledání společného nástroje k měření kvality jejich výsledku (Evers et al., 1997). Veřejné správní orgány vyvíjejí řídicí ukazatele pro sociální oblast a Evropská komise podporuje vývoj směrnic pro kvalitu v oblasti služeb.

Cílené indikátory kvality popř. ukazatele nám poskytnou jen omezené informace o kvalitě domovů pro seniory. Jako měřicí jednotky poukazují na možné slabé a silné stránky nebo na problémové oblasti, které musejí být dále prozkoumány a prodiskutovány. Nic víc, ale také nic míň (Bullen, 1991).

Přehled ukazatelů je výchozím bodem pro řídicí a zlepšující procesy při zapojení všech osob, které se na těchto procesech a s tím spojených aspektech poskytování služeb podílejí (Eisenreich et al., 2004). Z tohoto důvodu vzniklo důležité kritérium pro výběr a schválení jednotlivých indikátorů relevantních pro řízení kvality v domovech pro seniory. Přitom platí jeden řídicí ukazatel, který by mohl určit, jak daleko jsou nynější organizace k dosažení provedení definovaných cílů. Díky této definici by měl být zdůrazněn pohled na zlepšování kvality díky vývoji organizací, které se odlišují od jasných definicí standardů a/nebo srovnání výkonů mezi systémy dlouhodobé péče (Challis et al., 2006).

Práce s ukazateli na úrovni organizace je tedy spojená s kontrolní řídicí funkcí, která má díky poskytnutí nástrojů/metod a informací umožnit účinně využít plánování a kontroly. Práce s ukazateli v domovech pro seniory přitom ale přesahuje i klasické hospodářské definice a kontrolní řídicí funkce – komplexnost domovů pro seniory vyžaduje řízení kvality péče, organizační kultury v kontextu sociálních sítí a zlepšení kvality života uživatelů, rodinných příslušníků a zaměstnanců.

Plánování

Plánování práce s ukazateli se může uskutečnit v rámci strategických procesů, ve spojitosti se zavedením managementu kvality nebo cíleného kontrolního systému. Je přitom důležité definovat požadované cíle, k tomu vybrat správné ukazatele a definovat odpovídající Soll-Werte (cílové hodnoty). V souvislosti s tím je také nutné testovat, jestli je organizace „fit pro kontrolu management“, popř. připravená pro práci s ukazateli.

Definované ukazatele a Soll-Werte (cílové hodnoty) tvoří rámec a základ pro budoucí rozhodování, proto je důležité se ujistit, že tyto ukazatele je možné kvantitativně (numericky) znázornit a v kontextu současných organizací řídit, schválit a provést.

Ukazatele jsou indikátory pro chod domova pro seniory, nezobrazují ale veškeré výkony a kvality organizace. Proto je relativně zbytečné vybrat stovky ukazatelů (například všechny indikátory ze zde uvedeného seznamu), když nemohou být současně kontrolovány a ovlivňovány řízením. Požadovaná flexibilita by se mohla ztratit a zaměstnanci by se zabývali už jen získáváním údajů. Zároveň by nenabízeli k řízení kontroly dostatečný rámec pro zlepšující procesy. Doporučením pro praxi může být to, že průměrné domovy pro seniory mohou ze začátku pracovat s asi 10–15 ukazateli. K tomu se přidají event. další ukazatele na úrovni jednotlivých oddělení nebo oblastí a/nebo takové, které si na příklad zakládají na anketách/dotazníkových šetřeních, které by mohly být prováděny jen v pravidelných ročních sledech nebo se zvětšujícími se časovými odstupy (viz kapitola 3 – Výzvy k měření kvality života v domovech pro seniory).

Další plánovaná témata se týkají rozdělení odpovědnosti za zjišťování, dokumentaci a zhodnocení, jakož i zpravodajství. Například by mělo být ujasněno, zda vývoj a uskutečnění šetření a jejich vyhodnocení by nemělo být raději provedeno nějakou externí osobou/organizací.

Připraveni na „Controlling“ (kontrolní management)?

Kontrola dosáhne účinku jen tehdy, když bude vedoucími silami akceptována a používána. Základem je společná představa o tom, k čemu by kontrolní funkce měla sloužit, co by mělo být realizováno a jak to všechno funguje. Pomocí kontrolního listu by měla být kriticky hodnocena následující témata:

- Podpůrné rámcové podmínky: Byly managementové a řídicí principy v organizaci sjednané nebo projednané? Povšimli si vedoucí pracovníci ve svých současných funkcích plánování a kontroly?
- Vnitřní sebehodnocení: Existuje u zaměstnanců všeobecná představa, jak se používá a jakou má funkci kontrolní management?
- Standardizované řídicí procesy: Byly probíhající standardizované procesy plánování a kontroly systematicky definovány a jsou tyto procesy také praktikovány?
- Odpovídající nástroje: Jsou metody a nástroje kontrolního managementu a práce s ukazateli dobře využitelné a je možné je propojit s ostatními nástroji? Jsou zaměstnanci dostatečně proškoleni, jak s těmito nástroji pracovat?
- Potenciál managementu: Mohou, smějí a chtějí vedoucí pracovníci s těmito nástroji kontrolního managementu pracovat?
- Popis funkcí: Je jasně definováno, kdo za které úkoly odpovídá? Nebo existují dostatečně kvalifikovaní kontroloři?
- Organizace: Existuje jednoznačné zařazení kontrolního managementu v organizační struktuře zařízení?

Zdroj: Úplný seznam si můžete vyžádat na www.bvmba.net

Kontrola

Plánování bez kontroly nemá význam. Pouze prostřednictvím kontroly mohou být správně nastaveny následující funkce práce s ukazateli:

- upřesnit a operačně analyzovat cíle (Soll-Werte),
- zdokumentovat výkony pomocí měřících jednotek,
- zhodnotit stupeň dosaženého cíle, ve kterém jsou porovnávány plánované cíle (Soll-Werte) a výsledky (Ist-Werte),

- vytvořit transparentnost ve vztahu k uživatelům, příbuzným, zaměstnancům, jakož i externím účastníkům (zřizovatel, subdodavatelé, veřejnost),
- zřídit systém časného varování, ve kterém bude možné pozorovat vybrané měřicí jednotky,
- identifikovat možnosti zlepšení, ve kterých bude provedeno interní srovnání stávajících a plánovaných hodnot v určitém časovém období a eventuelně také srovnání s ostatními zařízeními.

Systematická kontrola musí stanovit a přezkoušet, které vybrané ukazatele a z jakých důvodů by měly být uplatněny. Jasné definice jsou pro to základním předpokladem. Kromě toho se musí na formální úrovni jasně stanovit, kdo data zprostředkuje (důvěryhodná osoba), jak (formuláře), kdy a s jakou frekvencí se šetření dat provede a komu budou data zprostředkována, popř. jaká skupina osob uskuteční hodnotící rozhovor. Všeobecně se musí dávat pozor na to, aby se zaměstnanci vyhnuli frustraci z hodnocení (např. když jsou data dvojnásobně ověřována, nebo není zcela jasné, která opatření byla odvozena z výsledků šetření).

Řídící a zlepšující procesy

Ukazatele odkrývají dílčí oblast managementu kvality tím, že se jedná o definování, zhodnocení a zlepšení výsledků a dílčích výsledků dosažených výkonů. Čísla sama o sobě mají přitom jen omezenou výpovědní hodnotu. Rozhodující je analýza výsledků a vznik řídicích opatření.

Díky důkladné analýze, která odkryje vývoj a odchylky od definovaných cílových hodnot (Soll-Werte), mohou být identifikovány kritické faktory úspěchu. Při tom je důležitá co nejvíce otevřená atmosféra pro vzájemné rozhovory, při kterých nejde o osobní útoky a ospravedlňování. Takové časové hodnotící rozhovory se mohou odehrávat v jedné vlastní pracovní skupině nebo také v dialogu mezi vedoucím a zaměstnancem, který je odpovědný za jednání se stávajícími ukazateli. Zde byly zjištěny i jiné procesy a struktury v domovech pro seniory, které ovlivnily současné ukazatele.

Vedle identifikace překážek, které stály popř. stojí v rozporu s dosažením cíle, by měla být nakonec definována řídicí opatření, která zahájí další krok ke zlepšení nebo přinejmenším zamezí tomu, že definované standardy nebudou nadále plněny.

Ukazatele v praxi v domovech pro seniory

Systematické zahrnování ukazatelů do úkolů managementu od vedoucích pracovníků v domovech pro seniory stojí zatím na počátku. Ve většině zařízení jsou pro plánovací a řídicí procesy používány v nejlepší podobě ukazatele z účetnictví. Pro vedoucí domovů pro seniory představuje šetření a analýzy ukazatelů kvality z pohledu uživatelů (kvalita péče a života) nebo zaměstnanců (kvalita práce) a z toho odvozené strategie a realizace zlepšujících procesů zatím úplnou novinku.

To je jistě založeno na skutečnosti, že uživatelsky orientované sociální služby byly dlouhý čas zaměřeny spíše na pracovní-eticke standardy a kvalitu vztahů, než na ekonomickou výkonnost a kvalitu výsledků. Na pozadí zmenšujícího se sociálního rozpočtu a směřování k tržním mechanismům (pozn.: New Public Management), ale také na základě stoupajících očekávání zákazníků stojí poskytovatelé sociálních služeb před novými výzvami, které podle kontrolního řízení vyžadují efektivitu a cílené ukazatele. Je velmi důležité, aby sociální zařízení od teď neupřednostňovalo výhradně jen hospodářská kritéria, nýbrž aby byla specifika uživatelsky orientovaných sociálních služeb zakomponována také do odpovídajícího managementu kvality. Cílem musí být zachovat kvalitu specifickou pro každé konkrétní zařízení – mimo jiné díky práci s cílenými ukazateli – s konkrétními čísly a fakty, aby jednání se zřizovateli o ceně a kvalitě bylo plnohodnotné a srozumitelné.

Pro splnění těchto úkolů neexistuje ideální cesta, ale objevují se různorodé základy v členských státech Evropské unie, které díky propojení a výměně mohou být dále výnosně rozvíjeny a využívány. V rámci projektu „Management kvality na základě cílených indikátorů kvality“ bylo těmto žádostem několiknásobně vyhověno, v neposlední řadě díky organizaci workshopů pro vedoucí domovů pro seniory (viz Přehled 1).

Přehled 1: Workshop k vývoji a validaci ukazatelů pro domovy pro seniory

| | |
|---------------------------|--|
| Cíle | <ul style="list-style-type: none">• Definice a reflexe „cílených indikátorů kvality“: Jaké indikátory mohou pomoci při řízení kvality v domovech pro seniory?• Identifikace aspektů a dílčích oblastí relevantních pro řízení domovů pro seniory: Co by mělo být řízeno?• Přednesení a výměna dosavadních zkušeností s ukazateli.• Poznání nových indikátorů, založených na mezinárodních zkušenostech: Jsou tyto indikátory relevantní pro domovy pro seniory v mé zemi?• Definovat kritéria pro validaci ukazatelů v závislosti na kontextu. |
| Cílová skupina | <ul style="list-style-type: none">• Vedoucí se zkušenostmi v práci s cílenými indikátory kvality (ukazateli). Upřednostněni byli zástupci zapojených organizací, jakož i domovy pro seniory se znalostmi kontrolních funkcí. |
| Metody | <ul style="list-style-type: none">• Interaktivní workshop, moderování, pracovní skupiny, nástroje pro validaci |
| Workshop 1 (2 dny) | <ul style="list-style-type: none">• Představení projektu a informace o úkolech a očekávání pro/od účastníky/ů.• Vysvětlení pojmů: cílení ukazatelé, řízení kvality, práce s ukazateli, kontrolní řídicí funkce a ukazatelé, řízení ukazatelů.• Identifikace aspektů důležitých pro řízení domovů pro seniory a relevantních ukazatelů.• Výměna zkušeností z práce s ukazateli.• Představení ukazatelů založených na mezinárodních zkušenostech.• Stanovení úkolů a kritérií pro validaci ukazatelů mezi oběma workshopy. |
| Workshop 2 (2 dny) | <ul style="list-style-type: none">• Zpětná vazba účastníků k relevantnosti představených ukazatelů.• Reflexe kritérií pro důležitost ukazatelů při rozdílných rámcových podmínkách.• Výběr 10 nejdůležitějších ukazatelů, jakož i výběr 10–15 doplňkových ukazatelů s ohledem na rozdílné rámcové podmínky. |

Tyto workshopy měly dva hlavní cíle: Za prvé měly podnítit národní a nadnárodní výměnu použitých, chybějících a nových témat pro práci s ukazateli, za druhé se účastníci zapojili do validace předběžných ukazatelů, čímž bylo podpořeno vzájemné propojení s mezinárodními perspektivami. Vlastní design workshopů zahrnoval intenzivní tréninky v Německu, Lucembursku a Rakousku v rozsahu dvakrát dva dny. Kromě toho se všech 34 účastníků podílelo na ověření předběžných ukazatelů mezi oběma workshopy.

Zkušenosti

První poznatek spočíval již na začátku workshopů v tom, že systematická kontrolní funkce s pomocí ukazatelů v denní praxi v domovech pro seniory se nachází jen v základní formě. Cílené šetření dat následuje zřídka a zjišťování spokojenosti uživatelů, zaměstnanců a příbuzných, přátel uživatelů se konají také jen zřídka. Často se objevuje negativní postoj zaměstnanců kvůli obavám ze ztráty samostatnosti a strachu z kontroly a vzájemného srovnávání. Zajištění a dokumentace kvality byly provedeny zvláště tehdy, když byly ohlášeny inspekce, popř. jen aby byly dodrženy zákonné podmínky. Zavedením managementu kvality se zvýšilo vědomí pro vývoj kvality a strategického plánování v domovech pro seniory. Účastníkům připadalo přínosné definovat použití ukazatelů podle různých cílů a kontextů (Přehled 2).

Přehled 2: Využití cílených indikátorů kvality podle cílů a kontextu

| | | | |
|--------------------------|---|---|---|
| <i>Kontext/ Cíl</i> | Systematická kontrola v denní praxi | Evaluace a zajištění kvality | Strategické plánování |
| <i>Počet Indikátorů</i> | 10–15 indikátorů | 20–25 indikátorů v rámci systému managementu kvality nebo stanovených zákonem | Revize a výběr vhodných ukazatelů k řízení (Controlling) |
| <i>Metoda/ Zdroj</i> | Kontinuální zjišťování dat a dokumentace; cílené dotazování | Kontinuální dokumentace, dotazníky, externí certifikace, popř. inspekce | Zhodnocení práce s indikátory; přezkoumání řídicí kontrolní funkce-nástroje |
| <i>Četnost</i> | denně, týdně, měsíčně, čtvrtletně | Ročně (každé 2 roky) | Každé 3–4 roky |

Účastníci na validačním workshopu (většinou obchodní zástupci, vedoucí domovů pro seniory, vedoucí ošetrovatelského úseku, osoby zodpovědní za kvalitu a inspektoři z privátních, neziskových a veřejných organizací) mohli identifikovat nevyčerpatelnou řadu možností práce s ukazateli, jako například analýzu vývoje v určitém uplynulém období, interní porovnávání nebo i srovnávání s jinými podobnými poskytovateli, stejně jako základy benchmarkingu v regionálním kontextu.

Častý neřešitelný problém pro vedoucí zaměstnance je výběr těch „správných“ ukazatelů – proto často nejsou žádné indikátory používány. Bylo proto důležité vyměnit si zkušenosti s indikátory, které vycházejí z ekonomicko-provozních dat. Už v prvním workshopu bylo všem účastníkům jasné, že indikátory nejsou jen „správné“ nebo „špatné“, ale že jsou užitečné především tím, že podporují analyzační procesy a slouží k řízení zlepšovacích opatření.

Při práci s ukazateli je nutné nejdříve si stanovit měřitelné a srozumitelné cíle – v rámci poskytování péče, ve vztahu ke kvalitě života uživatelů a zaměstnanců, vedení a hospodárnosti nebo ve vztazích s příbuznými, partnery a dodavateli. Jen ten, kdo nejprve definoval a zjišťoval indikátor „podíl uživatelů s proleženinami v domovech pro seniory, u kterých tento problém začal“, může potom přezkoušet, jestli byly stanovené cíle dosaženy. Jen ten, kdo provádí pravidelná šetření o spokojenosti, příbuzných a zaměstnanců, může uvažovat o možných příčinách a vlivech řídicích opatření a provést opravy. Jen na základě podrobné analýzy, proč cíle (ne)byly dosaženy, mohou být zlepšující opatření stanovena a realizována.

Díky cílenému výběru 10–15 ukazatelů, systematické kontrolní funkci a zapojením těchto témat do všedního dne může být zahájen trvalý zlepšující proces v domovech pro seniory. Pokud si vedoucí pracovníci a zaměstnanci tento přístup už jednou osvojili, bude již výběr vhodných ukazatelů jednodušší, resp. jejich rozlišení od ostatních indikátorů, které musí mít v denní práci stále na očích.

Předmětem druhého workshopu bylo stanovit jednotlivé kroky plánování a realizace, účastníci workshopu vybírali „oblíbené ukazatele“ a kromě toho dali projektovému týmu zpětnou vazbu, které ukazatele z předloženého seznamu z pohledu vedoucích domovů pro seniory jsou pro praxi a řízení důležité. Přitom bylo rozlišeno mezi ukazateli, které jsou důležité pro „všechny“ domovy pro seniory, které jsou důležité jen „při určitých podmínkách“ a které nejsou důležité vůbec.

Účastníci využívali hodně pozitivní energie a praktických podnětů, metod a nástrojů k práci s ukazateli. Vedle výběru konkrétních ukazatelů a jejich přesné definice jde tedy o spojení analýzy a řízení, stejně jako o propojení výsledků ukazatelů a s tím spojenými procesy všedního dne. Workshopy také přispěly k odbourání strachu z kontrol, byrokracie a trestů při práci s ukazateli.

Doporučení

Validační workshopy s uživateli ukázaly na mnoha úrovních zajímavé aspekty práce s ukazateli při každodenní práci v domovech pro seniory.

- Zájem o ukazatele v domovech pro seniory je vysoký, pokud nejsou z venku vnímány jako pouhý závazek. Tato zkušenost byla ověřena také MDK-testováním (Inspekce kvality ošetrovatelské péče) v Německu: Vedoucí a zaměstnanci vnímají toto testování prostřednictvím stanovených indikátorů jako uznání jejich práce a jako podnět k vylepšení služeb.
- Cílené indikátory kvality nemají samy o sobě smysl, ale slouží jako nástroj k podnícení reflexe a dialogu o příčinách a možných účincích jednání a intervence v organizaci.
- Práce s ukazateli je prospěšná pro zlepšení kvality v domovech pro seniory, nezávisle na tom, jaký specifický systém managementu kvality bude zaveden. Ve spojení se současným managementem kvality (zapojení zaměstnanců a uživatelů, propojení s partnerskými organizacemi, spojení se strategickým managementem) se otevírají další obohacující vlivy.
- Systematická kontrolní řídicí funkce a vypořádání se s kvalitou výsledků ve formě ukazatelů vyžaduje odpovídající školení a zavedení pod širším zapojením zaměstnanců (viz Přehled č. 3).
- Měly by být rozšířeny současné důkazně podložené analýzy odpovídajících ukazatelů a standardů pro domovy pro seniory.

Důležitý krok k dalšímu rozšíření integrované práce s ukazateli by jistě vytvořil intenzivní dialog mezi poskytovateli a zřizovateli, popř. kontrolními orgány, jakož i organizacemi (potenciálně) zastupujícími uživatele domovů, aby se sjednotil význam a dosah ukazatelů, jejich výběr a stupeň transparentnosti, který bude vnímán jako užitečný a bude akceptovaný všemi zúčastněnými.

Přehled 3: Doporučený obsah tréninků k práci s ukazateli v domovech pro seniory

- Vysvětlení pojmů: cílení ukazatelé, řízení kvality, práce s ukazateli, kontrolní řídicí funkce a ukazatelé, vedení pomocí ukazatelů
 - Identifikace aspektů důležitých pro řízení a dílčí oblasti v domovech pro seniory a odpovídající ukazatele
 - Výměna zkušeností s prací s ukazateli
 - Vývoj vlastních ukazatelů na základě ukazatelů v této příručce
 - Reflexe kritérií pro relevantnost ukazatelů při rozdílných rámcových podmínkách
 - Výběr 10–15 nejdůležitějších ukazatelů pro vlastní organizaci
 - Plánování realizačních kroků ve vlastní organizaci popř. zařízení: rámcové podmínky před zavedením, plánování, odpovědnosti, systematické řízení
-

3 Výzvy k měření kvality života v domovech pro seniory

Úvod

Základem mnoha kvalitativních iniciativ je především kvalita struktury a procesu. To souvisí s profesionalizací péče, která zvláště z počátku zaměřila ohnisko zájmu na kvalifikační požadavky pečujícího personálu a především na zvyšující se kvalitu pečovatelských procesů. Dále v Evropě pomalu probíhá změna pohledu ze silné orientace na výsledek k orientaci na uživatele, především s ohledem na aspekty kvality života.

Co se týče potenciálních výsledků, neexistuje ještě žádné stanovisko, jakou hodnotu v rámci různých dimenzí by měly mít. Zvláště zřetelné to je v diskuzi o kvalitě života, která představuje v mnoha konceptech spíše souhrn neupřímných slibů, než pojetí, které je odborně fundované, ve svých rozměrech provozuschopné a ve všednodenní práci realizovatelné. Někdy také chybí vhodné důkazy a spolehlivé indikátory u výsledků pečovatelských intervencí, to platí tím víc pro kvalitu života, především s ohledem na hodnocení z perspektivy těch, kteří potřebují péči.

Výzkum kvality života nevykazuje žádnou jednotnou tradici. Proto není divu, že pojmy „kvalita života“, „spokojenost“ nebo „dobrý zdravotní stav“ byly sice v různých kontextech výzkumu zaznamenány, ale žádné všeobecné pojetí kvality života lidí v domovech pro seniory stanovené nebylo. Pojem „kvalita života“ přitom souvisí s pocitem prožívání spokojeného života. Podle toho je kvalita života komplexní multimediální koncept, který obsahuje velký počet materiálních stejně jako nemateriálních, objektivních a subjektivních, individuálních a kolektivních uspokojujících komponentů a zdůrazňuje to „lepší“ oproti „běžnému“.

Od 70. let se výzkum stavu životních podmínek zaměřuje na subjektivní dimenzi, na tzv. subjektivní dobrý zdravotní stav. Vedle tohoto směru výzkumu přiděлил také psychologicky orientovaný výzkum dobrého zdravotního stavu a zdraví (Abele/Becker, 1991; Mayring, 1987) významnou hodnotu subjektivnímu vnímání kvality života. To samé platí pro gerontologii a vědu o ošetřovatelství, která sice doteď nebyla schopna vytvořit žádný jednotný teoretický konstrukt kvality života, ve kterém by se prosadil blahobyt a spokojenost jako indikátory úspěšného procesu stárnutí na jedné straně a adekvátní měřitelné péče na straně druhé. S odkazem na výzkumy stárnutí se ukazuje, že se v posledních letech objevují pokroky při měření subjektivní a objektivní kvality života v oblasti „kvality života vztahující se ke zdraví“, bydlení stejně jako participace a sociální podpory. Výzkum kvality života starších lidí obzvláště v pobytových zařízeních sociální a zdravotní péče naopak vyžaduje rozvoj. V tomto ohledu je také výzkum s ohledem na kvalitu života a dlouhověkost dnes ještě velmi nerozvinutý.

Koncept kvality života

Pojem „kvalita života“ zahrnuje v podstatě dva rozměry, objektivní a subjektivní. Objektivní pohled může být chápán pomocí objektivního indikátoru k individuální životní situaci. Relevantní oblasti jsou přitom socioekonomický status, bydlení a okolí bydliště, sociální vztahy a sociální podpora, stejně jako stupeň účasti na veřejném životě. Individuální složky se obracejí více na individuální zhodnocení této situace, tedy vnímání kvality života v těchto a dalších oblastech, což zahrnuje jak kognitivní, tak i emocionální aspekty. V této souvislosti je důležité, aby individuálně vnímaná kvalita života nezahrnovala jen relevantní oblasti života, ale také nemateriální a kolektivní hodnoty jako je svoboda, spravedlnost nebo také míra individuálně vnímané autonomie. Do jisté míry nabývají tyto nemateriální hodnoty jako důstojnost, soukromí a bezpečnost většího významu než přímo kvalita života uživatelů, vzhledem k tomu, že tvořivé možnosti uživatelů jsou s ohledem na jejich objektivní životní okolí omezeny (viz též Kane, 2003).

Soulad obou perspektiv může být v kladném případě („správné“ objektivní podmínky a subjektivní hodnocení) ohodnocen jako vysoká popř. dobrá kvalita života, zatímco v negativním případě (špatné objektivní podmínky a subjektivní hodnocení) může být hodnocena jako nízká popř. špatná kvalita života. Ovšem je nutné připo-

menout, že souvislosti mezi subjektivní kvalitou života a objektivními znaky jsou často nepatrně vyhraněné (Kane, 2003), v této souvislosti se mluví také o věkovém paradoxu: Výsledky výzkumu odkazují na to, že právě starší lidé bez prokazatelných objektivních zdrojů vykazují vysokou spokojenost (Mayring, 1987; Smith et al., 1996; Staudinger, 2000). Ovšem tento empiricky stanovitelný fenomén není hodnocen pouze jako paradox, ale je někdy interpretován jako výsledek tvárnosti věku (Lehr, 1997) popř. jako „coping strategie“ (Wettstein et al., 1998). Těsně za těmito poznatky stojí nakonec také stále otázka validace (platnosti) odpovědí od uživatelů. Kane (2003) vnímá ověřování subjektivních fenoménů jako centrální výzvu pro výzkum kvality života, i když možná na tuto otázku konečná odpověď ani neexistuje.

Pokud bychom se omezili pouze na úroveň zjišťování objektivních oblastí kvality života, v důsledku by to znamenalo vynechat podstatnou perspektivu, protože zvláště posudky z výzkumu kvality života (mj. Idler, 1993; Filipp/Mayer, 2002; Lehr, 1997; Mossey/Shapiro, 1982) jasně ukazují, jak nenahraditelný je význam subjektivní perspektivy při posuzování individuální kvality života.

S ohledem na rozlišení subjektivních a objektivních komponentů se vytváří převážná shoda. Rozdílné metodické zhodnocení spočívá však s ohledem na měřené hodnoty v subjektivní kvalitě života. Při tom je za prvé rozlišováno mezi kognitivně dosaženými komponenty „spokojenosti“ a emocionálními komponenty „štěstí“. Jiná konceptualizace po vzoru Lawtona (Lawton, 1984) rozlišuje 4 aspekty subjektivní kvality života:

- negativní emocionální faktor,
- pozitivní emocionální faktor,
- štěstí jako přesvědčení, že pozitivní emoce jsou dlouhodobé,
- cílová kongruence, to znamená přesvědčení dosáhnout vlastního cíle.

Štěstí přitom představuje centrální, rozsáhlý a v diskuzi o adekvátní péči často opomíjený faktor pro tělesné a duševní zdraví a zahrnuje jak aktuální, tak i obvyklý zdravotní stav. Aktuální zdravotní a duševní stav zahrnuje momentální prožívání jedné osoby, pozitivně zabarvené pocity, nálady a tělesné vjemy, jakož i postrádání zdravotních potíží (Becker, 1991: 13). Při obvyklém zdravotním stavu se jedná o „výpovědi o typickém zdravotním stavu konkrétní osoby, to znamená o posouzení nahromaděných emocionálních zážitků“.

Na otázku, v jakém vztahu stojí kvalita péče a kvalita života, výzkum neodpovídá jednoznačně. Všeobecně se teoreticky přijímá, že kvalita života uživatelů pozitivně souvisí s kvalitou péče. Pod tímto pojetím může sloužit kvalita života jako indikátor kvality péče. Výsledky výzkumu tomu přikládají jen malou váhu a nabízejí nejednotný obraz závislý na tom, jaké aspekty jsou chápány jako kvalita života a péče. Provedený výzkum však často neukazuje žádnou souvislost mezi kvalitou péče a kvalitou života (Challinger et al., 1996; Rubinstein, 2000; Sowarka, 2000).

Vztah mezi kvalitou péče a kvalitou života je propojen otázkou, jak je chápána a definována kvalita života. Je-li kvalita života na stejné úrovni s životními podmínkami, jedná se o vstupní analýzu (Veenhoven, 1997; Filipp/Mayer, 2002). V tomto případě je kvalita života jako způsob závislá na kvalitě péče. Je-li definována kvalita života naopak jako subjektivní individuální hodnocení jedné osoby (Veenhoven, 1997; Filipp/Mayer, 2002), nemusí nutně existovat souvislost mezi kvalitou péče a kvalitou života.

Výzkum kvality života v domovech pro seniory

Výzkum kvality života v domovech pro seniory má už dlouhou dobu spíše nepatrný význam, což je za prvé vyvozeno ze silného zaměření na zkoumání „klasických“ témat kvality péče, za druhé je také zřejmé nepřátelství vědy a měření, které se prakticky zasadilo o zlepšení kvality života v zařízeních (viz Kane, 2003).

Tyto klasické oblasti výzkumu kvality života v rámci dimenzí popsaných pomocí objektivních indikátorů se nedají použít na každý věk v každém případě (Noll/Schäub, 2002). To platí zvláště pro uživatele domovů pro seniory. Kane (2003) zdůrazňuje oblasti uvedené v přehledu č. 4 jako nejdůležitější pro kvalitu života starších uživatelů domovů a odkazuje na to, že mnoho zařízení se příliš silně orientuje na kritéria kvality péče a zdravotně specifické aspekty a přitom nebere dostatečně v úvahu důležité aspekty kvality života.

Přehled 4: Důležité oblasti kvality z pohledu uživatelů

- Fyzické dovednosti
 - Samostatná péče (samostatnost)
 - Denní aktivity
 - Sociální funkce
 - Sexualita a intimita
 - Dobré tělesné a duševní zdraví a starosti
 - Kognitivní schopnosti
 - Bolesti, nevolnost
 - Energie, únava
 - Sebeúcta
 - Sebeurčení
 - Vlastní (subjektivní) zdraví
 - Životní spokojenost
-

Další koncept z Anglie „My Home Life Programme“ (viz též <http://www.myhomelife.org.uk>), který trvale ovlivnil debatu o kvalitě života v pobytových zařízeních, se zaměřil více na různé perspektivy a zahrnuje jak pohled uživatelů a příbuzných, tak i ošetřovatelského personálu (NCHR&D Forum, 2007).

Tento program zahrnující kompletní přehled literatury, aktualizovaný díky další práci Davies (2001) bere v potaz potřeby uživatelů a jejich příbuzných v zařízeních s dlouhodobou péčí. Přitom jsou identifikovány důležité aspekty z různých oblastí péče, medicíny, gerontologie, sociální práce a psychologie. Syntéza těchto aspektů je založena především na zkušenostech těch, kteří potřebují péči, na zkušenostech jejich příbuzných, stejně jako profesionálního ošetřovatelského personálu, s cílem identifikovat strategie, které by měly umožnit vedoucím domovům a zaměstnancům zlepšit kvalitu života uživatelů a zároveň přiměřeně podporovat ošetřované. Přitom se odvolává na metody dotazování, které nezohledňují deficity, ale spíše se nastavují na pozitivní výpovědi a hodnocení (Cooperrider et al., 2003). Reportéři byli vyzváni, aby formulovali výpovědi pokud možno pozitivně, identifikovali dobrou praxi a aby zaručili, že pohled uživatelů bude vždy stát v popředí zájmu šetření.

Program My Home Life (MHL) se zakládá na osmi oblastech. Tři z nich se obrací na koncept péče (personalizace) a zahrnují samostatné aspekty „zachování identity“, „společné rozhodování“, „vytvoření soudržnosti“. Tři další témata zohledňují především zaměstnance a vypovídají o tom, jak by mohli přiměřeně podporovat uživatele (navigace): „vytvoření přechod“, „zlepšení zdraví a péče“ a „podpora na konci života“. Dvě zbývající témata se obrací na úkoly managementu (transformace) a otázku, jak umožnit ošetřujícím překonávat překážky související s předchozími tématy: „zaměstnat ošetřující personál“ a „podporovat pozitivní kulturu“. V následujícím přehledu jsou upřesněny jednotlivé oblasti.

Přehled 5: My Home Life: Důležitá témata na podporu kvality v domovech pro seniory (NCHR&D Forum, 2007)

| | |
|--|--|
| Zachování identity (Personalizace) | <ul style="list-style-type: none"> Práce s uživateli, aby byla zachována jejich vlastní identita, a zapojení uživatelů do smysluplných aktivit. |
| Vytvořit soudržnost (Personalizace) | <ul style="list-style-type: none"> Zlepšit vztahy mezi uživateli, zaměstnanci, příbuznými, rodinou a přáteli a také zlepšit integraci do společnosti. Povzbuzení k pocitu pospolitosti, bezpečí a kontinuity. |
| Dělat společná rozhodnutí (Personalizace) | <ul style="list-style-type: none"> Informovat o rizicích, podporovat rozhodnutí a podíl uživatelů, příbuzných a zaměstnanců na společném rozhodování ve všech oblastech života. |
| Tvořit přechody (Navigace) | <ul style="list-style-type: none"> Podpora při stěhování do pobytového zařízení a překonání ztráty. |
| Zlepšit zdraví a péči (Navigace) | <ul style="list-style-type: none"> Zajistit si přístup k nutným výkonům a také podporovat kvalitu zdravého života. |
| Podpora na sklonku života (Navigace) | <ul style="list-style-type: none"> Důležité téma „život“ a „umírání“ v domovech pro seniory, podpora uživatelů a jejich příbuzných. |
| Podporovat a udržet schopnost práce ošetřujícího personálu (Transformace) | <ul style="list-style-type: none"> Podpora kontinuální kultury vzdělávání v zařízeních. |
| Podpora „pozitivní kultury“ (Transformace) | <ul style="list-style-type: none"> Kvalifikovat vedení a management s ohledem na podporu pozitivní kultury. |

Projekt My Home Life nabízí koncepční rámec pro podporu kvality života v domovech pro seniory jeho výchozím bodem je cíleně orientovaná péče (Tresloni/Pew-Fetzer Task Force, 1994) a takzvaná „Senses Framework“ (Nolan et. Al., 2006). V rámci provedeného šetření, ve kterém byli uživatelé, příbuzní a zaměstnanci tázáni na jejich preference, bylo zjištěno, že dodržení 6 oblastí vnímání – bezpečí, příslušnost, kontinuita, stanovení cíle, úspěch a důležitost je v této souvislosti klíčem k dobrým vztahům (viz též přehled 6 pro podrobné vysvětlení „šesti vjemů“).

Přehled 6: The Senses Framework (smyslová struktura) (Nolan et al., 2006)

| | |
|--------------------|---|
| Bezpečnost | <ul style="list-style-type: none"> Cítit se bezpečně |
| Příslušnost | <ul style="list-style-type: none"> Cítit se k něčemu náležející |
| Kontinuita | <ul style="list-style-type: none"> Zažít souvislosti a vztahy |
| Cíle | <ul style="list-style-type: none"> Mít cíle a stanovit si nové cíle |
| Úspěch | <ul style="list-style-type: none"> Dělat pokroky při plnění cílů |
| Důležitost | <ul style="list-style-type: none"> Být viděn jako osobnost, zažít důstojnost a respekt |

Na základě Nolanova výzkumu byly vyvinuty způsoby/nástroje (takzvané CARE-Profile), které by měly měřit kvalitu života z pohledu starších uživatelů, jejich příbuzných a přátel a personálu v domovech pro seniory (Faulkner et al., 2006). K tomu byl vyvinut pro každou tuto skupinu vlastní nástroj, který obsahuje vždy 30 „pozitivních“ zhodnocení situace. Tématické zaměření jednotlivých částí bylo odhlasováno s „Senses Framework“. Zkušenosti z použití nástrojů ukázaly, že mohou být velmi nápomocny při hodnocení kvality života v domovech pro seniory, možnosti dalšího vývoje jsou především v ohledu na dotazování kognitivně omezených, demencí postižených uživatelů.

Na základě rozdílných meta-analýz identifikoval Schallock (Schallock, 2006) celkem osm hlavních oblastí kvality života a upřesnil tři nejčastěji se objevující indikátory pro každou tuto oblast. Tato koncepce se ukázala jako velmi vhodná při hledání odpovídající formy dotazování (Přehled 7).

Přehled 7: Oblasti kvality života a odpovídající indikátory (Schallock, 2006)

| Oblast | Indikátor |
|----------------------------|---|
| Dobrý emocionální stav | <ul style="list-style-type: none">• spokojenost (dobrá nálada, radost)• sebepojetí (identita, pocit vlastní hodnoty, sebevědomí)• absence stresu (předvídatelnost a kontrola) |
| Vztahy | <ul style="list-style-type: none">• interakce (sociální sítě a kontakty)• vztahy (rodina, přátelé atd.)• podpora (emociální, fyzická a finanční) |
| Dobré materiální zajištění | <ul style="list-style-type: none">• finanční stav (příjmy, výdaje)• bydlení (typ bydlení, stav majetku) |
| Dobrý tělesný stav | <ul style="list-style-type: none">• zdraví (funkce, symptomy, fyzická kondice, výživa)• ATL (schopnost se o sebe postarat, pohyblivost)• volný čas (odpočinek, koníčky) |
| Osobní rozvoj | <ul style="list-style-type: none">• zdroje (kognitivní, sociální, praktické)• naplnění (úspěch, dosažení cíle, produktivita) |
| Sebeurčení | <ul style="list-style-type: none">• autonomie, kontrola, nezávislost• cíle a osobní hodnoty (přání a očekávání)• svoboda volby (možnosti, volby, preference) |
| Sociální zahrnutí | <ul style="list-style-type: none">• integrace a účast ve společnosti• sociální podpora (sítě, plnění) |
| Práva | <ul style="list-style-type: none">• osobní práva (respekt, důstojnost, rovnost)• občanská práva (přístup, přímost v jednání, atd.) |

Shrnutí diskuze

V následující části budou shrnuty nejdůležitější poznatky výzkumu kvality života s ohledem na starší lidi a uživatele domovů pro seniory:

- *Význam jednotlivých oblastí života je závislý na věku:* Výsledky například dotazů na dobrý zdravotní a duševní stav ukázaly důležitost věkové specifičnosti v oblastech života jako je zdraví, víra, stejně jako ochrana před kriminalitou, která má pro starší lidi větší význam než pro mladší věkové skupiny.
- *Subjektivní hodnocení životních podmínek je významnější než jejich objektivní měřítka:* Objektivní životní podmínky se projevují především nepřímo na subjektivním zdravotním stavu, ale neexistuje žádné přímé spojení mezi oběma. Koncept kvality života vyžaduje neustále hodnocení s ohledem na otázku: „Co je to dobrý život?“, jejíž zodpovězení vyžaduje subjektivní hodnocení. Pozitivní hodnocení vlastního zdravotního stavu, jakož i vysoká životní spokojenost může vést k prodloužení celkové délky života (Idler, 1993; Mossey/ Shapiro, 1982).
- *Uživatelé domovů pro seniory mají nižší kvalitu života než ostatní staří lidé:* Toto veřejností často zdůrazňované téma bylo už v 90. letech doloženo v Berlínské věkové studii. S ohledem na kvalitu života uživatelů domovů pro seniory se ukázalo, že tato skupina se může identifikovat jako „identifikovatelná podskupina starších lidí s vysokým rizikem s ohledem na omezený zdravotní a duševní stav“ (Smith et al., 1996: 511). „... je velmi důležité poukázat na to, že tento negativní rozdíl mohl vzniknout už před příchodem do domova pro seniory“ (Smith et al., 1996: 512). Představené výsledky ukazují na mnohostrannou tvář kvality života, o které doposud není více známo (Sowarka, 2000). Nejisté je například, jak uživatelé „(...) uspořádají svoji vlastní hierarchii hodnot, když jejich životní prostor je přinejmenším restriktivní“ (Sowarka, 2000: 79).

Mimo jiné existuje doposud jen málo vědeckých poznatků ke kvalitě života uživatelů s demencí, kteří jsou schopni sami poskytnout informace o jejich pojetí kvality života (Kane, 2003).

Indikátory kvality života – metodické výzvy a potenciální řešení

Jak můžeme dokázat, je koncept kvality života zvláště pro uživatele domovů pro seniory centrální kategorií v případě, že jde o to, aby odhadli své životní podmínky a kvalitu péče a zaopatření. Odpovídající indikátory jsou proto nezbytnou součástí každého managementu kvality.

Na budoucím vývoji indikátorů přitom závisí řada požadavků k zaručení vědecké fundovanosti, umožnění průhlednosti a srovnání a zajištění přiměřeného ošetření a péče uživatelům domovů pro seniory.

- Také v oblasti péče se prosazuje poznatek, že vývoj kritérií a indikátorů kvality musí být založen na důkazech, to znamená musí se orientovat na nejlépe použitelné vědomosti. Dokazování je svědomité, důrazné a rozumné použití nejlepší externí vědecké evidence pro rozhodování v rámci individuální zdravotní péče o pacienty“ (Německá síť pro důkazné lékařství, 2008). S tím spojené otázky a principy jsou důležité také pro ošetrovatelskou péči. Také zde jde o otázku, co by mělo být měřeno a za jakým účelem.
- Vývoj indikátorů by měl být podle možností podporován mezioborově. Vedle pečovatelské vědy se jedná také o gerontologii, medicínu a sociální práci, aby se vývoj nezabýval pouze vybranými a především na péči mířenými oblastmi života uživatelů domovů, ale aby vše vyobrazoval co možná nejkomplexněji.
- S ohledem na zlepšení ošetrovatelské péče musí být vývoj indikátorů spojen s vývojem organizace. Různé dimenze kvality života iniciují reorganizační procesy také z perspektivy uživatelů a zaměstnanců.
- Indikátory musí odpovídat vědeckým jakostním kritériím: objektivita, spolehlivost a validita. Spolehlivost označuje stupeň přesnosti, se kterým se zkoušený znak měří. K testování se nabízejí rozdílné statistické

metody: Vedle výpočtů interní konzistence (Cronbach's Alpha) je zvláště důležitý retest-spolehlivost. Uvádí, jak dalece spolu korelují dva časové body u jedné osoby. Validita jedné metody vypovídá o tom, jak dobře instrument měří, co bylo nepravdivě předloženo k měření (platnost). Zde jde především o validitu obsahu a významu, výpovědi o kvalitě nástrojů a otázky, jestli jsou vnímány všechny relevantní dimenze kvality výsledků. Pro zkoušku validity shody byly nasazeny ostatní již etablované metody, které měří podobné, ale ne identické znaky.

- Zvláštní význam, především s ohledem na porovnání služeb a zařízení, má předcházení rizikům (také rizikové urovnání) indikátorů. Je bezpodmínečné srovnávat data a informace různých institucí mezi sebou v kvalitativním procesu. Pod pojmem předcházení rizikům se rozumí vyloučení faktorů, které nejsou závislé na výkonu zařízení, ale přesto ovlivňují měřítka indikátorů (například věk, dřívější onemocnění, profil potřeby péče). Díky neutralizaci ve smyslu předcházení rizikům bychom se měli vyvarovat tomu, aby např. zařízení s převažující většinou uživatelů s vysokou potřebou péče a ošetřování (jako jsou např. lidé s těžkým onemocněním demencí) v ohodnocení kvality výsledků obstála hůře než ta se strukturou uživatelů s menší potřebou péče a ošetřování. Předcházení rizikům nabyde v budoucnosti ještě většího významu, protože definice rizik v oblastech kvality života je ještě hůře popsatelná než definice péče.

Měření kvality života v domovech pro seniory

Zvláštní požadavek spočívá v zajištění transparentnosti, srozumitelnosti a ovladatelnosti indikátorů a k nim vyvinutých nástrojů. To platí nejen pro použitelnost v rámci poskytovaných služeb v zařízení, ale zvláště pro ty, kdo potřebují péči. I pro jejich příbuzné má velký význam, aby byli při hledání vhodných nabídek co nejlépe podporováni a měli k dispozici spolehlivé informace.

Výzkum kvality života v domovech pro seniory používá rozdílné metody, ve kterých

- jsou uživatelé tázáni přímo,
- jsou tázáni rodinní příslušníci a/nebo zaměstnanci,
- je sledováno chování uživatelů,
- jsou sbírány objektivní informace vzhledem k tělesným a sociálním aspektům prostředí.

Každá tato metoda má své výhody a nevýhody. Jsou-li uživatelé dotázáni přímo, vyvstává „problém svědků“, tzn. subjektivní hodnocení nepřipouští žádnou zpětnou vazbu na objektivní skutečnosti. Generování indikátorů na této úrovni stojí před výzvou předcházet rizikům, jejichž faktory nejsou dosud detailně prozkoumány.

Dotazování zástupců ke kvalitě života uživatelů ukázalo, že jejich hodnocení často nesouhlasí s hodnocením uživatelů („problém zákonného zástupce“) (Cohn/Sugar, 1991; Lavizzo-Mourey et al., 1992).

Sběr objektivních informací o kvalitě péče je dosud přednostní metodou ke generování indikátorů. Na základě těchto dat nemohou být však vyjádřeny žádné výpovědi o individuální kvalitě života uživatelů.

Výsledky na individuální úrovni mohou být analyzovány na úrovni jednotlivostí, na úrovni organizací nebo systému shrnuty a pomocí dalších ukazatelů doplněny. To se může týkat oblasti zdraví, bezpečnosti, fluktuace zaměstnanců nebo také nákladů na zařízení (Gardner/Carran, 2005; Human Services Research Institute und National Association of State Directors of Developmental Disabilities Services, 2003).

Zvláště na začátku takového procesu může být nápomocné nejprve začít s kratším dotazníkem, místo zatěžování zařízení rozsáhlým nástrojem zkoumajícím organizačními prostředky a zdroje. Vedení rozhovorů stejně jako sbírání dat by se mělo podle možností uskutečnit externě (Schalock et al., 2008), protože zaměstnanci nejsou zblhlí v pravidlech práce s daty a analýze dat, nebo mají jasné výhrady k metodě šetření, a tím vznikají nega-

tivní asociace s ohledem na zhodnocení jejich potencionálních následků. Způsob a postup, jak bylo v minulosti zacházeno s daty, určuje často aktuální nastavení a jak jsou využity informace v procesu ke změně. Možnosti na zlepšení této situace můžou spočívat (podle Schalock et al., 2008):

- v podpoře personálu, aby pochopil faktory kontextu, které vedou k odpovídajícím výsledkům,
- v pomoci při interpretaci,
- v předložení specifických návrhů, jak mohou být data smysluplně použita,
- ve zprostředkování informace, že nejde primárně o dokumentaci špatných výkonů, nýbrž díky použití indikátorů zajištění transparentnosti a spolu s tím vytvoření základů pro management kvality v zařízeních,
- ve zdůraznění informace, že hodnocení pouze popisují podmínky za určité časové období a použití dat se primárně uskuteční v kontinuálním, dlouhodobě doloženém procesu vývoje kvality.

Interpretace výsledků

Jak bylo dokázáno, měření cílených indikátorů kvality pro domovy pro seniory vyžaduje jak perspektivu kvality péče, tak perspektivu kvality života. S ohledem na to je důležité mít na mysli, že platí určité podmínky, pokud jde o implementaci odpovídajících programů a procesů a použití jejich výsledků pro další procesy zlepšení (Schönberg, 2006):

- *Neexistuje žádný „globální indikátor“ jako „všeobecný signál“ pro kvalitu v zařízeních:* Vedle chybějící kauzality dimenze výsledků nestojí mezi sebou ani rozdílné aspekty kvality výsledků v žádné přímé souvislosti. Dobré výsledky vztahující se na jeden indikátor (např. dekubit) neznamenaají nic podmíněného s ohledem na další indikátor.
- *Uživatelé jsou za kvalitu (pečovatelských) výsledků spoluzodpovědní:* Také kvalita vztahu subjekt-subjekt (zaměstnanec-uživatel) má vliv na výsledek (Bond/Thomas, 1991). Osoba, která vyžaduje péči, je v tomto smyslu „koproducent“ péče.
- *Není možné žádné kompletní hodnocení kvality prostřednictvím indikátorů:* Indikátory platí v procesu zajištění a vývoje kvality jako rámcové, kompletní posouzení kvality jednoho zařízení není pomocí použití indikátorů možné (Faust, 2003; Gebert/Kneubühler, 2003; Halfon et al., 2000). Měření pomocí indikátorů kvality může být ale výchozí bod pro rozsáhlé měření kvality, např. když indikátor poukazuje na nějaký deficit. Tímto způsobem funguje indikátor jako „mimořádná událost“ (Höwer, 2002: 19), jejíž dosažení musí být účastníky vysvětleno.
- *Výsledky vycházející z indikátoru je potřeba vysvětlit:* Výsledky měření indikátorů je třeba interpretovat (Donabedian, 1992; Faust, 2003; Höwer, 2002). Problém spočívá v tom, že tyto výsledky „svědčí“ k závěru, že jsou jen omezeně možné na základě měření. Velký počet proleženinových vředů v jednom zařízení vede k závěru provést hlubší analýzu péče popř. požádat zařízení o vysvětlení. Ale není možné usuzovat z velkého počtu proleženinových vředů přímo na celkovou péči v zařízení.
- *Technické hranice pro možné zjišťování indikátorů v plně pobytovém zařízení sociální a zdravotní péče:* Souhrn indikátorů dat vyžaduje výběr individuálních dat uživatelů, které pak budou na úrovni zařízení agregované. K tomu je zapotřebí rutinní zjišťování odpovídajících technických předpokladů, jako i hodnotících a interpretačních expertýz.

Závěry

Diskuze o měřitelných výsledcích a odpovídajících indikátorech v rámci zdravotní a sociální péče zahrnuje také perspektivu kvality života. V tom se zrcadlí vývoj, který již neověřuje pouze strukturní a procesní znaky péče a ošetřování, ale určuje také perspektivu uživatelů jako bezpodmínečnou součást vývoje kvality.

Samozřejmě se musí poukázat na to, že indikátory jsou důležitou, i když také ne vyčerpávající součástí hodnocení kvality – toto je centrální hranice zjišťování indikátorů a očekávání, která jsou s tím spojená. Indikátory odkazují na důležité oblasti nebo problémové aspekty, které vyžadují v rámci vývoje a managementu kvality další pozornost. I když je těžké vytvářet přímé souvislosti mezi kvalitou struktury, procesu a výsledků, protože nestojí v monokauzální souvislosti, poskytují indikátory velmi důležité rady. Uživatelé jsou za kvalitu pečovatelských výsledků spoluzodpovědní, takže měříme indikátory a jiné výsledky pro zařízení, za které jsou částečně zodpovědní. Na druhé straně nabízí použití indikátorů také možnosti, které lze shrnout pomocí těchto klíčových spojení:

- vytvoření transparentnosti,
- tvorba základů pro další (pečovatelský) vědecký výzkum,
- možnost benchmarkingu zařízení,
- možnost dát impuls pro vývoj kvality v zařízeních.

Zájem o použití indikátorů k měření a testování kvality výsledků se velmi zvýšil v členských zemích EU, ačkoliv Evropa ještě v žádném případě nedosáhla v diskuzi o empiricky fundovaných a spolehlivých indikátorech kvality ve srovnání s USA stejné úrovně. (Nies et al., 2010). Když pozorujeme ohnisko nejdůležitějších kvalitativních iniciativ v Evropě, je s tímto tématem obecně dosud nakládáno podhodnoceně a nenáleží mu v žádném případě taková pozornost, kterou si zaslouží – v neposlední řadě z perspektivy uživatelů a s ohledem na zajištění lidsky důstojné péče.

Cílené indikátory k měření a testování kvality života představují však důležitý základ proto, aby se v této oblasti mohly udělat další pokroky, využitelné pro vývoj kvality poskytovaných služeb a zařízení – také ve všeobecném kontextu stárnoucí společnosti, která vyžaduje efektivní a účinné výkony v dlouhodobé péči.

4 Katalog indikátorů a ukazatelů kvality

V rámci tvorby a definování všech ukazatelů a indikátorů bylo stanoveno celkem 5 oblastí, přičemž ukazatele v jednotlivých oblastech mohou být hodnoceny z rozdílných perspektiv zúčastněných (z pohledu uživatelů, zaměstnanců, managementu, zákonných zástupců, rodinných příslušníků a přátel, rovněž s ohledem na kontext a legislativní podmínky).

| Č. | Oblasti | Indikátory |
|----|--|------------|
| 1 | Kvalita ošetrovatelské péče (uživatelé, zaměstnanci) | 1–24 |
| 2 | Kvalita života (uživatelé, zaměstnanci) | 25–70 |
| 3 | Řízení/vedení (management, zaměstnanci) | 71–87 |
| 4 | Ekonomika (management, zřizovatel) | 88–91 |
| 5 | Kontext (sociální okolí, legislativa) | 92–94 |

Všechny indikátory jsou v katalogu představeny a popsány s použitím jednotné terminologie a na základě následujícího schématu:

| Definice | Označení ukazatele |
|------------------------|--|
| Upřesnění/popis | Praktické otázky/formulace k použití indikátoru |
| Výpočet | Měřená hodnota, definice hodnot – počet sledovaných hodnot, celkový vzorek měření |
| Užití/účel | Použití a význam indikátoru v kontextu měření, hodnocení a zlepšení kvality v domovech pro seniory. Komentáře k národnímu kontextu, ve kterém byl indikátor zpracován. |
| Perspektiva | Z jaké perspektivy/jakého pohledu hraje indikátor zásadní roli? ¹ |
| Téma | Kterého tématu se indikátor týká? |
| Zdroje | Zdroje informací, model managementu kvality nebo kontext, ve kterém se indikátor používá |

¹ V konečném výsledku jsou hlavní cílovou skupinou pro zlepšení kvality v zařízení bezpochyby samotní uživatelé; mnohé indikátory se ale přece jen vztahují také k jiným cílovým skupinám či aspektům zlepšení kvality, které se týkají např. zaměstnanců nebo vedení zařízení.

Oblast 1: Kvalita ošetrovatelské péče

Indikátorům v oblasti „Kvalita poskytované péče“ přiřazují uživatelé největší význam, neboť nejčastějším důvodem přistěhování se do zařízení je zhoršený zdravotní stav a s ním spojená zvýšená potřeba ošetrovatelské péče. Uživatelé jsou tak odkázáni na každodenní péči ošetrovatelského personálu, jehož primárním úkolem je odborně se starat o zdravotní stav uživatelů, aby nedocházelo k dalšímu zhoršení, příp. zavádět preventivní opatření k zabránění vzniku dalších komplikací.

Základem managementu kvality péče je rozeznání konkrétních potřeb ošetrovatelské péče a znalosti dalších možných komplikací, které mohou v případě zhoršení zdravotního stavu uživatele nastat. Důležité je vše přesně zaznamenávat do dokumentace či individuálního plánu – např. identifikace dekubitu a jiné. Na základě aktuální dokumentace mohou být definovány a evaluovány výsledky a opatření pro zlepšení. Ke stanovení cílů a kontrole zavedených zlepšovacích návrhů mohou pomoci i odpovídající indikátory.

Indikátory v oblasti kvality ošetrovatelské péče jsou popsány z perspektivy uživatelů. Informace a data tak z největší části pocházejí z dokumentace ošetrovatelské péče konkrétních uživatelů. V mnoha případech je rozhodující, zda je zjišťován určitý stav v konkrétním časovém období, zda je nutné kontinuální testování, nebo zda je pro řízení relevantní pouze číslo nových případů.

Většina indikátorů v oblasti „Kvalita poskytované péče“ byla převzata ze stávajících systémů managementu kvality, standardů či regionálních směrnic a katalogů. Všem uvedeným indikátorům byla odborníky téměř jednoznačně přiřazena vysoká důležitost.

Během validační fáze byly účastníky workshopů a odborníků z Delphi uvedeny nové a dodatečné indikátory (č. 19–24), které byly na závěrečném workshopu diskutovány a ještě jednou vytříděny.

Indikátor č. 1–24

| Indikátor č. 1 | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů s dekubity (stupeň 2–4), jimž se dekubity začaly objevovat po nastěhování do domova. |
| Upřesnění/popis | Aby mohl být indikátor měřen, je nutné mít určen stav dekubitů v době přijímání uživatele do domova. Dekubity, které lze označit jako stupeň 1, se z důvodu možných nepřesností u stanovení diagnózy nehodnotí. Tento indikátor je založen v rámci systematické kontroly na dokumentaci ošetrovatelské péče s pravidelným vyhodnocováním (měsíčně). Alternativou může být měření indikátoru jednou ročně v určitý den. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů s dekubity (stupeň 2–4) a počtu vyšetřených uživatelů. |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je zlepšit či zavést nové strategie k prevenci dekubitů. Dekubity nejsou jen bolestivé, mohou také dlouhodobě velice negativně působit na zdraví a kvalitu života uživatelů. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost ošetrovatelské péče |
| Zdroje | KVZ-VVT, 2007; KVZ-VVT, 2010; E-Qalin, 2009; MDS, 2009; US DHHS, 2008; CSCI, 2008. |

| Indikátor č. 2 | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů, kterým je ke stanovenému termínu prokázána přítomnost opruzenin. |
| Upřesnění/popis | Opruzenina (intertrigo) je kožní onemocnění, které se objevuje v bolestivé formě začervenaní kožních míst (v oblasti pod prsy, tříselch,...) především u osob s nadváhou. Indikátor může být měřen ve stanoveném časovém termínu 1x ročně, obecně by měl být výskyt opruzenin také zaznamenán v dokumentaci ošetrovatelského procesu. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, u kterých byl prokázán výskyt opruzenin, a počtu vyšetřených uživatelů. |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je zjištění přítomnosti opruzenin a snaha o prevenci. Zvýšená péče, ohled na možné faktory (př. inkontinence) a zkoumání příčin může pomoci předejít vzniku opruzenin. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost ošetrovatelské péče |
| Zdroje | KVZ-VVT, 2007; KVZ-VVT, 2010; LPZ, 2009; MDS, 2009 |

| Indikátor č. 3 | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů, u kterých byla během posledních 30 dní zaznamenána chybná medikace. |
| Upřesnění/popis | <p>K měření indikátoru mohou být použity rozdílné zdroje: dokumentace ošetrovatelského procesu, vzpomínky zaměstnanců, formální záznamy,...</p> <p>K chybné medikaci lze dojít těmito způsoby:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Předepsané léky nebyly podány. • Nebylo dodrženo správné dávkování léků. • Lék byl podán v jiném čase. • Uživatel odmítl přijmout lék. • Byl podán špatný lék. • Byla podána nevhodná kombinace léků. <p>Upozornění: Neměřit, které léky si sami uživatelé vzali, ale které léky jim byly podány zaměstnanci.</p> |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, u kterých byla v posledních 30 dnech zaznamenána chybná medikace, a počtu uživatelů, kterým byly podány léky personálem domova. |
| Užití/účel | <p>Účelem indikátoru je předcházení chybám v medikaci. Předávkování může např. vést k velice vážným vedlejším účinkům; podání menšího počtu léků se může projevit zhoršením zdravotního stavu.</p> <p>Indikátor může umožnit nahlédnout do kultury řízení domova: pokud zpráva v dokumentaci prokáže viníka a ten bude potrestán, nebudou se zaměstnanci příště snažit takové výsledky utajit, místo toho aby se snažili zlepšit okolnosti průběhu medikace?</p> |
| Perspektiva | Uživatelé, zaměstnanci (vedení) |
| Téma | Kvalita a bezpečnost ošetrovatelské péče |
| Zdroje | KVZ-VVT, 2007; 2010; US DHHS, 2008; CSCI, 2008 |

| Indikátor č. 4 | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů s pravidelnými zprávami o zdravotním stavu od odborných lékařů (oční lékař, zubní lékař, ortoped) |
| Upřesnění/popis | Indikátor se obvykle prokáže na základě záznamů v dokumentaci. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, kteří jsou alespoň jednou ročně vyšetřeni odborným lékařem, a celkového počtu uživatelů. |
| Užití/účel | Pokud nemůže vedení domova ovlivnit návštěvnost uživatelů u odborných lékařů v některých zemích, bylo by velice žádoucí zajištění možnosti přístupu těchto lékařů k uživatelům domova (viz také indikátor č. 37 a 38): uživatelé v domovech pro seniory by neměli být v možnostech přístupu k odborným lékařům diskriminováni. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Zdraví a uspokojivý zdravotní stav |
| Zdroje | CSCI, 2008; MDS, 2009; NSFOP, 2001 |
| Indikátor č. 5 | |
| Definice | Podíl uživatelů s úbytkem hmotnosti, který nebyl způsoben ani záměrně, ani nebyl předmětem pečovatelského plánu uživatele. |
| Upřesnění/popis | Indikátor se obvykle prokáže na základě záznamů v dokumentaci: uživatelé s úbytkem hmotnosti větším než 3 kg za poslední měsíc nebo větším než 6 kg za posledních 6 měsíců. Výjimkou jsou uživatelé v rámci paliativní péče a ti, kteří odmítli kontrolu tělesné hmotnosti. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, u nichž byla prokázána ztráta tělesné hmotnosti větší než 3 kg za poslední měsíc nebo větší než 6 kg za posledních 6 měsíců, a celkového počtu uživatelů, kterým je hmotnost kontrolována. |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je předcházení nepozorovanému úbytku hmotnosti, který u starších lidí může vést k většímu riziku vzniku infekcí, depresí. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost ošetrovatelské péče |
| Zdroje | KVZ-VVT, 2007; KVZ-VVT, 2010; US DHHS, 2008; MDS, 2009 |

Indikátor č. 6

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů se symptomy dehydratace |
| Upřesnění/popis | Indikátor se obvykle prokáže na základě záznamů v dokumentaci, přičemž uživatel je označen za dehydratovaného, když ztratí za den více než 3 % celkové tělesné hmotnosti, nebo když je zjištěna náhodná ztráta hmotnosti vyšší než 1 kg. Jiné symptomy, jako např. stav pokožky nebo suchý povrch jazyku, mohou být způsobeny i jinými faktory, které nesouvisí s dehydratací (např. určité léky). Výjimkou jsou uživatelé v rámci paliativní péče a ti, kteří odmítli kontrolu tělesné hmotnosti. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů se symptomy dehydratace a celkového počtu uživatelů, kterým je hmotnost kontrolována. |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je kontrola a předcházení dehydratace, která může vést k dalším příznakům, jako je např. ztráta koncentrace, zmatenost, ztráta chuti k jídlu, ztráta zájmu o okolí, slabost. Dehydratace patří vedle podvýživy a zápalu plic k nejčastějším příčinám smrti osob s demencí. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost ošetrovatelské péče |
| Zdroje | KVZ-VVT, 2007; ActiZ, 2001; US DHHS, 2008; MDS, 2009 |

Indikátor č. 7

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů s vyšší četností pádů |
| Upřesnění/popis | Indikátor se prokáže na základě dokumentace ošetrovatelského procesu či protokolu o zaznamenávání pádů. Doporučuje se hodnotit počet pádů za posledních 30 dní; delší časový rámec je nutné případně zdůvodnit. Dále by měly být analyzovány úrazy podle místa a podle rozsahu jejich následků. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, kteří byli zraněni při pádech během posledních 30 dní, a celkového počtu uživatelů. |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je kontrola pádů a jejich prevence. Pády jsou jednou z příčin vážných zranění a úmrtí seniorů. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost ošetrovatelské péče |
| Zdroje | KVZ-VVT, 2007; KVZ-VVT, 2010; US DHHS, 2008; |

Indikátor č. 8

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří projevují problematické chování vůči zaměstnancům domova a/nebo ostatním uživatelům |
| Upřesnění/popis | Indikátor je prokazatelný z dokumentace ošetřovatelského procesu, přičemž jako problematické chování lze označit následující symptomy: <ul style="list-style-type: none"> • Verbální vyjadřování: uživatelé vyhrožují, křičí nebo nadávají ostatním lidem. • Fyzické projevy: uživatelé bijí, kopou, škrábou nebo straší jiné lidi. • Sociálně nepřijatelné chování: uživatel je hlučný, ubližuje si, špiní se jídlem či fekáliemi, slídí ve věcech ostatních, vykazuje sexuální nebo exhibicionistické známky chování. • Odmítnutí péče: uživatelé odmítají příjem léků nebo injekcí, odmítají podávané jídlo stejně jako účast na aktivitách. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, kteří projevují problematické chování za posledních 7 dní, a celkového počtu uživatelů. |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je zjištění četnosti znaků problematického chování uživatelů. Kde se předpokládají narůstající problémy v chování uživatelů, mělo by zařízení uvažovat o případném školení zaměstnanců na téma postoj a zacházení s uživateli se známkami problematického chování. |
| Perspektiva | Uživatelé, zaměstnanci |
| Téma | Kvalita a bezpečnost ošetřovatelské péče |
| Zdroje | KVZ-VVT, 2007; KVZ-VVT, 2010; US DHHS, 2008; CMS-RAI, 2002 |

Indikátor č. 9

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů, u nichž bylo nutné zavést opatření k omezení osobní svobody. |
| Upřesnění/popis | Ve většině zemí existuje pro opatření ke zbavení osobní svobody soudní/lékařské oprávnění, indikátor se vždy vztahuje k odpovídající dokumentaci. Odpovídající záznamy lze také najít v dokumentaci ošetřovatelského procesu. Za opatření k omezování osobní svobody lze v každém případě označit používání pomůcek k fixaci (břišní pás) nebo lůžkové zábrany. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, u kterých byla během posledních 7 dní použita opatření k omezení osobní svobody, a celkového počtu uživatelů. |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je sledování a kontrola používání opatření k omezení osobní svobody, která mají například redukovat riziko pádů. Indikátor také podněcuje k přemýšlení o podávání psychofarmaceutik jako o alternativním opatření k udržení bezpečí uživatelů. |
| Perspektiva | Uživatelé, zaměstnanci |
| Téma | Kvalita a bezpečnost ošetřovatelské péče |
| Zdroje | KVZ-VVT, 2007; KVZ-VVT, 2010; US DHHS, 2008; MDS, 2009 |

| Indikátor č. 10 | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů s inkontinencí |
| Upřesnění/popis | Prevalence indikátoru se prokazuje vždy v určený den nebo prostřednictvím průběžných záznamů v dokumentaci ošetrovatelského procesu, přičemž se sleduje každý druh samovolného úniku moči (alespoň 1x/týden). |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů s inkontinencí (alespoň 1x/týden) a celkového počtu uživatelů. |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je evidence uživatelů s inkontinencí a určování preventivních opatření, která umožňují předejít pocitu studu a zhoršení kvality života uživatelů. Inkontinence může být také symptomem infekce močových cest. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost ošetrovatelské péče |
| Zdroje | KVZ-VVT, 2007; KVZ-VVT, 2010; US DHHS, 2008 |

| Indikátor č. 11 | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů s katetrem zavedeným déle než 14 dní |
| Upřesnění/popis | Indikátor je zjišťován na základě průběžných záznamů v dokumentaci ošetrovatelské péče. Katetr je možné v mnoha zemích používat pouze na základě lékařského předpisu. Případy, kdy je uživateli katetr zaveden již před nástupem do zařízení, se při měření indikátoru nezohledňují. Časový rámec 14 dnů byl stanoven k rozlišení akutního a chronického zavedení katetru. Akutní zavedení je indikováno např. uživatelům paliativní péče nebo uživatelům trpícím bolestmi – např. v případě neoperovatelné kýly. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů s katetrem zavedeným déle než 14 dní a celkového počtu uživatelů. |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je kontrola zavedení katetru. Vysoké procento či stoupající tendence může poukázat na to, že je katetr používán příliš často nebo předčasně (stoupá riziko infekcí, zácpy, výtoků). |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost ošetrovatelské péče |
| Zdroje | KVZ-VVT, 2007; US DHHS, 2008 |

| Indikátor č. 12 | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří v posledních 30 dnech trpí bolestmi. |
| Upřesnění/popis | <p>Vyšší počet uživatelů domovů pro seniory trpících bolestmi představuje významnou výzvu.</p> <p>K měření bolestí existují rozdílné škály (např. www.schmerzskala.de).</p> <p>U mnohých skupin uživatelů je měření bolesti velice obtížné nebo téměř nemožné (např. na základě komunikačních obtíží). V takových případech se doporučuje použít „škálu pozorování bolesti“, např. pro uživatele s demencí je vhodné použít škálu bolesti MOBID.</p> <p>Dotazovat se zákonných zástupců či rodinných příslušníků na míru bolesti uživatelů zařízení je zavádějící a zbytečné.</p> |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, kteří během posledních 30 dní trpí bolestmi, a celkového počtu sledovaných uživatelů. |
| Užití/účel | <p>Jedna z nejčastějších příčin nedostatečného „managementu bolesti“ je absence nějakého typu systematického zjišťování bolesti na základě použití jednoduchých metod a nástrojů („škála bolesti“).</p> <p>Výsledky výzkumu v Holandsku ukázaly, že celkem 66 % všech uživatelů zařízení trpí bolestmi. Podíl uživatelů se značnými bolestmi během posledního týdne (skóre > 4 na škále 0–10) je dokonce přes 75 %. Z toho více než 25 % uživatelů nedostává žádné léky proti bolesti a přes 50 % uživatelů dostává pouze léky stupně 1 podle systému Světové zdravotnické organizace.</p> <p>Účelem indikátoru je povzbudit zaměstnance k přemýšlení o „managementu bolesti“ a jeho výsledcích, opatřeních a zlepšeních v domovech pro seniory.</p> |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost ošetrovatelské péče |
| Zdroje | CSCI, 2008; US DHHS, 2008 |

Indikátor č. 13

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří užívají psychofarmaka. |
| Upřesnění/popis | <p>Počet uživatelů, kteří užívají psychofarmaka, je zjišťován na základě dokumentace ošetrovatelského procesu. Vyloučení jsou při tom ti uživatelé, kteří samostatně užívají své léky, protože u těchto uživatelů není možné kontrolovat, zda předepsané léky skutečně užívají. Zaměstnanci mohou v těchto případech jen těžko příjem léků ovlivnit, a nejsou tak za chyby medikace zodpovědní.</p> <p>Doporučuje se analyzovat tento indikátor v souvislosti s indikátorem č. 9 (opatření k omezení osobní svobody) a č. 14 (podíl uživatelů s diagnostikovaným psychickým poškozením).</p> <p>Frekvence zjišťování a časový rámec indikátoru je nutné definovat individuálně pro každý domov pro seniory.</p> |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, kteří užívají psychofarmaka, a celkového počtu sledovaných uživatelů. |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je kontrola a pozorování uživatelů, kteří užívají psychofarmaka. Podíl těchto uživatelů je analyzován v souvislosti s počtem uživatelů, kterým bylo diagnostikováno psychické narušení. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost ošetrovatelské péče |
| Zdroje | KVZ-VVT, 2007; KVZ-VVT, 2010; US DHHS, 2008 |

Indikátor č. 14

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů s diagnostikovanou demencí, kteří užívají neuroleptika. |
| Upřesnění/popis | Na základě dokumentace ošetrovatelského procesu je zjišťováno, kolika uživatelům byla během posledního týdne podána neuroleptika. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů s diagnózou demence, kterým byla během posledního týdne podána neuroleptika, a celkového počtu uživatelů s diagnózou demence. |
| Užití/účel | <p>Používání neuroleptické medikace u osob s demencí vyvolává řadu otázek. Němečtí odborníci nedávno upozornili na vysoká rizika v souvislosti s užíváním neuroleptik, která mohou obzvláště v kombinaci s uklidňujícími prostředky (benzodiazepin) výrazně snižovat kognitivní schopnosti.</p> <p>Účelem indikátoru je zkoumat a pozorovat podíl uživatelů s demencí, kteří užívají neuroleptika. Je nutné se zamyslet nad tím, do jaké míry mohou zaměstnanci domovů pro seniory ovlivnit podávání těchto léků a realizovat alternativní opatření.</p> |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost ošetrovatelské péče |
| Zdroje | MDK, 2009 |

Indikátor č. 15

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří užívají antidepresiva. |
| Upřesnění/popis | Na základě dokumentace ošetrovatelského procesu je možné zjistit, kolika uživatelům byla podána antidepresiva. Ze zjišťování je nutné vyloučit ty uživatele, kteří léky užívají samostatně, protože u nich nelze potvrdit, zda předepsané léky skutečně užívají. Zaměstnanci mohou v těchto případech jen těžko příjem léků ovlivnit, a nejsou tak za chyby medikace zodpovědní. Frekvence a délka trvání pozorování by měla být stanovena individuálně, dle potřeby konkrétního zařízení. Indikátor by měl být sledován v souvislosti s indikátorem č. 16 – počet uživatelů s depresí. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, kteří užívají antidepresiva, a počtu uživatelů s diagnostikovanou depresí. |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je zkoumat a pozorovat podíl uživatelů s depresí ve vztahu k užívání antidepresiv. Je nutné se zamyslet nad tím, do jaké míry mohou zaměstnanci domovů pro seniory ovlivnit podávání těchto léků a realizovat alternativní opatření. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost ošetrovatelské péče |
| Zdroje | KVZ-VVT, 2007 |

Indikátor č. 16

| | |
|------------------------|---|
| Upřesnění/popis | Indikátor je založen na dotazování (např. prostřednictvím geriatrické škály deprese GDS), jak se uživatel během posledního týdne cítil. GDS je světově rozšířený nástroj dostupný na: http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html (ve všech jazycích). Mohou být používány i jiné podobné metody. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů se symptomy deprese a celkového počtu dotázaných uživatelů. |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je zjištění počtu uživatelů s depresí. Při zjišťování není zásadní, zda je deprese výsledkem pobytu uživatele v zařízení. Určování symptomů deprese by mělo proběhnout jak při nástupu uživatele do zařízení, tak by měl být v pravidelných intervalech aktualizován profil uživatele a individuální plán. V tomto případě může pozorování a kontrola dosažených výsledků prokázat úspěchy a neúspěchy prováděné terapie a poukázat na potřebu zavedení preventivních opatření. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost ošetrovatelské péče |
| Zdroje | KVZ-VVT, 2007; US DHHS, 2008; CMS-RAI, 2001 |

Indikátor č. 17

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů s deficitem v oblasti úst a zubů |
| Upřesnění/popis | Indikátor je založen na přezkoušení ústní sliznice a chrupu ve stanoveném termínu. Uživatelům s omezenou soběstačností hrozí často riziko změn v dutině ústní. Rizikovní pacienti jsou: Uživatelé s poruchami žvýkání nebo polykání: příjem určitých léků (např. antidepressiva, antihypertensiva) může narušit přirozenou tvorbu slin nebo ovlivnit ústní mikroflóru (antibiotika, kortikoidy). Uživatelé, kteří dostávají pravidelně kyslík, nebo kteří mohou dýchat pouze ústy. Uživatelé s dehydratací a se špatnou výživou. Indikátor by měl být preventivně měřen 1x ročně ve stanovený den. Alternativně může být indikátor zjišťován na základě dokumentace ošetrovatelského procesu. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů s deficitem v oblasti úst a zubů a celkového počtu vyšetřených uživatelů. |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je zvýšení kvality péče u osob s problémy ústní hygieny. Péči o ústní dutinu není často věnována dostatečná pozornost, ačkoliv má velký vliv na dobrý zdravotní stav uživatelů. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Psychické zdraví a dobrý zdravotní stav |
| Zdroje | MDK, 2009 |

Indikátor č. 18

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů s geronto-psychiatrickými diagnózami. |
| Upřesnění/popis | Diagnóza stanovená praktickým nebo odborným lékařem; záznamy v dokumentaci ošetrovatelského procesu – např. biografie, kontakt na členy rodiny, testy. Četnost měření se může dle potřeby měnit. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů s geronto-psychiatrickými diagnózami a celkového počtu vyšetřených uživatelů |
| Užití/účel | Uživatelé s kognitivními poruchami (obzvláště na základě demence) vyžadují zvláštní péči a pozornost. Vzhledem k tomu by měli mít zaměstnanci odpovídající vzdělání. Péče o uživatele s kognitivními poruchami vyžaduje: <ul style="list-style-type: none"> • koncept péče, • kvalifikaci zaměstnanců, • organizaci služeb (denní/noční), • architektonické přizpůsobení (uvnitř a vně zařízení). |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost péče |
| Zdroje | MDK, 2009 |

| Indikátor č. 19 | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří jsou spokojeni s osobní péčí. |
| Upřesnění/popis | Indikátor se zjišťuje pomocí dotazníků spokojenosti (1x ročně), nebo kvalitativních rozhovorů s uživateli a/nebo jejich zástupci. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, kteří jsou spokojeni s osobní péčí, a celkového počtu oslovených uživatelů. |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je zjišťování názoru uživatelů na kvalitu péče a následné srovnání těchto subjektivních názorů s výsledky dalších indikátorů kvality péče. Kombinací objektivních a subjektivních názorů vznikne celkový obraz, z něhož lze odvodit potenciální možnosti a potřeby zlepšení v oblasti kvality péče. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Psychické zdraví a dobrý zdravotní stav |
| Zdroje | PROGRESS, 2010 |

| Indikátor č. 20 | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů trpících trombózou. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je měřen 1x ročně ve stanoveném termínu. Jinou možností je zjišťování informací z dokumentace ošetřovatelského procesu. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů trpících trombózou, a celkového počtu vyšetřených uživatelů. |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je prevence trombózy. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost péče |
| Zdroje | PROGRESS, 2010 |

| Indikátor č. 21 | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů s kontrakturami. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je měřen 1x ročně ve stanoveném termínu. Jinou možností je zjišťování informací z dokumentace ošetřovatelského procesu. |
| Výpočet | Počet uživatelů s kontrakturami Počet vyšetřených uživatelů |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je kontrola a realizace prevence vzniku kontraktur. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost péče |
| Zdroje | PROGRESS, 2010 |

Indikátor č. 22

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů trvale upoutaných na lůžko. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je měřen 1x ročně ve stanoveném termínu. Jinou možností je zjišťování informací z dokumentace ošetrovatelského procesu. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů trvale upoutaných na lůžko a počtu vyšetřených uživatelů. |
| Užití/účel | Účelem indikátoru je zjišťování počtu uživatelů trvale upoutaných na lůžko a zlepšování strategií prevence imobility. Imobilita vede k různým zdravotním problémům, jako je např. ztráta svalové hmoty, zácpa, inkontinence, dekubity, ... |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost péče |
| Zdroje | PROGRESS, 2010 |

Indikátor č. 23

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů s umělou výživou (PEG-sonda). |
| Upřesnění/popis | Indikátor je měřen 1x ročně ve stanoveném termínu. Jinou možností je zjišťování informací z dokumentace ošetrovatelského procesu. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů s umělou výživou a celkového počtu uživatelů |
| Užití/účel | Uživatelé s poruchami příjmu potravy, např. na základě neurologických zvykacích a polykacích problémů, jsou ohroženi nedostatkem výživy. V takových případech může být indikován příjem umělé výživy, přičemž se upřednostňuje zavedení transnasální sondy. Umělá výživa je pro uživatele méně zatěžující a způsobuje méně komplikací. Tento indikátor může být také používán k ověření, zda výživa pomocí sondy není příliš často a předčasně zaváděna (např. k ušetření času zaměstnanců), vzhledem k tomu, že výživa sondou je i méně nákladná než individuální podávání potravy proškoleným personálem. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost péče |
| Zdroje | PROGRESS, 2010 |

Indikátor č. 24

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů, u kterých hrozí rizika příjmu stravy. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je měřen 1x ročně ve stanoveném termínu. Jinou možností je zjišťování informací z dokumentace ošetrovatelského procesu. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, u kterých hrozí rizika příjmu stravy, a celkového počtu uživatelů. |
| Užití/účel | Zjišťuje se, zda jsou uživatelé schopní samostatného příjmu potravy. Zanedbání eventuálních rizik může vést k nedostatku výživy. Uživatelům, kteří nejsou schopni samostatného příjmu potravy, se musí pomoci speciální péčí nebo technickými prostředky (PEG-sonda). |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita a bezpečnost péče |
| Zdroje | PROGRESS, 2010 |

Oblast 2: Kvalita života

Kvalita života je často zaměňována s kvalitou ošetrovatelské péče. Ačkoliv spolu obě oblasti úzce souvisí, neměly by být posuzovány stejným způsobem. Kvalita života může být v určitém domově pro seniory velice vysoká, zatímco kvalita ošetrovatelské péče je nedostatečná: uživatelé se zde mohou cítit dobře, spokojeně a šťastně dokonce i v případě, že jim není poskytována odpovídající péče. Naopak to platí také: uživatelům může být poskytována vysoká kvalita ošetrovatelské péče ve smyslu naplňování profesionálních standardů, současně ale mohou pociťovat známky nižší úrovně kvality života v zařízení.

Definovat kvalitu života je velice obtížné, protože se určuje na základě individuálních fyzických, sociálních a psychologických aspektů. V praxi jsou sice používány všeobecné modely kvality života, ty ale individuální rozdíly neakceptují. Proto je důležité snažit se při měření kvality života použít model a jeho pojetí kvality života co možná nejlépe popsat. Indikátory v oblasti kvality života většinou nepocházejí ze stanovených standardů a směrnic – ty se vztahují především ke kvalitě ošetrovatelské péče. Indikátory kvality života jsou založeny na výpovědích uživatelů, jejich zákonných zástupců a zaměstnanců, které reflektují subjektivní zkušenosti, např. s pomocí pětihodnotové škály (nikdy, zřídka, někdy, pravidelně a vždy). Dva hlavní zdroje indikátorů kvality života: literární studie, která byla vytvořena v rámci programu My Home Life Programm (NCHR&D 2007; www.myhomelife.org.uk), a studie k hodnocení bydlení (Combined assessment of residential environments – CARE) (Faulkner et al., 2006).

My home life (MHL) zahrnuje 8 témat, z nichž dvě se zaměřují na vedoucí síly, aby byla podporována pohotovost a nasazení zaměstnanců a pozitivní kultura. Tři ze šesti témat pro zaměstnance se zabývají konceptem poskytování péče (personalizace) a zahrnují aspekty zachování identity, společné rozhodování a tvorba společenství. Tři zbývající témata se zaměřují na vedení zaměstnanců, péči o uživatele a rodinné příslušníky. Jde o aspekty zdolávání překážek, zlepšování zdraví a péče a podpora na konci života. Základem studie My home life je poukázat a zdůraznit důležitost vzájemných vztahů mezi uživateli, zákonnými zástupci a zaměstnanci (Nolan et al., 2006). Cílem je pocít bezpečí, sounáležitosti, kontinuity, úspěchu, smysluplnosti a významnosti všech zúčastněných. Celkem zahrnuje My home life 24 indikátorů z perspektivy uživatelů, rodinných příslušníků a zaměstnanců.

Indikátor č. 25–70

| Indikátor č. 25 | |
|------------------------|---|
| Definice | Počet uživatelů, kteří potřebují ke zvládnutí pocitů marnosti, ztráty a odcizení emocionální podporu. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli či jejich zástupci. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, které je nutné emocionálně podporovat, a celkového počtu dotázaných uživatelů. |
| Užití/účel | Nastěhování do zařízení, oslabení sociální sítě, přibývajících slabost a blížící se konec života mohou vést k pocitu odcizení, ztráty a marnosti. Uživatelé musí být podpořeni, aby tuto životní situaci zvládli – musí obdržet přesné informace o jejich péči. Pokud jsou uživatelé emocionálně podpořeni, aby efektivně zvládli tyto náročné fáze, může dojít ke zlepšení určitých aspektů kvality života. Indikátor umožňuje objasnit důležitost emocionální podpory v domovech pro seniory. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, zvládání pocitu ztráty a odcizení |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

| Indikátor č. 26 | |
|------------------------|---|
| Definice | Počet zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel, kteří potřebují emocionální podporu. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli či jejich zástupci. |
| Výpočet | Podíl počtu rodinných příslušníků/přátel, kteří potřebují „obvykle“ nebo „vždy“ emocionální podporu, a celkového počtu dotázaných rodinných příslušníků/přátel. |
| Užití/účel | Kromě uživatelů potřebují také zákonní zástupci, rodinní příslušníci či přátelé emocionální podporu, protože často bojují s pocitem ztráty a viny, že osobu sobě blízkou umístili do domova pro seniory. Emocionální podpora může rodinným příslušníkům ulehčit a může je více zapojit do ošetrovatelského procesu. Indikátor může vypovědět o tom, zda personál rodinné příslušníky informuje a emocionálně podporuje. |
| Perspektiva | Zákonní zástupci, rodinní příslušníci, přátelé |
| Téma | Kvalita péče, zvládání pocitu ztráty a odcizení |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

| Indikátor č. 27 | |
|------------------------|---|
| Definice | Počet zaměstnanců, kteří potřebují být v práci při každodenním styku se ztrátou a smutkem emocionálně podporováni. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli či jejich zástupci. |
| Výpočet | Podíl počtu zaměstnanců, kteří potřebují „většinou“ nebo „vždy“ emocionální podporu, a celkového počtu dotázaných zaměstnanců. |
| Užití/účel | Zaměstnanci domovů pro seniory prožívají neustále pocity smutku a ztráty smyslu, obzvláště při smrti uživatele. Podpora zvládnutí těchto situací může zlepšit kvalitu života zaměstnanců. Indikátor pomáhá objasnit, jak efektivně jsou zaměstnanci při zvládnutí stavů smutku a beznaděje podporováni. |
| Perspektiva | Zaměstnanci |
| Téma | Kvalita života, zvládnutí pocitu ztráty a smutku |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

| Indikátor č. 28 | |
|------------------------|--|
| Definice | Počet uživatelů, jejichž životní příběh znají ošetřující zaměstnanci. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli či jejich zástupci. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, kteří uvádějí, že zaměstnanci „obvykle“ nebo „vždy“ znají jejich životní příběh, a celkového počtu dotázaných uživatelů. |
| Užití/účel | Znalost biografie uživatele zlepšuje vztahy mezi uživatelem a personálem (v mnoha zemích je práce s biografií předepsaná zákonnými standardy). Skutečnost, že zaměstnanci znají a rozumí životním příběhům uživatelů, má pro zachování identity uživatele obrovský význam. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, zachování identity |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

| Indikátor č. 29 | |
|------------------------|---|
| Definice | Počet zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů, kteří znají zaměstnance zařízení. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s příbuznými či přáteli uživatelů. |
| Výpočet | Podíl počtu zákonných zástupců, rodinných příslušníků a přátel uživatelů, kteří se znají se zaměstnanci zařízení, a celkového počtu dotázaných zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel. |
| Užití/účel | Příbuzní a přátelé uživatele, kteří mají dojem, že je zaměstnanci osobně znají, mají příjemnější dojem ze soužití v zařízení. Tento pocit sounáležitosti pomáhá příbuzným a přátelům k větší důvěřivosti a vede k lepšímu vzájemnému porozumění a vyhýbání se konfliktům mezi zaměstnanci a příbuznými či přáteli. Indikátor ukazuje subjektivní dojem příbuzných či přátel uživatelů z toho, zda je zaměstnanci zařízení poznávají a zda s nimi komunikují. |
| Perspektiva | Zákonní zástupci, rodinní příslušníci, přátelé |
| Téma | Kvalita života, tvorba kolektivu |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

| Indikátor č. 30 | |
|------------------------|---|
| Definice | Počet zaměstnanců, jejichž osobní a odborné schopnosti jsou ostatními kolegy respektovány. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zaměstnanci zařízení. |
| Výpočet | Podíl počtu zaměstnanců, kteří pociťují, že jsou jejich schopnosti obvykle uznávány ostatními kolegy, a celkového počtu oslovených zaměstnanců. |
| Užití/účel | Zaměstnanci, jejichž odborné ošetrovatelské znalosti a osobní schopnosti jsou ostatními uznávány, zažívají pocit vážnosti a pozornosti. Vzájemné uznání je velice významné právě v této oblasti, kde lze jen zřídka očekávat mimořádné přídatky, kde jde především o oddanost a obětavost dané práci. Vážnost a uznání jsou důležité faktory pro zachování pracovních sil a schopností a pro pocit spokojenosti se zaměstnáním, což může být prokázáno prostřednictvím tohoto indikátoru. |
| Perspektiva | Zaměstnanci |
| Téma | Kvalita života, respektování zaměstnanců |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

| Indikátor č. 31 | |
|------------------------|---|
| Definice | Počet zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel, kteří se cítí být v domově pro seniory vítáni. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky či přáteli. |
| Výpočet | Podíl počtu příbuzných či přátel, kteří se „obvykle“ nebo „vždy“ cítí být v zařízení vítáni, a celkového počtu oslovených příbuzných či přátel. |
| Užití/účel | Vztahy mezi zaměstnanci zařízení a příbuznými či přáteli uživatelů jsou zásadní pro tvorbu klidného společenství v domově pro seniory. Pocit sounáležitosti může vést k lepšímu vzájemnému porozumění a pocitu vážnosti. Dojem být vítaný v zařízení může být podpořen jak chováním zaměstnanců, tak i např. podobou a uspořádáním místností. Indikátor ukazuje, do jaké míry je v zařízení vytvářen pocit vzájemné sounáležitosti a společenství. |
| Perspektiva | Zákonní zástupci/rodinní příslušníci/přátelé |
| Téma | Kvalita života, utváření společenství |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

| Indikátor č. 32 | |
|------------------------|---|
| Definice | Počet uživatelů, zákonných zástupců/rodinných příslušníků/přátel a zaměstnanců, kteří považují zařízení za součást místního společenství |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli, zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky či přáteli a se zaměstnanci. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, příbuzných či přátel a zaměstnanců, kteří se „obvykle“ nebo „vždy“ považují za součást místního společenství, a celkového počtu oslovených uživatelů, příbuzných či přátel a zaměstnanců. |
| Užití/účel | Zařízení, která jsou součástí většího společenství a jsou otevřena širšímu sociálnímu okolí, mají lepší přístup ke zdrojům, jež mohou napomoci zkvalitnění poskytované péče. Větší společenství může přispět k tomu, že uživatelé zůstanou spojeni s dřívějšími vztahy a aktivitami, čímž je možné do značné míry omezit pocity odcizení mezi uživateli a příbuznými či přáteli. Indikátor ukazuje, do jaké míry existuje napojení na lokální společenství. |
| Perspektiva | Uživatelé, zákonní zástupci/rodinní příslušníci/přátelé a zaměstnanci |
| Téma | Kvalita života, utváření společenství |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

| Indikátor č. 33 | |
|------------------------|--|
| Definice | Počet návrhů a připomínek rady uživatelů, které byly vedením domova realizovány. |
| Upřesnění/popis | Indikátor spočívá v analýze dokumentů, které vypracovala rada uživatelů, a v analýze dokumentace odpovídajících rozhodnutí vedení domova. |
| Výpočet | Podíl počtu návrhů rady obyvatel, které byly realizovány, a celkového počtu návrhů na zlepšení či změnu, které předala rada obyvatel vedení domova. |
| Užití/účel | Účast na rozhodování, která se týká utváření centrálních životních podmínek (např. bydlení, volnočasové aktivity, domovní řád), je součástí sociálního života v domovech pro seniory. Indikátor vyslovuje všeobecné podmínky demokratického podílení se a spolurozhodování uživatelů. Všichni zúčastnění se musí dohodnout o podmínkách, aby mohli definovat, kdy a za jakých podmínek budou platit návrhy a argumenty rady obyvatel. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, zapojení/účast |
| Zdroje | CSCI, 2008; Wohn- und Teilhabegesetz für Nordrhein-Westfalen; BMFSFJ, 2009 (Deutsche Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen) |
| Indikátor č. 34 | |
| Definice | Počet uživatelů, kteří mají dojem, že jejich vlastní práva jsou uznávána a je podle nich jednáno. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo pomocí kvalitativních interview s uživateli či jejich zástupci. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, kteří mají obvykle nebo pořád pocit, že jsou jejich práva uznávána, a celkového počtu dotázaných uživatelů. |
| Užití/účel | Společné hledání řešení je důležité pro kvalitu života v domovech pro seniory. Všichni uživatelé, včetně těch s kognitivním omezením, mohou být zahrnuti do všech aspektů péče, popřípadě i do průběhu dne, díky vyjednávacímu procesu, který vyrovnává práva a rizika uživatelů. Takový přístup v uživateli upevňuje pocit kontroly nad běžným dnem a přispívá ke kvalitě života. Tento indikátor pomáhá zvýšit uživateli stupeň zapojení a podnítit reflexi možných opatření na zlepšení. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, zapojení/účast, společné hledání řešení |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

Indikátor č. 35

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Počet zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů, kteří uvádějí, že jsou dostatečně zahrnuti do rozhodování o péči o uživatele. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky či přáteli uživatelů. |
| Výpočet | Podíl zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů, kteří jsou obvykle vždy dostatečně zahrnováni do péče, a celkového počtu dotázaných zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů. |
| Užití/účel | Zákonní zástupci, rodinní příslušníci či přátelé uživatelů opakovaně vyjádřili přání a potřebu společného hledání řešení díky podílení se na rozhodnutích o péči uživatelů. Toto společné rozhodování zákonných zástupců, rodinných příslušníků a přátel uživatelů může zlepšit komunikaci a interakci mezi všemi zúčastněnými a v důsledku může zlepšit kvalitu života v domově pro seniory. Tento indikátor vypovídá o subjektivním pohledu na podílení se ze strany zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů a podněcuje k reflexi o možnostech změn. |
| Perspektiva | Zákonní zástupci, rodinní příslušníci či přátelé uživatelů |
| Téma | Kvalita života, společné hledání řešení, smysluplnost |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006 |

Indikátor č. 36

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Počet zaměstnanců, kteří uvádějí, že jsou podporováni od vedoucích pracovníků v tom, že mohou podstupovat při ošetřování objektivně zdůvodněné riziko. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zaměstnanci. |
| Výpočet | Podíl zaměstnanců, kteří mohou obvykle nebo pořád podstupovat objektivně zdůvodněné riziko, a celkového počtu dotázaných zaměstnanců. |
| Užití/účel | Zaměstnanci, kteří přistupují kreativně a inovativně k plnění požadavků a zájmů uživatelů, potřebují podporující vedení, aby mohli podstupovat objektivně zdůvodněné riziko při péči a ošetrovatelské činnosti. Tento pocit způsobilosti a vlastní zodpovědnosti může zlepšit spokojenost z práce a zmenšit riziko syndromu vyhoření a osobní fluktuace. Výsledky tohoto indikátoru vysvětlují, v jakém rozsahu se zaměstnanci cítí být způsobilí k rozhodování. Odpovídající řídicí opatření je vhodné prodiskutovat v otevřeném rozhovoru. |
| Perspektiva | Zaměstnanci |
| Téma | Kvalita života, společné hledání řešení |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

| Indikátor č. 37 | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří uvedli, že jejich zdraví bylo dostatečně podporováno. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a/nebo s jejich zástupci. |
| Výpočet | Podíl uživatelů, kteří uvedli, že jejich zdraví bylo obvykle nebo vždy dostatečně podporováno, a celkového počtu dotázaných uživatelů. |
| Užití/účel | Tento indikátor zdůrazňuje důležitost přístupu k rozhodování o prospěchu na zdraví také a právě v domovech pro seniory. Prospěšnost pro zdraví spočívá v nabídce smysluplné činnosti uživatelům, pospolitosti a učení. Zdraví je základním předpokladem kvality života. Indikátor slouží k diskuzi o míře pocíťované svobody uživatele a o odpovídajících řídicích opatřeních. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, podpora zdraví |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

| Indikátor č. 38 | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů, kteří uvedli, že uživatelé mají přiměřený přístup ke zdravotnictví. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky či přátel uživatelů. |
| Výpočet | Podíl počtu zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů, kteří uvedli, že uživatelé měli obvykle nebo vždy přístup k zdravotnictví, k celkovému počtu dotázaných zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů. |
| Užití/účel | Tento indikátor pomáhá získat odhady hodnocení možností přístupu uživatelů ke službám zdravotnického systému z pohledu uživatelů. Zatímco v mnoha členských zemích není zatím pozorováno žádné omezení, v praxi se ale mohou organizační nedostatky v domovech pro seniory stát faktickou překážkou k přístupu k všeobecným nebo odborným lékařům. Indikátor vrhá světlo na vnímání takových překážek ze strany zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů. |
| Perspektiva | Zákonní zástupci, rodinní příslušníci či přátelé uživatelů |
| Téma | Kvalita života, podpora zdraví |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

Indikátor č. 39

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl zaměstnanců, kteří mají pocit, že jejich zdraví je na pracovišti chráněno a podporováno. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zaměstnanci. |
| Výpočet | Podíl počtu zaměstnanců, kteří uvedli, že jejich zdraví je obvykle nebo stále chráněno a podporováno, k celkovému počtu dotázaných zaměstnanců. |
| Užití/účel | Pozornost k fyzickému a psychickému zdravotnímu stavu může přispět k tomu, že se zaměstnanci budou cítit uznávání a podporování. Podpora zdraví, utváření sociálních potřeb a vztahů, ať už mezi zaměstnanci samotnými a zaměstnanci a vedoucími, bylo opakovaně identifikováno jako rozhodující faktor spokojenosti zaměstnanců se svým pracovním místem. Podpora zdraví může přispět ke zmenšení personální fluktuace. Indikátor osvětluje subjektivní pocit zaměstnanců, v jakém rozsahu je jejich zdraví na pracovišti chráněno a podporováno a podněcuje k vytvoření odpovídajících rámcových podmínek. |
| Perspektiva | Zaměstnanci |
| Téma | Kvalita života, podpora zdraví |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

Indikátor č. 40

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří uvedli, že mohou se zaměstnanci na požádání mluvit o smrti a umírání. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli nebo jejich zástupci. Do ankety by měli být zahrnuti všichni uživatelé případně s upravenými otázkami pro osoby s kognitivním omezením. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, kteří uvedli, že mohou obvykle nebo vždy se zaměstnanci na přání mluvit o smrti a umírání, a celkového počtu dotázaných uživatelů. |
| Užití/účel | Domovy pro seniory jsou komplexní systémy, ve kterých lidé nejenom žijí, ale i umírají. Z toho vzniká potřeba vyvinout ošetrovatelskou kulturu, která si života a umírání starších lidí váží rovnocenně. Na vztah orientovaná péče s důrazem na lidskou důstojnost a osobní potřeby může podporovat uživatele k otevřeným rozhovorům o smrti a umírání. Takové rozhovory mohou zvýšit pravděpodobnost, že uživatelé zemřou dle svých představ. Indikátor přezkoumává subjektivní vnímání uživatelů ve vztahu k možnostem mluvit se zaměstnanci o smrti a umírání. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, umírání a ošetrovatelská péče na konci života |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

Indikátor č. 41

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů, kteří mluvili se zaměstnanci o péči a ošetřování o uživatele na konci jejich života. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky či přátel uživatelů. |
| Výpočet | Podíl zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů, kteří mluvili se zaměstnanci o péči a ošetřování uživatele na konci jeho života, k celkovému počtu dotázaných zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů. |
| Užití/účel | Zapojení zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů do plánování ošetřování na konci života uživatelů je podstatný předpoklad pro společné porozumění, přání a preference všech zúčastněných. Díky tomu mohou být umírání a smrt uživatele vnímány pro zákonné zástupce, rodinné příslušníky či přátele uživatelů ve smyslu rozloučení a smíření. Indikátor osvětluje zapojení zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů do rozhovoru o konci života a podněcuje k debatě o dostatečných opatřeních v této oblasti. |
| Perspektiva | Zákonní zástupci, rodinní příslušníci či přátelé uživatelů |
| Téma | Kvalita života, umírání a ošetřování na konci života |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

Indikátor č. 42

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl zaměstnanců, kteří se cítí být emocionálně podporováni, když uživatelé zemřou. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zaměstnanci. |
| Výpočet | Podíl zaměstnanců, kteří uvedli, že jsou obvykle nebo vždy emocionálně podporováni při smrti uživatelů, a celkového počtu dotázaných zaměstnanců. |
| Užití/účel | Vedle příbuzných a přátel cítí i zaměstnanci velmi často velkou ztrátu při smrti uživatele. Na základě blízkého vztahu, který se vyvíjí v práci mezi zaměstnancem a uživatelem, potřebují zaměstnanci často po úmrtí některých uživatelů podporu. Například ve formě vzpomínkové slavnosti, otevřených rozhovorů či účasti na pohřbu. Podpora během vstřebávání zármutku může zlepšit schopnost zaměstnanců akceptovat a vstřebat tento zážitek. Indikátor udává, jak je prožívána emocionální podpora zaměstnanci. |
| Perspektiva | Zaměstnanci |
| Téma | Kvalita života |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

| Indikátor č. 43 | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří uvedli, že personál, který mají k dispozici, není dostačující, aby jejich potřeby byly splněny. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a jejich zástupci. |
| Výpočet | Podíl uživatelů, kteří uvedli, že personál, který mají k dispozici, je většinou nebo vždy nedostačující, a celkového počtu dotázaných uživatelů. |
| Užití/účel | Tento indikátor klade choulostivou otázku na přiměřený počet personálu. To, že je v domově pro seniory nedostačující počet personálu, může být dáno buď skutečně nedostačujícím počtem zaměstnanců, nebo nedostatečným počtem proškolených zaměstnanců v oblasti pochopení naplnění potřeb uživatelů. Indikátor nabádá proto k reflexi. Na jedné straně se může lépe vyhovět potřebám uživatelů díky důsledné ohleduplné péči a personálu s odpovídajícím vzděláním. Na druhé straně může být zjištěno, že čas zaměstnance strávený s uživateli je skutečně nedostačující (viz též indikátor č. 90). Subjektivní pocit, že je k dispozici dostatečný počet personálu, může uspokojit potřebu bezpečí a příslušnosti, stejně jako přispět ke kvalitě života. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, jistota a příslušnost |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

| Indikátor č. 44 | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů, kteří vnímají personál jako kompetentní. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky či přáteli uživatelů. |
| Výpočet | Podíl zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů, kteří vnímají personál obvykle nebo vždy jako kompetentní, a celkového počtu dotázaných zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů. |
| Užití/účel | Zákonní zástupci, rodinní příslušníci či přátelé uživatelů mají velmi často přání převzít jednotlivé úkoly ohledně péče o uživatele, i když uživatel žije v domově pro seniory. Rozhovory o možném dělení úkolů mezi zaměstnance a zákonné zástupce, rodinné příslušníky či přátele uživatelů mohou přispět ke spokojenosti všech zúčastněných. Zaměstnanci vnímají blízké osoby uživatelů jako méně rušivé a více jako podpůrné, zatímco blízké osoby uživatelů mohou sledovat kompetence zaměstnanců. Tento indikátor měří rozsah kompetencí, které přiřkládají personálu zákonní zástupci, rodinní příslušníci a přátelé uživatelů. Odpovídající reflexe potřebuje otevřenost a odvahu, nutné je také přemýšlet o řídicích opatřeních. |
| Perspektiva | Zákonní zástupci, rodinní příslušníci či přátelé uživatelů |
| Téma | Kvalita života, zapojení rodinných příslušníků, zákonných zástupců a přátel uživatelů do péče |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

| Indikátor č. 45 | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl zaměstnanců, kteří si myslí, že je jejich potřeba dalšího a celoživotního vzdělávání adekvátně zohledněna. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zaměstnanci. |
| Výpočet | Podíl zaměstnanců, kteří si myslí, že jejich potřeba vzdělávat se je obvykle nebo vždy zohledňována, a celkového počtu dotázaných zaměstnanců. |
| Užití/účel | Péče v domovech pro seniory vyžaduje neustálé vzdělávání personálu, např. co se týče péče o lidi s demencí, stravování ve stáří, ale i se zřetelem na utváření vztahů a zacházením s konflikty. Mnoho zaměstnanců vykazuje nedostatky ve vzdělání a školení, protože se v oblasti dalšího a celoživotního vzdělávání šetří, ačkoliv se díky tomu může dosáhnout důležitých odborných i strategických cílů (např. odborné ošetřování, vedení personálu). Indikátor osvětluje spokojenost zaměstnanců s opatřeními v oblasti dalšího a celoživotního vzdělávání. |
| Perspektiva | Zaměstnanci |
| Téma | Kvalita života, další a celoživotní vzdělávání zaměstnanců |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

| Indikátor č. 46 | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří v domovech pro seniory vnímají pozitivní atmosféru. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a/nebo s jejich zástupci. |
| Výpočet | Podíl uživatelů, kteří v domovech pro seniory vnímají většinou nebo vždy pozitivní atmosféru, a celkového počtu dotázaných uživatelů. |
| Užití/účel | Pozitivní atmosféra v domovech pro seniory je charakterizována tím, že se zaměstnanci, uživatelé, jejich blízcí, případně i přátelé dokážou přizpůsobit měnícím se požadavkům. Toto je podporováno vedením zařízení, které pro udržení pozitivní atmosféry stanovuje a řídí odpovídající rámcové podmínky. Pozitivní atmosféra podporuje pozitivní zážitky uživatelů, což opět přispívá k vyšší kvalitě života. Tento indikátor měří, jak vnímají uživatelé atmosféru v domově pro seniory a podněcují k přemýšlení o řídicích opatřeních, jak a kterými způsoby chování je možné pozitivně ovlivnit toto vnímání. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, atmosféra v domově pro seniory |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

Indikátor č. 47

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů, kteří uvedli, že jejich zlepšující návrhy byly od personálu přijaty a představeny. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky či přáteli uživatelů. |
| Výpočet | Podíl zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů, kteří uvedli, že jejich návrhy na zlepšení byly obvykle nebo vždy přijaty a představeny, k celkovému počtu dotázaných zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů. |
| Užití/účel | V pozitivní atmosféře jsou znalosti a názory všech zúčastněných oceňovány. To znamená, že i zákonní zástupci, rodinní příslušníci a přátelé uživatelů budou posuzováni jako součást „týmu“ pro kvalitní rozvoj. V rámci externí účasti mohou zákonní zástupci, rodinní příslušníci či přátelé uživatelů dát hodnotný pohled na ošetrovatelský proces a mohou nabídnout kreativní odpovědi na kritické otázky. Přijetí takovýchto zpětných reakcí a představení jejich návrhů, může u příbuzných a přátel uživatelů posílit pocit, že jsou bráni jako partneři a že k tomu procesu patří. Tento indikátor osvětluje pocit příslušnosti příbuzných a přátel uživatelů ke společenství v domovech pro seniory. |
| Perspektiva | Zákonní zástupci, rodinní příslušníci či přátelé uživatelů. |
| Téma | Kvalita života, zapojení zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů do ošetrování. |
| Zdroje | NCHR&D Forum, 2007 |

Indikátor č. 48

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří se cítí v domově pro seniory jistě, chráněni a v bezpečí. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli či jejich zástupci. |
| Výpočet | Podíl uživatelů, kteří se obvykle nebo vždy cítí jistě a v bezpečí k celkovému počtu dotázaných uživatelů. |
| Užití/účel | Pro uživatele a jejich blízké jsou jistota, ochrana a bezpečí podstatnými předpoklady pro kvalitu života v domovech pro seniory. Konkrétní vytvoření bezpečnostních opatření nebo individuální vnímání zdrojů nebezpečí vyžaduje neustálý dialog mezi zúčastněnými. Např. musí být bráno na zřetel, zda mnoho bezpečnostních opatření nebrání aktivizujícím pečovatelským konceptům nebo zda uživatelé nevnímají otevření domovů pro seniory okolí jako bezpečnostní riziko (viz indikátor č. 61). Na základě tohoto indikátoru může být objasněno prožívání jistoty a bezpečí v domovech pro seniory ze strany uživatelů. Podněcuje debatu o kvalitě života a péče, která může přinést vznik nového pohledu zúčastněných stejně jako nová řídicí opatření. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, pocit bezpečí |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006 (CARE profiles: item #1) |

Indikátor č. 49

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří uvedli, že k nim jsou zaměstnanci přátelští |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a/nebo jejich zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky. |
| Výpočet | Počet uživatelů, kteří uvedli, že zaměstnanci jsou k nim obvykle nebo vždy přátelští, k celkovému počtu dotázaných uživatelů. |
| Užití/účel | Přátelskost zaměstnanců je pro mnohé uživatele hlavním předpokladem pro mezilidské vztahy v domově pro seniory a přináší s sebou vyšší kvalitu života. Ten, kdo je personálem přátelsky přijatý, cítí sounáležitost a příslušnost k novému domovu. Tento indikátor vysvětluje, jestli jsou zaměstnanci vnímáni uživateli přátelsky. Interpretace výsledků potřebuje otevřený dialog, aby mohla být vyvinuta smysluplná řídicí opatření. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, pocit příslušnosti |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006 (CARE profiles: item #3) |

Indikátor č. 50

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří uvedli, že mohou kdykoliv přijmout návštěvu. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a/nebo jejich zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky. |
| Výpočet | Podíl uživatelů, kteří uvedli, že mohou přijmout návštěvu kdykoliv, k celkovému počtu dotázaných uživatelů. |
| Užití/účel | Uživatelé vnímají velmi pozitivně, když mohou přijmout návštěvu kdykoliv. Tento pocit jim může přinést pocit kontinuity, který opět přispívá ke zlepšení kvality života. V mnoha zemích je zákonně ustanoveno, že uživatelé mají právo kdykoliv přijmout návštěvu. Tento indikátor může mít proto malou relevanci pro domovy pro seniory, do kterých mají návštěvníci přístup kdykoliv. Pomocí tohoto indikátoru je testován zajisté subjektivní pocit uživatelů, který vede k zajímavým pohledům a může podnítit odpovídající řídicí procesy. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, kontinuita, příslušnost |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006 (CARE profiles: item #5) |

Indikátor č. 51

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří uvedli, že je personál podporuje, aby byli soběstační |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a jejich zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky. |
| Výpočet | Podíl uživatelů, kteří uvedli, že je personál obvykle nebo vždy podporuje, aby byli soběstační, k celkovému počtu vyšetřených uživatelů. |
| Užití/účel | Povzbuzení uživatelů k soběstačnosti umožňuje udržení a/nebo znovuzískání schopností. Díky tomu se redukuje závislost na ošetrovatelském personálu a pocit samostatnosti, jeden z nejdůležitějších aspektů kvality života, se zvyšuje. Tento indikátor osvětluje subjektivní vnímání uživatelů se zřetelem na jejich samostatnost a podněcuje řídicí opatření ke zlepšení samostatné péče. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, výkon, podpora k samostatnosti |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006; MDS, 2009 |

Indikátor č. 52

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří uvedli, že jim personál nechá čas, aby mohli samostatně vykonávat různé aktivity. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a jejich zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky. |
| Výpočet | Podíl uživatelů, kteří uvedli, že jim personál nechává čas, aby se obvykle nebo vždy věnovali samostatně aktivitám, k celkovému počtu dotázaných uživatelů. |
| Užití/účel | Většina uživatelů vnímá pozitivně, když jim zaměstnanci nechávají čas, aby vykonávaly samostatně některé aktivity. Samotné malé pocity úspěchu mohou přispět k dodání smyslu života a zlepšení kvality života (viz indikátor č. 51). Tento indikátor vysvětluje, jak uživatelé vnímají chování zaměstnanců k vedení jejich samostatnosti. V odpovídajících hodnotících rozhovorech a při vývoji řídicích opatření by měla být zohledněna data o skutečně prožitém čase zaměstnanců s uživateli, o dalším a pokračujícím vzdělání, stejně jako pečovatelský koncept. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, výkon, podpora k samostatnosti |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006 |

Indikátor č. 53

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří uvedli, že personál respektuje jejich osobní majetek. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a jejich zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky. |
| Výpočet | Podíl uživatelů, kteří uvedli, že personál obvykle nebo vždy respektuje jejich osobní majetek, k celkovému počtu dotázaných uživatelů. |
| Užití/účel | Uživatelé oceňují, když je jejich osobní majetek respektován. Respekt zvyšuje pocit uznání jako osobnosti a přispívá ke zvýšení kvality života. Tento indikátor zkoumá subjektivní vnímání uživatelů ve vztahu k respektování jejich osobního majetku a podněcuje odpovídající řídicí opatření. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, uznání, význam |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006 (CARE profiles: item #20) |

Indikátor č. 54

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl zaměstnanců, kteří uvedli, že jim členové rodiny uživatelů důvěřují. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zaměstnanci. |
| Výpočet | Podíl zaměstnanců, kteří uvedli, že jim členové rodiny uživatelů obvykle nebo vždy důvěřují, k celkovému počtu dotázaných zaměstnanců. |
| Užití/účel | Zaměstnanci, kteří mají pocit, že členové rodiny důvěřují jim i jejich schopnostem v péči o pacienty, si tímto dokazují sebedůvěru a stoupající pocit pracovní spokojenosti, která podstatně přispívá ke kvalitě života. Tento indikátor vysvětluje, jak zaměstnanci hodnotí svoji práci z pohledu členů rodiny. Indikátor je proto nepřímo také osobním hodnocením vlastní práce zaměstnanců a pracovní spokojenosti, což může poskytnout důležité rady a podněty na zavedení korigujících či preventivních řídicích opatření. |
| Perspektiva | Zaměstnanci |
| Téma | Kvalita života, úspěch, pracovní spokojenost |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006 |

| Indikátor č. 55 | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů, kteří uvedli, že personál reagoval rychle, když se uživatelé dožadovali pomoci. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a jejich zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky. |
| Výpočet | Podíl zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů, kteří uvedli, že personál obvykle nebo vždy reagoval rychle, k celkovému počtu dotázaných zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů. |
| Užití/účel | Když uživatelé potřebují s něčím pomoci, přinese jim rychlá reakce zaměstnanců pocit jistoty a bezpečí. To platí zvláště pro rodinné příslušníky a přátele. Bezpochyby je vnímání rychlosti reakce výhradně subjektivní, proto je pro interpretaci výsledků a opatření ke zvyšování kvality zcela zásadní dialog mezi všemi zúčastněnými. Případná opatření by přirozeně neměla spočívat v tom, že se ukáže „rychlá reakce“ pouze v případě, když rodinní příslušníci či přátelé navštíví uživatele v zařízení. |
| Perspektiva | Zákonní zástupci, rodinní příslušníci či přátelé uživatelů |
| Téma | Kvalita života, bezpečí |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006 (CARE profiles: item #15) |

| Indikátor č. 56 | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl rodinných příslušníků či přátel, kteří uvádějí, že se uživatel/ka cítí v zařízení dobře |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a jejich zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky. |
| Výpočet | Podíl zákonných zástupců, rodinných příslušníků a přátel, kteří uvádějí, že se uživatel/ka obvykle nebo vždy cítí v zařízení dobře, k celkovému počtu dotázaných zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel. |
| Užití/účel | Podíl rodinných příslušníků či přátel, kteří uvádějí, že se uživatel/ka cítí v zařízení dobře Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a jejich zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky. Podíl zákonných zástupců, rodinných příslušníků a přátel, kteří uvádějí, že se uživatel/ka obvykle nebo vždy cítí v zařízení dobře, k celkovému počtu dotázaných zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel. |
| Perspektiva | Zákonní zástupci, rodinní příslušníci či přátelé uživatelů |
| Téma | Kvalita života, pocit sounáležitosti |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006 |

Indikátor č. 57

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl rodinných příslušníků, zákonných zástupců a přátel, kteří uvádějí, že v zařízení to příjemně voní. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a jejich zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky. |
| Výpočet | Podíl rodinných příslušníků a přátel, kteří uvádějí, že v zařízení to příjemně voní, k celkovému počtu dotázaných zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel. |
| Užití/účel | Příjemná vůně je dle zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel uživatelů (a nejen dle nich) důležitým prvkem kvality života v zařízení. Tento indikátor osvětluje důležitý aspekt kvality života v zařízení, na který často není od vedení a zaměstnanců brán zřetel. Indikátor podněcuje k jednoduchým a realizovatelným zlepšovacím opatřením. |
| Perspektiva | Zákonní zástupci, rodinní příslušníci či přátelé uživatelů |
| Téma | Kvalita života, spokojenost s péčí a ošetřováním |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006 (CARE profiles: item #7) |

Indikátor č. 58

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl rodinných příslušníků, zákonných zástupců a přátel, kteří uvádějí, že se účastní rozhodování o formě péče o uživatele. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a jejich zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky. |
| Výpočet | Podíl počtu zákonných zástupců, rodinných příslušníků a přátel, kteří uvádějí, že se obvykle nebo vždy účastní rozhodování o formě péče o uživatele, k celkovému počtu dotázaných zákonných zástupců, rodinných příslušníků a přátel. |
| Užití/účel | Účast na rozhodování, která forma péče se bude týkat daného uživatele, vnímají rodinní příslušníci jako velmi důležitou. Přitom je také nutné vnímat individuální schopnosti a přání – výsledky dotazování mohou objasnit, do jaké míry mají být tato individuální přání zohledněna a jaká opatření mají být realizována, aby byli rodinní příslušníci a přátelé uživatele spokojeni. |
| Perspektiva | Zákonní zástupci, rodinní příslušníci či přátelé uživatelů |
| Téma | Kvalita života, zapojení zákonných zástupců, rodinných příslušníků či přátel v péči o uživatele |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006 (CARE profiles: item #2) |

Indikátor č. 59

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl zákonných zástupců, rodinných příslušníků a přátel, kteří uvádějí, že personál zařízení jejich přínos a pomoc v péči o uživatele oceňuje. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a jejich zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky. |
| Výpočet | Podíl počtu zákonných zástupců, rodinných příslušníků a přátel, kteří uvádějí, že personál zařízení jejich přínos a pomoc v péči o uživatele obvykle nebo vždy oceňuje, k celkovému počtu dotázaných zákonných zástupců, rodinných příslušníků a přátel. |
| Užití/účel | Ocenění vlastního přičinění v péči o uživatele vnímají rodinní příslušníci a přátelé velice pozitivně. Odpovídající úspěchy mohou zvýšit jejich kvalitu života a pocit sounáležitosti. Tento indikátor měří odpovídající úspěchy, resp. slabosti, které mohou být zlepšovány zavedením měřitelných opatření. |
| Perspektiva | Rodinní příslušníci, zákonní zástupci a přátelé uživatelů |
| Téma | Kvalita života, úspěch, zapojení rodinných příslušníků a přátel |
| Zdroje | Angeregt von Faulkner et al., 2006 |

Indikátor č. 60

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl zákonných zástupců, rodinných příslušníků a přátel, kteří uvádějí, že jsou o změnách, které se týkají daného uživatele, pravidelně informováni. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a jejich zákonnými zástupci, rodinnými příslušníky. |
| Výpočet | Podíl počtu rodinných příslušníků, kteří uvádějí, že jsou většinou nebo stále o změnách informováni, k celkovému počtu dotazovaných. |
| Užití/účel | Rodinní příslušníci oceňují informace o aktuálních změnách, které se týkají daného uživatele, čímž je pozitivně ovlivněna jejich spokojenost s péčí o uživatele. Rodinní příslušníci a přátelé, kteří se podílejí na kvalitě života v zařízení, mohou být zapojeni do interpretace výsledků a tím dávají podnět k zavedení odpovídajících opatření. |
| Perspektiva | Rodinní příslušníci, zákonní zástupci a přátelé uživatelů |
| Téma | Kvalita života, význam, zapojení |
| Zdroje | Angeregt von Faulkner et al., 2006 (CARE profiles: item #15) |

| Indikátor č. 61 | |
|------------------------|---|
| Definice | Počet požadavků k setkávání uživatelů, rodinných příslušníků a zaměstnanců a se sociálním okolím a k výměně názorů mezi nimi. |
| Upřesnění/popis | Tento indikátor je vytvářen na základě dokumentace počtu návštěvníků při akcích v zařízeních. |
| Výpočet | Počet společných akcí za poslední rok |
| Užití/účel | Tento indikátor měří otevřenost zařízení vůči sociálnímu okolí a míru požadavků uživatelů při rozvoji a udržování vztahů s osobami a skupinami mimo zařízení. Udržování vztahů se sociálním okolím umožňuje uživatelům nepřetržitou kontinuitu a seberozvíjení. Společné akce v zařízení mohou působit smysluplně a zvyšovat kvalitu života. Konkrétní opatření a programy akcí by měly být plánovány a prováděny všemi zúčastněnými. |
| Perspektiva | Uživatelé, rodinní příslušníci, zákonní zástupci, přátelé a zaměstnanci |
| Téma | Kvalita života, společenství v zařízení |
| Zdroje | Angeregt von CSCI, 2008; E-Qalin, 2009; MAGS NRW, 2006 |

| Indikátor č. 62 | |
|------------------------|---|
| Definice | Průměrný počet uživatelů zařízení, kteří se dobrovolně podílejí na organizovaných sociálních aktivitách. |
| Upřesnění/popis | Tento indikátor je vytvářen na základě dokumentace počtu návštěvníků při akcích v zařízeních. |
| Výpočet | Podíl počtu účastníků na sociálních aktivitách k celkovému počtu nabízených/organizovaných činnosti, aktivit. |
| Užití/účel | Tento indikátor měří rozsah podpory uživatelů při rozvoji a udržování vztahů uvnitř zařízení. Sociální aktivity tak mohou působit smysluplně a zvýšit pocit sounáležitosti. Indikátor by měl zohlednit strukturu uživatelů v zařízení (počet soběstačných uživatelů), případně cílovou skupinu konkrétních akcí. Důležitá je vždy přesná definice a domluvení se na cílových hodnotách v rámci uspořádání všedních dnů v zařízení. Na tomto základě může indikátor objasnit, zda byly předem dohodnuté cíle dosaženy. Tím je podnícena diskuse o zavedení vhodných řídicích opatření. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, sociální aktivity, zapojení uživatelů |
| Zdroje | Angeregt von CSCI, 2008; E-Qalin, 2009 |

| Indikátor č. 63 | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří uvádějí, že jejich soukromí je přiměřeně chráněno. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a/nebo jejich zákonnými zástupci. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, kteří uvádějí, že jejich soukromí je většinou nebo vždy chráněno, k celkovému počtu dotazovaných uživatelů |
| Užití/účel | Vedle ochrany majetku (viz indikátor č. 53) je míra soukromí a intimity důležitý faktor pro individuální vnímání osobní svobody a kvality života. Významnou roli při tom hraje kontrola osobních údajů. Tento indikátor udává spokojenost uživatelů s mírou zachování soukromí a podněcuje k vypořádání se s protikladnými faktory (jistota, sociální kontakty). |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života a soukromí |
| Zdroje | Angeregt von E-Qalin, 2009; Kane, 2003; CSCI, 2008 |

| Indikátor č. 64 | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl rodinných příslušníků a zákonných zástupců, s nimiž byl alespoň 2x ročně proveden rozhovor o kvalitě péče |
| Upřesnění/popis | Tento indikátor je vytvářen na základě dokumentace počtu pohovorů s rodinnými příslušníky či zákonnými zástupci o uživatelích. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, o nichž byl alespoň 2x ročně proveden rozhovor s rodinnými příslušníky a zákonnými zástupci, k počtu uživatelů s alespoň jedním rodinným příslušníkem/právním zástupcem. |
| Užití/účel | <p>Pohovory s uživateli k posouzení kvality péče by se měly především zabývat tématy uplynulého období, jako např. spokojenost rodinných příslušníků, jejich vnímání péče, rozvoj uživatelů a informace o jejich biografii, stížnosti, atd. V druhé části rozhovoru by měly v popředí stát návrhy a plány pro nastávající období (individuální plánování péče): speciální potřeby ve vztahu ke kvalitě péče a života, plány a předsevzetí zaměstnanců atd.</p> <p>U uživatelů bez rodinných příslušníků by měl být rozhovor veden za přítomnosti právního zástupce.</p> <p>Tento indikátor zkoumá míru dosažení cílů a podněcuje například k tomu zavést při klesající tendenci odpovídající opatření. Při hodnotících setkáních by měla být také stanovena obsahová, příp. metodická analýza rozhovorů s rodinnými příslušníky.</p> |
| Perspektiva | Rodinní příslušníci, přátelé a zaměstnanci |
| Téma | Kvalita života, zapojení uživatelů |
| Zdroje | Angeregt von E-Qalin, 2009; CSCI, 2008 |

| Indikátor č. 65 | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů (a jejich rodinných příslušníků), kteří mají přiděleného „klíčového pracovníka“. |
| Upřesnění/popis | Indikátor vychází z posouzení individuálního plánování péče a příslušné dokumentace a je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a/nebo jejich zákonnými zástupci. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů s přiděleným klíčovým pracovníkem k celkovému počtu uživatelů. |
| Užití/účel | <p>Přidělení ošetřovatelů k určité skupině uživatelů a stanovení příslušné odpovědnosti za ošetřovatelský proces je sice v mnoha zemích uzákoněný, nicméně v evropských domovech pro seniory neexistuje obecně platný standard.</p> <p>Realizace ošetřovatelského procesu se ovšem v mnoha domovech pro seniory uchovala, především pro osoby s demencí a jinými kognitivními formami postižení a jejich rodinné příslušníky. Přidělením ošetřovatele ke konkrétním uživatelům se vytvoří lepší vztah s uživateli, prohloubí se znalosti o biografii uživatele a mohou se vytvořit odpovídající opatření.</p> <p>Tento indikátor je proto vhodný především pro zařízení, která se chystají zavést systém individuálního plánování péče. Indikátor objasňuje dosažení cílů a podněcuje k diskusi o opatřeních, jak rychle a kterými prostředky by měl být takový systém vytvořen vzhledem k potřebám uživatelů, např. na základě zvyšujícího se počtu uživatelů s kognitivním postižením.</p> |
| Perspektiva | Uživatelé, zaměstnanci |
| Téma | Kvalita ošetřovatelské péče, kvalita života |
| Zdroje | Magee et al., 2008; Lind, 2000 |

| Indikátor č. 66 | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů, kterým byla aplikována v posledním roce paliativní péče. |
| Upřesnění/popis | Tento indikátor je vytvářen na základě analýzy dokumentace ošetřovatelského procesu. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, kterým byla aplikována paliativní péče, k celkovému počtu uživatelů. |
| Užití/účel | <p>Přiměřená péče na konci života patří k nejdůležitějším úlohám v domovech pro seniory. Je potřeba stanovit odpovídající organizaci procesu umírání a zajistit podporu rodinným příslušníkům.</p> <p>Účelem indikátoru je posouzení procesu umírání ve vztahu k náboženským, kulturním a léčebným potřebám uživatelů a rodinných příslušníků v rámci přiměřené paliativní péče. Indikátor zdůrazňuje, že mnohým uživatelům nebyla aplikována odpovídající profesionální paliativní péče, protože zařízení nemělo k dispozici dostatečně vzdělaný personál a/nebo nemělo stanovený žádný tým zaměstnanců pro paliativní péči. Odpovídající opatření je třeba rozvíjet.</p> |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, umírání, paliativní péče |
| Zdroje | Angeregt von MAGS NRW, 2006; CSCI, 2008 |

| Indikátor č. 67 | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů, u nichž jsou zohledněny jejich kulturní potřeby a požadavky. |
| Upřesnění/popis | Indikátor vychází z posouzení individuálního plánování péče a příslušné dokumentace a je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a/nebo jejich zákonnými zástupci a/nebo na základě dokumentace ošetrovatelského procesu s ohledem na dietetické potřeby. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, jejichž kulturní preference jsou většinou nebo vždy zohledňovány, k celkovému počtu uživatelů v zařízení. |
| Užití/účel | Tento indikátor se zabývá otázkami zohledňování náboženských, duchovních a dietetických potřeb různých skupin uživatelů a/nebo etnických skupin uživatelů (příp. také zaměstnanců). Na základě struktury uživatelů v zařízení a národnostních zvláštností je třeba rozlišovat, zda je tento indikátor pro konkrétní zařízení relevantní. Pokud ano, slouží k prověření, zda byla implementována, příp. připravena, přiměřená opatření s ohledem na kulturní rozdíly a zda měli uživatelé a jejich rodiny možnost podílet se bez omezení na hodnotícím procesu a rozvoji/realizaci ošetrovatelských plánů. |
| Perspektiva | Uživatelé, (zaměstnanci) |
| Téma | Kvalita života, identita |
| Zdroje | Angeregt von CSCI, 2008 |

| Indikátor č. 68 | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů s plánem ukončení života, který je aktualizovaný a sladěný s jejich preferencemi. |
| Upřesnění/popis | Tento indikátor je vytvořen analýzou dokumentace ošetrovatelského procesu a měla by v něm být obsažena data k „individuálnímu plánování péče“. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů s aktualizovaným plánem péče pro ukončení života k celkovému počtu uživatelů. |
| Užití/účel | Indikátor slouží pro kontrolu míry individualizovaných opatření, která nabízí dané zařízení. Management a zaměstnanci by měli definovat cílové hodnoty, aby je porovnali se skutečnými výsledky, sledovali obecnou tendenci a přemýšleli o změnách, aby mohly být pevně stanoveny konkrétní cíle a opatření. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, umírání |
| Zdroje | Angeregt von E-Qalin, 2009; CSCI, 2008; MDS, 2009; DoH, 2008 |

Indikátor č. 69

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří jsou spokojeni s chutí a kvalitou hlavních jídel. |
| Upřesnění/popis | Indikátor vychází z posouzení individuálního plánování péče a příslušné dokumentace a je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a/nebo jejich zákonnými zástupci. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, kteří uvádějí, že jsou většinou nebo vždy s hlavními jídly spokojeni, k celkovému počtu dotazovaných uživatelů. |
| Užití/účel | Podíl uživatelů, kteří jsou spokojeni s chutí a kvalitou hlavních jídel. Indikátor vychází z posouzení individuálního plánování péče a příslušné dokumentace a je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a/nebo jejich zákonnými zástupci. Podíl počtu uživatelů, kteří uvádějí, že jsou většinou nebo vždy s hlavními jídly spokojeni, k celkovému počtu dotazovaných uživatelů. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, jídlo |
| Zdroje | Angeregt von Kane, 2003 |

Indikátor č. 70

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů, kteří uvádějí, že mají dostatečnou kontrolu nad organizací všedního dne v zařízení. |
| Upřesnění/popis | Indikátor vychází z posouzení individuálního plánování péče a příslušné dokumentace a je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli a/nebo jejich zákonnými zástupci. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů, kteří uvádějí, že mají většinou nebo vždy dostatečnou kontrolu, k celkovému počtu uživatelů. |
| Užití/účel | Míra kontroly nad vlastním uspořádáním dne je důležitým faktorem, který ovlivňuje kvalitu života uživatelů. Odpovídající části dne zahrnují čas vstávání a spánku, jídlo (čas a místo), péči o tělo (frekvence) a další důležité aspekty všedního dne. Indikátor vykazuje subjektivní vnímání uživatelů, do jaké míry jsou uživatelé spokojeni s možnostmi kontroly v průběhu všedního dne v zařízení. V rámci hodnotících setkání musí být analyzováno, jaké objektivní faktory ovlivňují toto vnímání a jaká jsou možná opatření pro zlepšení výsledků. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Kvalita života, soběstačnost |
| Zdroje | Angeregt von Kane, 2003 |

Oblast 3: Řízení

Řízení domovů pro seniory je komplexní úkol vyžadující v kontextu sociální a zdravotní politiky širokou paletu schopností, které sahají od partnerské spolupráce a smluvních jednání přes zapojení veřejnosti, uživatelů a příbuzných až k orientaci na výkon, radosti z inovací a nadšení při sestavování programu všedního dne v domově. Tyto požadavky naznačují odklon od tradičních, hierarchických stylů vedení a naznačují orientaci na propojení a participační přístupy managementu a vedení. Na osobní a organizační rovině by měly být takové přístupy doplněny interním dialogem, týmovou prací, delegováním úkolů a opatřeními ke zvýšení spokojenosti zaměstnanců.

Domovy pro seniory jsou charakterizovány skutečností, že vedoucí síly, zaměstnanci, uživatelé a ostatní zúčastnění spolu pracují a žijí 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a 365 dní v roce. Tato zvláštnost vyžaduje spolupráčnou kulturu jednání, která je orientována na spokojenost uživatelů a práci s nimi a pro ně – s ohledem na potřeby a očekávání personálu, příbuzných a přátel, ale i těch, kdo služby financují, a ostatní partnery.

Indikátory z oblasti „řízení“ kombinují tedy na jedné straně výsledky průzkumu spokojenosti zaměstnanců, příbuzných a přátel a/nebo jiných zákonných zástupců uživatelů k měření „subjektivních“ názorů ve vztahu ke klimatu organizace a spokojenost příbuzných s výsledky péče. Na druhé straně byly přijaty kvantitativní a dalekosáhle „objektivní“ indikátory, aby bylo možno získat vysvětlení,

- zda, resp. v jakém měřítku, jsou dodržovány dohodnuté, či třetí stranou definované standardy, např. ve vztahu k individuálním plánům péče;
- zda a v jakém měřítku poukazují např. přesčasy nebo delší pracovní neschopnost kvůli nemoci na potenciální zátěž pracovníků a díky jakým opatřením tomu lze zabránit;
- jak lze předcházet závadám a nedostatkům, které jsou předmětem stížností, např. kombinací struktury požadavků uživatelů s aktuálními daty o dalším vzdělávání v oblasti jednání s uživateli trpícími demencí.

Výběr ukazatelů k hodnocení, diskuze a zlepšení výkonu managementu je hlavní úkol, který vyžaduje otevřenost a transparentnost vůči pracovníkům, ale i externím partnerům. Je povinností vedoucích sil, aby rozhodly o míře transparentnosti, přičemž je třeba myslet na to, že samotný výsledek těchto rozhodnutí je indikátorem kultury vedení a klima v organizaci, ale i věrohodnosti a image jejího vedení.

Indikátor č. 71 – 87

| Indikátor č. 71 | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl stížností různých zainteresovaných skupin, které byly projednávány a přiměřeně zohledněny a zpracovány. |
| Upřesnění/popis | U tohoto indikátoru je důležité se v rámci řešení stížností sjednotit na definici „přiměřeného zpracování“ stížností. Jedna osoba z vedení zařízení by měla být pověřena sběrem individuálních stížností a tato osoba by měla být zodpovědná za iniciaci a dokumentaci příslušných opatření. |
| Výpočet | Podíl počtu přiměřených zpracovaných stížností k celkovému počtu stížností. |
| Užití/účel | Indikátor má dvojitý význam, neboť může být interpretován jak z hlediska uživatelů, tak managementu. Diskuse přednesených témat slouží k rozpoznání problémů a pochopení zlepšovacích opatření tím, že budou poskytnuty informace o zkušenostech zúčastněných (uživatelé, zaměstnanci, rodinní příslušníci). |
| Perspektiva | Management a uživatelé |
| Téma | Management stížností, zlepšování |
| Zdroje | E-Qalin, 2009; NRW Wohn- und Teilhabegesetz (§ 8 WTG) |

| Indikátor č. 72 | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl uživatelů s definovanými plány ošetřovatelského procesu, které jsou pravidelně evaluovány a aktualizovány podle individuálních potřeb. |
| Upřesnění/popis | Indikátor spočívá v údajích dokumentace ošetřovatelského procesu. Evaluace potřeb péče by měla být aktualizována a mělo by být pevně stanoveno, v jakém časovém období po přijetí do zařízení by měl být plán péče definován, příp. v jakých časových odstupech by měla být aktualizace prováděna. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů s definovaným, pravidelně hodnoceným a aktualizovaným plánem péče, k počtu všech uživatelů. |
| Užití/účel | Použití indikátoru bude méně smysluplné v zemích, ve kterých jsou uzákoněny pravidelné aktualizace individuálních plánů péče. I když by měl být indikátor stoprocentně splněn, mohl by se přesto hodit jako nástroj k posouzení míry individualizované péče, kterou nabízí dané zařízení. Vedoucí a zaměstnanci by měli definovat směrnice, aby je srovnali se skutečnými výsledky, sledovali obecnou tendenci a přemýšleli o vhodných možnostech zlepšení, aby mohly být pevně stanoveny konkrétní cíle a opatření, např. ohled na více individualizované plány péče – zapojení specializovaných terapeutů a geriatrických lékařů. |
| Perspektiva | Uživatelé |
| Téma | Proces ošetřovatelské péče, individuální péče |
| Zdroje | E-Qalin, 2009; MDS, 2009 (Fragen 15.1-15.6) |

| Indikátor č. 73 | |
|------------------------|--|
| Definice | Spokojenost rodinných příslušníků, přátel, příp. právních zástupců s kvalitou péče |
| Upřesnění/popis | Šetření a hodnocení podle národních škál, např. školní známky |
| Výpočet | Průměrné ohodnocení podle definované hodnotící škály |
| Užití/účel | Také tento indikátor by měl být hodnocen a interpretován stejně jako všechna data s ohledem na spokojenost uživatele. Po vedení zařízení a zaměstnancích je požadováno min. 1x ročně provést šetření, definovat cílové hodnoty, srovnat pevně stanovená a skutečná hodnocení, reflektovat obecnou tendenci, přemýšlet o opatřeních, aby mohlo být v následujícím období dosaženo stanovených cílů, např. více zapojení členů rodiny, lepší informovanost, atd. |
| Perspektiva | Rodinní příslušníci/přátelé/právní zástupci uživatelů |
| Téma | Spokojenost rodinných příslušníků |
| Zdroje | E-Qalin, 2009 |

| Indikátor č. 74 | |
|------------------------|---|
| Definice | Průměrný podíl přesčasů (včetně nezaplacených přesčasových hodin) |
| Upřesnění/popis | Údaje z ekonomického oddělení – průměrný počet přesčasových hodin různých oddělení (sekcí) jako podíl na celkové pracovní době (za čtvrtletí/za rok) |
| Výpočet | Podíl součtu procentní míry přesčasů za každého pracovníka za čtvrtletí/za rok (viz níže) k celkovému počtu zaměstnanců. Individuální podíl přesčasů: <ul style="list-style-type: none"> • celkový počet přesčasů za čtvrtletí/za rok (včetně nezaplacených hodin) na 1 zaměstnance • celkový počet odpracovaných hodin za čtvrtletí/ za rok na 1 zaměstnance |
| Užití/účel | Indikátor by měl být analyzován jak z hlediska zaměstnanců, tak managementu. Přesčasy by měly přispět k větší spokojenosti zaměstnanců (vyšší příjem), ale zároveň mohou poukazovat na stres způsobený intenzivním pracovním zatížením. Vedení zařízení a zaměstnanci by měli definovat směrnice, porovnat stanovené a skutečné výsledky, posuzovat obecnou tendenci a přemýšlet o zlepšovacích návrzích, aby mohlo být dosaženo pevně stanovených cílů pro příští fázi, zejména kombinací dat odpovídajících stupni spokojenosti zaměstnanců, stavu nemocných nebo kolísání počtu zaměstnanců. |
| Perspektiva | Zaměstnanci, management |
| Téma | Spokojenost při práci, pracovní klima a personální management |
| Zdroje | E-Qalin, 2009 |

| | |
|------------------------|--|
| Indikátor č. 75 | |
| Definice | Průměrný počet hodin strávených na nemocenské |
| Upřesnění/popis | Záznamy personálního oddělení. Indikátor může být počítán na základě celkového počtu odpracovaných hodin za rok nebo za čtvrtletí. Kategorizace podle pracovních skupin v zařízení může být přidanou hodnotou. |
| Výpočet | Podíl součtu procentní míry zameškaných hodin z důvodu nemoci všech zaměstnanců (viz níže) k celkovému počtu zaměstnanců. Individuální procentní sazba nemocenské: <ul style="list-style-type: none"> • podíl celkového počtu hodin strávených na nemocenské za rok (za čtvrtletí) na 1 zaměstnance x • celkový počet odpracovaných hodin na 1 zaměstnance za rok (za čtvrtletí) Doba strávená na nemocenské by měla také obsahovat hodiny/dny, které nejsou pokryty penězi ze sociálního pojištění. Výsledky by měly být rozděleny na hodiny/dny "krátkodobé nemoci", na které se nevztahuje náhrada mzdy, a na dny/hodiny "dlouhodobé nemoci". |
| Užití/účel | Tento klasický indikátor z personálního managementu může event. objasnit stupeň spokojenosti personálu, přičemž se musí zohlednit kontext a kulturní zvláštnosti. Aktuální data by měla být srovnána např. s obecnými statistikami (např. regionální, národní, oborové hodnoty). Management zařízení a zaměstnanci by měli definovat směrnice, porovnat stanovené a skutečné výsledky, posuzovat obecnou tendenci a přemýšlet o zlepšovacích návrzích, aby mohlo být dosaženo pevně stanovených cílů pro příští fázi. Indikátor by měl být kombinován s jinými daty, např. s daty o stupni spokojenosti zaměstnanců, kolísání počtu zaměstnanců nebo s daty o účasti na aktivitách zabývajících se prevencí nemocí. |
| Perspektiva | Zaměstnanci, management |
| Téma | Kvalita pracovních podmínek, zdraví/nemoc |
| Zdroje | E-Qalin, 2009 |
| Indikátor č. 76 | |
| Definice | Průměrné přímé finanční prostředky, které má zařízení k dispozici na školení, vzdělávací aktivity a infrastrukturu v oblasti zdravotní prevence. |
| Upřesnění/popis | Finanční údaje, účetnictví. Indikátor může být buď vypočítán ve vztahu k celkové pracovní době, nebo k průměrným finančním prostředkům. Může rovněž představovat podíl z celkového ročního rozpočtu. |
| Výpočet | Podíl součtu vynaložených finančních prostředků na školení, vzdělávací aktivity a infrastrukturu za rok, a celkového ročního rozpočtu. |
| Užití/účel | Vzdělávací aktivity jsou v posledních letech podporovány zejména u zaměstnanců nemocnic a lékařských zařízení. Finanční podpora těchto aktivit je ale rovněž velmi důležitá pro vývoj „zdraví podporujících domovů pro seniory“. Vedení zařízení a zaměstnanci by měli vyhodnocovat základní údaje, stanovovat cíle a kontrolovat výsledky, zda dochází ke zlepšení kvality. |
| Perspektiva | Zaměstnanci, management |
| Téma | Kvalita pracovních podmínek, zdraví/nemoc |
| Zdroje | WHO, 2004; EUPIDH, 2001 |

Indikátor č. 77

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl zaměstnanců, kteří jsou proškoleni v oblasti práce s osobami trpícími demencí a kognitivním postižením. |
| Upřesnění/popis | Záznamy o zaměstnancích (ošetřovatelský personál a sociální pracovníci) se specifickým vzděláním. Školení by měla také obsahovat diagnostické metody k rozpoznání demence u uživatelů. Indikátor může být vyjádřen jako počet vzdělávacích hodin nebo jako podíl pracovní doby ošetřovatelského personálu. |
| Výpočet | Podíl počtu zaměstnanců (ošetřovatelský personál a sociální pracovníci), kteří jsou proškoleni pro práci s osobami trpícími demencí, a počtu zaměstnanců (ošetřovatelský personál a sociální pracovníci). |
| Užití/účel | Ošetřovatelský personál je často zaměřen výhradně na akutní lékařské problémy, takže mohou první symptomy kognitivního postižení přehlédnout. Odpovídající vzdělání pro rozpoznání příznaků demence a zacházení s uživateli s demencí se stává stále častějším požadavkem pro práci v domovech pro seniory. |
| Perspektiva | Zaměstnanci, management |
| Téma | Kvalita života, školení, zvyšování kvalifikace |
| Zdroje | Angeregt von E-Qalin, 2009; Wohn- und Teilhabegesetz NRW (§ 12 WTG); CSCI, 2008 |

Indikátor č. 78

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Průměrný počet vzdělávacích hodin zaměstnanců podle typu pracovní pozice. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován na základě záznamů, přičemž údaje jsou stanoveny podle pohlaví, pracovní pozice a/nebo organizační struktury. Dále by mohl být indikátor rozlišován podle druhu a obsahu školení. |
| Výpočet | Podíl počtu vzdělávacích hodin zaměstnanců za rok a počtu zaměstnanců (podle pracovních pozic) |
| Užití/účel | Indikátor objasňuje rozsah a nabídku vzdělávacích aktivit pro zaměstnance. Management a zaměstnanci by měli nejprve shrnout údaje o současném stavu vzdělání zaměstnanců, aby mohli definovat odpovídající cílové hodnoty. Následně budou porovnány definované cíle a skutečné výsledky a analyzován vývoj. V rámci hodnotících setkání by měly být projednávány obsahy absolvovaných školení a přenos vědomostí v rámci zařízení. Na základě toho by měly být analyzovány výsledky s ohledem na počet stálých zaměstnanců, počet uchazečů o zaměstnání a úroveň spokojenosti zaměstnanců. |
| Perspektiva | Management |
| Téma | Vývoj, zvyšování kvalifikace, další vzdělávání |
| Zdroje | Angeregt von E-Qalin Manual, 2009; CSCI, 2008 |

Indikátor č. 79

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl zaměstnanců, kteří vypovídají, že jsou v zařízení dodržovány vysoké standardy v rámci zacházení s uživatelem. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zaměstnanci. |
| Výpočet | Podíl počtu zaměstnanců, kteří uvádějí, že obvykle nebo vždy dodržují vysoké standardy, a počtu dotázaných zaměstnanců. Alternativa: průměrné hodnocení (při použití škály v rámci dotazování) |
| Užití/účel | Pro kvalitu života v zařízení je rozhodující mít pocit jistoty a bezpečí. Tento indikátor považují zaměstnanci za jeden z nejdůležitějších faktorů pro zlepšení pocitu bezpečí v zařízení. Indikátor určuje oboustrannou důvěru, stejně jako týmové a organizační klima v zařízení. Hodnotící setkání, při nichž jsou výsledky diskutovány v otevřeném rozhovoru, by mohly vést ke zlepšení týmové práce a zvýšení oboustranné důvěry. |
| Perspektiva | Zaměstnanci, management |
| Téma | Kvalita péče, kvalita života, týmové klima |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006 |

Indikátor č. 80

| | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl zaměstnanců, kteří uvádějí, že s nimi kolegové týmově spolupracují. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zaměstnanci. |
| Výpočet | Podíl počtu zaměstnanců, kteří uvádějí, že s nimi kolegové většinou nebo vždy týmově spolupracují, a počtu dotázaných zaměstnanců. Alternativa: průměrné hodnocení (při použití škály v rámci dotazování) |
| Užití/účel | Indikátor umožňuje objasnit míru oboustranné důvěry a vzájemného respektu mezi personálem zařízení. Pozitivní hodnoty vyjadřují pocit příslušnosti k týmu a celkově ke konkrétnímu zařízení. Diskuse o výsledcích by měla vést k realizaci konkrétních opatření, která by zvýšila pocit příslušnosti a zkvalitnila obecně týmovou práci. |
| Perspektiva | Zaměstnanci, management |
| Téma | Kvalita života, týmová práce, sounáležitost |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006 |

Indikátor č. 81

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl zaměstnanců, kteří uvádějí, že jsou dokumentace ošetrovatelského procesu v zařízení vždy aktuální. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zaměstnanci. |
| Výpočet | Podíl počtu zaměstnanců, kteří uvádějí, že je dokumentace ošetrovatelského procesu vždy aktuální, a počtu dotázaných zaměstnanců. |
| Užití/účel | Jedním z nejdůležitějších faktorů pro kvalitu života zaměstnanců v zařízení, je pocit kontinuity. Pokud nejsou záznamy aktualizovány, může být kontinuita péče ohrožena. Proto by měla směřovat analýza výsledků k realizaci konkrétních zlepšovacích návrhů a udržování profesionálních standardů. Řešení by neměla vést k obviňování jednotlivých zaměstnanců a zavádění byrokratických kontrol. |
| Perspektiva | Zaměstnanci, management |
| Téma | Kvalita péče, kvalita života |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006 |

Indikátor č. 82

| | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl zaměstnanců, kteří uvádějí, že zařízení má za cíl dosáhnout vysokých standardů v péči o uživatele. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zaměstnanci. |
| Výpočet | Podíl počtu zaměstnanců, kteří uvádějí, že se zařízení většinou nebo vždy snaží dosáhnout vysokých standardů v péči o uživatele, a počtu dotázaných zaměstnanců. Alternativa: průměrné hodnocení (při použití škály v rámci dotazování) |
| Užití/účel | Tento indikátor označuje personál zařízení za jeden z nejdůležitějších faktorů k ocenění jejich významu v zařízení. Na základě výsledků tohoto indikátoru by měli vedení a zaměstnanci přemýšlet o tom, které faktory ovlivňují naplňování vyšších standardů péče a jakým způsobem by je bylo možné zlepšit. |
| Perspektiva | Zaměstnanci, management |
| Téma | Kvalita ošetrovatelské péče, kvalita života |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006 |

| Indikátor č. 83 | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl zaměstnanců, kteří uvádějí, že jsou všechny pracovní pozice v organizační struktuře zařízení stejnou měrou oceňovány. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zaměstnanci. |
| Výpočet | Podíl počtu zaměstnanců, kteří uvádějí, že jsou všechny pracovní pozice v organizační struktuře zařízení většinou nebo vždy stejným způsobem oceňovány, a počtu dotázaných zaměstnanců. Alternativa: průměrné hodnocení (při použití škály v rámci dotazování) |
| Užití/účel | Také tento indikátor odkazuje na vnímání významu ze strany jednotlivých zaměstnanců. Vysvětluje, do jaké míry se zaměstnanci v zařízení cítí rovnocenně, a poukazuje na možné nedostatky v rámci vzájemného respektu a pracovního klimatu obecně. Vedení a zaměstnanci by měli přemýšlet o dalších pozitivních vlivech a opatřeních nebo o možnostech, jak předcházet případnému zhoršování situace. |
| Perspektiva | Zaměstnanci, management |
| Téma | Kvalita péče, kvalita života |
| Zdroje | Faulkner et al., 2006 |

| Indikátor č. 84 | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl uživatelů/rodinných příslušníků/přátel, kteří uvádějí, že při přijetí do zařízení obdrželi všechny základní informace |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview s uživateli/rodinnými příslušníky/přáteli. |
| Výpočet | Podíl počtu uživatelů/rodinných příslušníků/přátel, kteří uvádějí, že při přijetí do zařízení obdrželi všechny základní informace, a počtu dotázaných uživatelů/rodinných příslušníků/přátel. Alternativa: průměrné hodnocení (při použití škály v rámci dotazování) |
| Užití/účel | Proces přijetí do zařízení představuje rozhodující fázi pro uživatele, jeho rodinné příslušníky a přátele. Rozsáhlé a dostatečné informace během této fáze jsou důležité pro to, aby byla očekávání všech zapojených osob naplněna. Vedení a zaměstnanci dávají podněty k přemýšlení, jakým způsobem dále zlepšovat informovanost v rámci procesu přijetí uživatele do zařízení. |
| Perspektiva | Uživatelé/rodinní příslušníci/přátelé, management |
| Téma | Spokojenost uživatelů/rodinných příslušníků/přátel |
| Zdroje | PROGRESS, 2010 |

| Indikátor č. 85 | |
|------------------------|---|
| Definice | Podíl zaměstnanců, kteří uvádějí, že rozhodování v zařízení se provádí v první řadě s ohledem na kvalitu péče a ne jen s ohledem na finanční prostředky, kterými disponuje. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí každoročně prováděných dotazníků spokojenosti nebo kvalitativních interview se zaměstnanci. |
| Výpočet | Podíl počtu zaměstnanců, kteří uvádějí, že se rozhodování provádí v první řadě s ohledem na kvalitu péče, a počtu dotázaných zaměstnanců. Alternativa: průměrné hodnocení (při použití škály v rámci dotazování) |
| Užití/účel | Indikátor ukazuje, do jaké míry je personál přesvědčen o tom, že kvalita představuje zásadní faktor v rámci rozhodování v zařízení. Pokud je z výsledků patrné, že rozhodování vychází spíše z finanční perspektivy, měli by vedení a zaměstnanci přemýšlet o možných důsledcích této tendence a v případě nutnosti zavést opatření ke zlepšení. |
| Perspektiva | Zaměstnanci a management |
| Téma | Spokojenost zaměstnanců |
| Zdroje | PROGRESS, 2010 |

| Indikátor č. 86 | |
|------------------------|--|
| Definice | Podíl absencí (nemoc, dovolená atd.) a vedlejších činností (školení, vzdělávací aktivity atd.) z celkové pracovní doby. |
| Upřesnění/popis | Indikátor je tvořen na základě údajů z ekonomického oddělení. Je nezbytné přesně definovat, které druhy absencí bude indikátor zahrnovat. |
| Výpočet | Podíl celkového počtu absencí (podle kategorií: nemoc, dovolená, školení, vzdělávání a jiné) za rok a celkové pracovní doby (na základě platných smluv) za rok. |
| Užití/účel | Výsledky tohoto indikátoru mohou dát zajímavý pohled na využití pracovní doby a ztráty pracovní doby na základě různých absencí a vedlejších činností. Přitom je nutné pamatovat na to, že některé druhy absencí mohou jednoznačně snižovat výkon v zařízení (např. nemoc), zatímco jiné druhy absencí a vedlejších činností mohou individuálně působit na zlepšení zdraví (např. pravidelná dovolená) nebo na zvyšování kvalifikace (např. školení). Příliš dlouhé absence mohou mít negativní důsledky na kvalitu péče a spokojenost uživatelů v zařízení. Vedení a zaměstnanci by měli přemýšlet o důsledcích stoupajících nebo klesajících absencí i v souvislosti s dalšími indikátory, např. výsledky dotazníků spokojenosti uživatelů a zaměstnanců. |
| Perspektiva | Zaměstnanci, management |
| Téma | Setrvalost, spokojenost personálu, spokojenost uživatelů |
| Zdroje | PROGRESS, 2010 |

| | |
|------------------------|--|
| Indikátor č. 87 | |
| Definice | Počet zaměstnanců podle věkových skupin |
| Upřesnění/popis | Indikátor je tvořen na základě údajů z ekonomického oddělení. K určení indikátoru může být také použit počet zaměstnanců podle pracovních pozic. |
| Výpočet | Podíl počtu zaměstnanců dle věkových skupin (např. 16–19, 20–29, 30–40 atd.) a celkového počtu zaměstnanců. |
| Užití/účel | Ačkoliv je otázkou, zda je tento indikátor orientován na výsledky, nebo zda prostě jen reflektuje organizační strukturu v zařízení, je důležité mít přehled o průměrném věku zaměstnanců v zařízení. Vedení a zaměstnanci by měli přemýšlet o „ideální“ struktuře personálu v zařízení a např. sledovat, kolik zaměstnanců dosáhne během příštích 5 let důchodového věku. Na základě toho je nutné stanovit preventivní opatření. |
| Perspektiva | Zaměstnanci, management |
| Téma | Setrvalost, respektování zákonných norem |
| Zdroje | PROGRESS, 2010 |

Oblast 4: Ekonomika

Indikátory v této oblasti jsou založeny na konceptu kvality, který zahrnuje také koncept „udržitelnosti“ domovů pro seniory – konceptu, který je v neposlední řadě centrální v rámci Otevřené metody koordinace EU v oblasti dlouhodobé péče. Kontinuita poskytování péče je podstatným znakem kvality, který je vyžadován i kvůli finančnímu hospodaření garantujícímu dlouhodobou životaschopnost domovů pro seniory. Každá odchylka od „zdravého“ hospodaření bude mít následky na kvalitu péče, například formou zvýšené fluktuace personálu nebo nedostatkem patřičně vzdělaných pracovníků. V nejhorším případě by uzavření domova pro seniory a s tím spojené nutnosti stěhování uživatelů vedlo k následnému negativnímu působení.

Vzhledem k omezenému množství finančních prostředků musí být poskytování péče organizováno efektivním způsobem, aby byly i s omezenými zdroji v práci s uživateli produkovány co nejlepší výsledky. Zde je důležité zdůraznit, že indikátory zde představené nemají sloužit k redukci nákladů. Cíl spočívá daleko více v dosažení co nejlepšího využití dostupných zdrojů, aby poměr mezi výsledky a vynaloženými prostředky dlouhodobě zajistil kontinuitu poskytované péče.

Zařazení indikátorů, které se vztahují k ekonomičnosti domovů pro seniory, se zabývá také úsilím o větší výkonnost a efektivitu při poskytování sociálních a zdravotních služeb, to také tvoří jeden ze znaků průběžného modernizačního procesu, včetně zavádění myšlenek „Nového veřejného managementu“ (New Public Management – Huber et al., 2008). V této tradici, kde je zdůrazněno měření výkonu, umožní tyto zde prezentované hospodářské ukazatele domovů pro seniory pracovat ve smyslu srovnávání v čase a ze střednědobé perspektivy v rámci jednoho poskytovatele, nebo i mezi jednotlivými organizacemi.

I přes zdůraznění výkonnosti a efektivity v obecné politické rozpravě lze těžko vyhledat v různých národních testovacích kritériích a směrnících o kvalitě hospodářské ukazatele, protože se zjevně vychází z toho, že ekonomičnost nemá s poskytováním péče a kvalitou života nic společného. Výzva přitom spočívá ve sloučení hospodářských ukazatelů se specifícností domovů pro seniory. Zkušenosti s takovým přístupem dalekosáhle vyplývají z ukazatelů v systému managementu kvality E-Qalin. K této problematice byly vypracovány některé hospodářské ukazatele v rámci hodnotících workshopů E-Qalin uskutečněných v průběhu projektu.

Indikátor č. 88–91

| Indikátor č. 88 | |
|------------------------|--|
| Definice | Celkové náklady zařízení na 1 uživatele |
| Upřesnění/popis | Indikátor je založen na finančních údajích účetnictví, přičemž je stanoveno, zda jsou zohledňovány odpisy. Průměrný počet uživatelů je počítán na základě měsíčního průměru, aby byly zohledněny odchylky v počtu uživatelů během roku. Doporučuje se členit celkové náklady (personální, spotřební náklady, náklady na externí služby, náklady na bytovou jednotku, atd.). Rovněž by měla být zohledněna míra potřeb individuální péče všech uživatelů na základě regionálních nebo národních hodnotících škál. |
| Výpočet | Podíl celkových nákladů zařízení a počtu uživatelů (měsíční průměr). |
| Užití/účel | Ekonomické hodnocení zahrnuje náklady a použití opatření nebo strategií za předpokladu omezených finančních prostředků a odkrývá nákladově nejvýhodnější variantu k dosažení stanovených cílů. Indikátor umožňuje v zařízení analýzu nákladů a ekonomické udržitelnosti za určité časové období. |
| Perspektiva | Management, zřizovatel |
| Téma | Ekonomická udržitelnost |
| Zdroje | E-Qalin, 2009; Sefton, 2000; Drummond et al., 2005 |

| Indikátor č. 89 | |
|------------------------|---|
| Definice | Personální náklady na jeden den v zařízení |
| Upřesnění/popis | Indikátor je založen na finančních údajích účetnictví. Jeden ošetřovatelský den je definován jako celkový počet hodin přímé péče všech uživatelů děleno číslem 24. Indikátor může být také kombinován se stupněm vytížení – tím se zohlední volná místa v zařízení. Rovněž by měla být zohledněna míra potřeb individuální péče všech uživatelů na základě regionálních nebo národních hodnotících škál. |
| Výpočet | Podíl celkových personálních nákladů a počtu pracovních dnů. |
| Užití/účel | Ekonomické hodnocení zohledňuje náklady a zavedení opatření a strategií za předpokladu omezených prostředků a ukazuje tak nákladově nejvýhodnější variantu k dosažení cílů. Tento klíčový indikátor kvantifikuje náklady na zaměstnance/den. Indikátor může být prospěšný teprve při jeho pravidelném určování a ve srovnání s vývojem individuálních potřeb uživatelů. Indikátor může rovněž poukázat na důležitost fixních nákladů. |
| Perspektiva | Management, zřizovatel |
| Téma | Ekonomická udržitelnost |
| Zdroje | E-Qalin, 2009; Eisenreich et al., 2004: 59 |

| Indikátor č. 90 | |
|------------------------|---|
| Definice | Průměrný počet hodin v přímé péči za den/uživatele |
| Upřesnění/popis | Sledování individuální péče v průběhu týdne. Je možné také reflektovat členění dle pracovních pozic a denních/nočních směn. Doporučuje se i zaznamenávat podíl počtu hodin strávených v přímé péči na celkové pracovní době zaměstnanců. |
| Výpočet | Podíl počtu minut/hodin, kdy se zaměstnanci věnují přímé ošetrovatelské péči (dle pracovních pozic), a počtu uživatelů během sledovaného týdne. |
| Užití/účel | Účelem tohoto indikátoru je odhad času, kdy se zaměstnanci věnují přímé ošetrovatelské péči. Výsledky by mohly být reflektovány s dotazníky spokojenosti uživatelů. Výchozím bodem řídicích opatření by mohlo být stanovení cílů pro optimální rozsah přímé péče. Aby byly tyto cíle dosaženy, je nutné definovat odpovídající procesy a úkoly, které zaměstnancům umožní zvýšit čas strávený v přímé péči. |
| Perspektiva | Zaměstnanci, management |
| Téma | Proces ošetrovatelské péče |
| Zdroje | Angeregt von MAGS, 2006 |

| Indikátor č. 91 | |
|------------------------|--|
| Definice | Kapacita zařízení – vytížení za měsíc |
| Upřesnění/popis | Tento indikátor je založen na údajích o stavu vytížení za stanovený měsíc. Měl by být doplněn informacemi o struktuře ošetrovatelských potřeb uživatelů. Kapacita je definována jako celkový počet lůžek schválených pro konkrétní domov pro seniory. |
| Výpočet | Celkový počet lůžek v domově pro seniory vynásobený počtem dní v daném měsíci. |
| Užití/účel | Indikátor poukazuje na případnou nevyužitost kapacity a signalizuje potenciální rizika pro střednědobou a dlouhodobou udržitelnost zařízení. Nevyužitá kapacita může eventuálně poukazovat na špatnou image domova pro seniory. Souhrnné údaje ze zařízení v regionu mohou sloužit jako důležitý nástroj pro regionální či místní plánování sociálních služeb pro seniory. Pro ředitele jednotlivých zařízení je důležité definovat realistické a uskutečnitelné cíle a strategie ke zvýšení využitosti. |
| Perspektiva | Management, zřizovatel |
| Téma | Ekonomická udržitelnost |
| Zdroje | PROGRESS, 2010 |

Oblast 5: Kontext

Jedním z problémů porovnávání domovů pro seniory, nemluvě o benchmarkingu, je jistě skutečnost, že jejich výsledky jsou silně ovlivněny tím kontextem, ve kterém jsou činné. Sem patří například zákonné rámcové podmínky, regulace pracovního trhu a hospodářská situace, stejně jako převládající kulturní hodnoty. Protože jsou domovy pro seniory provozovány v rámci určité společnosti, musí se jejich výkon měřit ve vztahu k stávajícím prostředkům, obzvláště také lidským zdrojům (zaměstnanci a dobrovolníci).

Problém při hledání a výběru relevantních ukazatelů v této oblasti vznikl kritérii samotného výběru, která byla především přizpůsobena tomu, zda indikátor může pomoci ke změnám a zlepšení v domově pro seniory. Protože byl například stanoven zákonný rámec pro provoz domova pro seniory na úrovni národních nebo regionálních vlád, je možnost vlivu a řízení na úrovni mikroregionů značně omezená. I když má ředitel zařízení problémy najít a udržet kvalifikovaný personál, nemůže svévolně – pod hrozbou trestního stíhání – stanovit nový systém naboru pracovníků.

Přesto vzniká jistý prostor k rozhodování a řízení, který mohou vedoucí pracovníci a personál využít, aby změnili a zlepšili výsledky indikátoru „kontextu“. Ačkoli například fluktuace personálu v oblasti péče – podmíněná druhem práce, většinou nízkým ohodnocením a relativně nízkým statusem – představuje systematickou výzvu v celé Evropě, mohou být přesto důvody, kvůli kterým je fluktuace v jednom domově vyšší, než v jiném, nebo proč byla v roce 2009 větší, než v roce 2007. Nespočívá to třeba v tom, že od roku 2008 neprobíhaly pravidelné rozhovory se všemi pracovníky a že byla zastavena všechna opatření k prevenci syndromu vyhoření? Neměli bychom například uvažovat o zavedení rozhovorů s pracovníky, kteří chtějí domov opustit, abychom lépe porozuměli jejich důvodům k odchodu?

Ve spojitosti s kontextovými indikátory spočívá důležitý úkol managementu, a to přispět k pozitivnímu obrazu domova pro seniory a řídit vztahy k externím partnerům, dodavatelům a regionálním partnerům. Tak by bylo možno například vyčíst rozsah začlenění domova ve společnosti podle počtu dobrovolníků, které se domovu podařilo získat. K odpovídajícím opatřením řízení se počítají aktivity, které se zaměřují na okolí domova, včetně aktivního hledání dobrovolníků. Otevření domova pro veřejnost, např. pronájem auly místním sdružením nebo zřízení veřejné kavárny s možností přednášek a možností podpory setkávání generací, uživatelů a rodin, by mohly být podpůrné cesty, jak zlepšit přijetí a zapojení místní veřejnosti.

Indikátor č. 92–94

| Indikátor č. 92 | |
|------------------------|---|
| Definice | Počet hodin, které v průměru na 1 uživatele stráví v zařízení dobrovolníci. |
| Upřesnění/popis | <p>Určitý zaměstnanec (v mnoha zařízeních se jedná o „koordinátora dobrovolnictví“) je zodpovědný za záznamy o spolupráci s dobrovolníky a žádá je vždy na začátku a konci jejich činnosti v zařízení o evidenci.</p> <p>Je třeba zvážit, zda počítat i dobrovolnickou práci některých rodinných příslušníků uživatelů v zařízení, kteří tráví čas i s jinými uživateli a podporují tak dobrovolnickou činnost.</p> <p>Indikátor může být vyjádřen také jako podíl času věnovaný této činnosti z celkové pracovní doby u zaměstnanců v zařízení.</p> |
| Výpočet | Podíl počtu hodin, které stráví v zařízení dobrovolníci, a počtu uživatelů (měsíční průměr) nebo celkové pracovní doby zaměstnanců. |
| Užití/účel | <p>Indikátor ukazuje, do jaké míry se zařízení daří angažovat externí osoby a skupiny jako dobrovolníky, aby tím bylo doplněno profesionální poskytování sociálních služeb. Dále prokazuje, do jaké míry se zařízení daří propojovat se sociálním okolím, a tím umožnit uživatelům zprostředkování sociálních kontaktů s osobami mimo zařízení.</p> <p>Vedení zařízení a zaměstnanci určují (na základě konceptu dobrovolnictví), jaké úkoly a do jaké míry by měly nebo mohly být dobrovolníky vykonávány. Indikátor slouží k evaluaci stanovených cílů a podněcuje k zavádění odpovídajících řídicích opatření.</p> |
| Perspektiva | Management |
| Téma | Vývoj, sociální kontakty, síť |
| Zdroje | E-Qalin, 2009 |

| Indikátor č. 93 | |
|------------------------|---|
| Definice | Průměrná doba zaměstnání v zařízení |
| Upřesnění/popis | Indikátor vychází z údajů ekonomického oddělení a je počítán vždy zpětně za uplynulý rok k určitému dni, např. k 31. prosinci. Průměrná doba zaměstnání se vztahuje pouze k domovu pro seniory (ne k dřívějšímu zaměstnání). Všechny údaje by měly být rozděleny dle pracovní pozice v zařízení. Kromě průměrné doby zaměstnání by měla být počítána také standardní odchylka, která ukazuje, jak se liší individuální doba zaměstnání určitého pracovníka od stanovené střední hodnoty. |
| Výpočet | Podíl součtu individuální doby zaměstnání (počet měsíců) jednotlivých zaměstnanců ke stanovenému dni (31. prosinec) a počtu zaměstnanců ke stanovenému dni. $\sigma = \sqrt{\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N (x_i - \mu)^2}$ <p>N je počet zaměstnanců, x_i doba zaměstnání, μ průměrná doba zaměstnání všech pracovníků a Σ suma.</p> |
| Užití/účel | V současné době, kdy je nedostatek personálu v sociální oblasti, je důležité rozvíjet strategie na udržení fluktuace personálu. Indikátor pomáhá identifikovat tendence k odchodu ze zaměstnání a rozvíjet odpovídající opatření. Vedení zařízení a zaměstnanci by měli poskytovat aktuální data, definovat cíle, porovnávat stávající a cílové hodnoty, reflektovat všeobecnou tendenci, zavádět odpovídající řídicí opatření, aby byly stanovené cíle v příštím období dosaženy. |
| Perspektiva | Management, zaměstnanci |
| Téma | Vývoj, udržitelnost |
| Zdroje | E-Qalin, 2009 |

| Indikátor č. 94 | |
|------------------------|--|
| Definice | Průměrné časové období, které je potřeba pro obsazení volného místa se stejnou kvalifikací |
| Upřesnění/popis | Indikátor je sledován pomocí záznamů personálního oddělení a měření ve stanovený den. Zahrnuta jsou všechna volná místa v uplynulém roce. |
| Výpočet | Podíl součtu dní, které byly potřebné pro obsazení volného místa v uplynulém roce, a celkového počtu volných míst v uplynulém roce. |
| Užití/účel | Tento indikátor se pokouší kvantifikovat všechny obtíže při hledání zaměstnanců. V případě, že je hledání nových zaměstnanců zdouhavé, zvyšují se i náklady. Nedostatek zaměstnanců vede také k negativním důsledkům pro stávající zaměstnance (přesčasy, více práce) a negativnímu působení na kvalitu ošetrovatelské péče a spokojenost uživatelů. Řídící opatření mohou spočívat v navazování kontaktů se vzdělávacími institucemi, školami a univerzitami a posilování spolupráce s pracovními úřady. |
| Perspektiva | Management, poskytovatel |
| Téma | Zaměstnanci |
| Zdroje | E-Qalin, 2009 |

Seznam použité literatury

- Abele, A. & P. Becker (Hrsg.) (1991). *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik*. München: Juventa.
- Bond, S. & L.H. Thomas (1991). 'Issues in Measuring Outcomes of Nursing', *Journal of Advanced Nursing*, 16: 1492-1502.
- Brink, T.L. & J.A. Yesavage (1982). 'Somatoform Disorders: Differentiation of Conversion, Hypochondriacal, Psychophysiologic, and Related Disorders', *Postgraduate Medicine*, 72 (1): 189-94, 196, 198.
- Bullen, P. (1991). 'Performance Indicators. New Management Jargon, Political Marketing, or One Small Element in Developing Quality Services?', *Caring, the Association of Children's Welfare Agencies Newsletter* (Editorial Comment), September Issue – Veröffentlicht unter: <http://www.mapl.com.au/>.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) / Bundesministerium für Gesundheit (2009)⁶ *Deutsche Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Berlin: BMFSFJ – Veröffentlicht unter: <http://www.pflege-charta.de>.
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (2002). *MDS 2.0 for Nursing Homes. Manuals and Forms* – Veröffentlicht unter: https://146.123.140.205/NursingHomeQualityInits/20_NHQIMDS20.asp.
- Challinger, Y., Julious, S., Watson, R. & I. Philip (1996). 'Quality of Care, Quality of Life and The Relationship between Them in Long-Term Care Institutions for the Elderly', *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1: 883-888.
- Challis, D., Clarkson, P. & R. Warburton (2006). *Performance Indicators in Social Care for Older People*. Aldershot: Ashgate.
- Closs, S.J., Barr, B., Briggs, M., Cash, K. & K. Seers (2004). 'A Comparison of Five Pain Assessment Scales for Nursing Home Residents with Varying Degrees of Cognitive Impairment', *Journal of Pain and Symptom Management*, 27 (3): 196-205.
- Cohn, J. & J. Sugar (1991). 'Determinants of Quality of Life in Institutions. Perceptions of Frail Elderly Older Residents, Staff and Families', pp. 28-49 in: J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe & D. E. Deutchman (eds.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in Frail Eldery*. San Diego, CA. Academic Press.
- Commission for Social Care Inspection/CSCI (2008). Annual Quality Assurance Assessment. *Care Homes for Older People Guidance*. London: CSCI.
- Cooperrider, D. L., Whitney, D. L. & J. Stavros (2003). *Appreciative Inquiry Handbook: The First in a Series of AI Workbooks for Leaders of Change*. Lakeshore Communications.
- Davies, S. (2001). 'The Care Needs of Older People and Family Caregivers in Continuing Care Settings', chapter 5 in: M. Nolan, S. Davies & G. Grant (eds.) *Working with Older People and Their Families*. Buckingham: Open University Press.
- Department of Health (2001). *National Service Framework for Older People*. London: DoH.
- Department of Health (2008). *Advance Care Planning: A Guide for Health and Social Care Staff*. London: DoH.

- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1992). 'The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance', *Quality Review Bulletin*, 18 (11): 356-360.
- Donabedian, A. (1966). 'Evaluating the Quality of Medical Care', *Milbank Found Quarterly*, 2: 166-206.
- Drummond, M. F., Sculpher, M.J., Torrance, G.W., O'Brien, B.J. & G. L. Stoddart (2005). *Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford/New York: Oxford University Press.
- DZA (=Deutsches Zentrum für Altersfragen) (Hrsg.) (2005). Runder Tisch Pflege, Arbeitsgruppe II – Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der stationären Betreuung und Pflege. September 2005. <http://www.dza.de>.
- Eisenreich, T., Halfar, B. & G. Moos (Hrsg.) (2004). *Steuerung sozialer Betriebe und Unternehmen mit Kennzahlen*. Baden-Baden: Nomos.
- E-Qalin (2009). Manual *United Kingdom, Version 3.0*. Bad Schallerbach: E-Qalin GmbH.
- EUPIDH (2001). The Development of a European Health Promotion Monitoring System (The EUHPID Project) – Veröffentlicht unter: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_03_en.pdf.
- Evers, A., Haverinen, R., Leichsenring, K. & G. Wistow (eds.) (1997). *Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments*. Aldershot: Ashgate.
- Faulkner, M. (2001). 'A Measure of Patient Empowerment in Hospital Environments Catering for Older People', *Journal of Advanced Nursing* 34 (5): 676-686.
- Faulkner, M., Davies, S., Nolan, M. & C. Brown-Wilson (2006). 'Development of the Combined Assessment of Residential Environments (CARE) Profiles', *Journal of Advanced Nursing*, 55 (6): 664-677.
- Faust, R. (2003). Indikatoren zur Beurteilung pflegesensitiver Ergebnisqualität in Pflegeheimvergleichen. Messung und Risikobereinigung ausgewählter RAI MDS basierter Qualitätsindikatoren. Diplomarbeit für den Studiengang Pflege, Frankfurt am Main.
- Filipp, S.H. & A. K. Mayer (2002). 'Gesundheitsbezogene Lebensqualität alter und hochbetagter Frauen und Männer', S. 315-415 in: DZA (Hrsg.). *Expertisen zum 4. Altenbericht der Bundesregierung. Band I. Das hohe Alter. Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität*. Hannover: Vincentz Verlag.
- Gardner, J. F., Carran, D. T. & S. J. Taylor (2005). 'Attainment of Personal Outcomes by People With Developmental Disabilities', *Mental Retardation*, 43 (3): 157-174.
- Gebert, A. & H.U. Kneubühler (2003). *Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen*. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber.
- Gerritsen, D.L., Steverink, N., Ooms, M.E. & M.W Ribbe (2004). 'Finding A Useful Conceptual Basis for Enhancing the Quality of Life of Nursing Home Residents', *Quality of Life Research*, 13: 611-624.

Halfon, P., Luthi, J.C. & J. P. Vader (2000). 'Worauf es bei der Ergebnismessung ankommt. Ergebnismessung in den kantonalen stationären Einrichtungen im Waadtland (CHUV)', *Managed Care* 4: 26-28.

Höwer, O. (2002). Pflegequalität – Was sollte gemessen werden? Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Messung pflegebeeinflussbarer Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen. Diplomarbeit für den Studiengang Pflege, Frankfurt am Main – Veröffentlicht unter <http://www.diplomarbeit.de>.

Huber, M., Maucher, M. & B. Sak (2008). *Study on Social and Health Services of General Interest in the European Union*. Vienna/Brussels: European Centre for Social Welfare Policy and Research, ISS, CIRIEC.

Husebo, B.S., Strand, L.I., Moe-Nilssen, R., Husebo, S.B., Snow, A.L. & A.E. Ljunggren (2007). 'Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale (MOBID): Development and Validation of a Nurse-Administered Pain Assessment Tool for Use in Dementia', *Journal of Pain and Symptom Management*, 34 (1): 67-80.

Idler, C. E. (1993). *Human Emotions*. New York: Plenum Press.

Johnson, M., Maas, M. & S. Moorhead (eds.) (2002). *Nursing Outcome Classification (NOC)*. Toronto: Mosby.

Kane, R. A. (2003). 'Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable practice, Research, and Policy Agenda', *The Gerontologist*, 43, Special Issue II: 28-36.

Kane, R. A. (2001). 'Long-term Care and Good Quality of Life. Bringing Them Closer Together', *The Gerontologist*, 41 (3): 293-304.

Kane, R. A., Kane, R. L. & R. C. Ladd (1998). *The Heart of Long-term Care*. New York, Oxford: Academic Press.

Keith, K., D., & G. S. Bonham (2005). 'The Use of Quality of Life Data at the Organization and Systems Level', *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10): 799-805.

Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2007). *Dienstleistungen von allgemeinem Interesse unter Einschluss von Sozialdienstleistungen* (Begleitdokument zur Mitteilung "Ein Binnenmarkt für das Europa des 21. Jahrhunderts"). Brüssel: Kommission [KOM(2007) 724 endgültig].

Kruzich, J.M. (2000). 'Correlates of Nursing Home Satisfaction', pp. 76-100 in: Cohen-Mansfield J., Ejaz, F.K., Werner, P. (eds.), *Satisfaction Surveys in Long-Term Care*. New York: Springer Publishing Company.

Kruzich, J. M., Clinton, J. F. & S. T. Kelber (1992). 'Personal and Environmental Influences in Nursing Home Satisfaction', *The Gerontologist*, 32: 342-350.

KVZ-VVT, 2007 = ActiZ et al. (2007). *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis* (langdurige en/of complexe zorg) – Veröffentlicht unter: http://www.zorgvoorbeter.nl/docs/Kwaliteitskader_Verantwoorde_Zorg_VVT_2007.pdf.

KVZ-VVT, 2010 = ActiZ, et al. (2010). *Verbeterd Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg Verpleging Verzorging & Thuiszorg* – Veröffentlicht unter: http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/VV&T/Kwaliteitskader%20VZ%20VV&T_2010.pdf

Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen/LPZ (2008). *National Prevalence Measurement of Care Problems*. Maastricht: Maastricht University – Veröffentlicht unter: http://www.lpz-um.eu/media/text/Brochure_LPZ_ENG_2008_At_a_Glance.pdf.

- Lavizzo-Mourey, R. J., Zinn, J. & L. Taylor (1992). 'Ability of Surrogates to Represent Satisfaction of Nursing Home Residents with Quality of Care', *Journal of the American Geriatrics Society*, 40: 39-4.
- Lawton, M. P. (1984). 'The Varieties of Well-being', in: C. Z. Malatesta & C. E. Izard (eds.), *Emotion in Adult Development*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Lehr, U. (1997). 'Gesundheit und Lebensqualität im Alter', S. 51-64 in: R. M. Schütz, W. Ries & H. P. Tews (Hrsg.), *Altern in Gesundheit und Krankheit. 3. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie*. Schriftenreihe der Internationalen Homecare Stiftung Band 13. Bibliomed Verlagsgesellschaft.
- Lehr, U. & H. Thomae (1987). *Formen seelischen Alterns*. Stuttgart: Enke.
- Lind, S. (2000). *Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden*. Stuttgart: Paul Lempp Stiftung.
- LPZ, 2009 = Halfens, R.J.G./Meijers, J.M.M./Neyens, J.C.L. & J.M.G.A. Schols (2009). *Rapportage Resultaten: Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2009*. Maastricht: Maastricht University – Veröffentlicht unter: <http://www.lpz-um.eu/media/text/LPZ%20rapport%202009.pdf>.
- Magee, H., Parsons, S., & Askham, J. (2008). *Measuring Dignity in Care for Older People: A Research Report for Help the Aged*. London: Help the Aged.
- Mayring, P. (1987). 'Subjektives Wohlbefinden im Alter'. Stand der Forschung und theoretische Weiterentwicklung', *Zeitschrift für Gerontologie*, 20: 367-376.
- Mayring, P. (1991). 'Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens', S. 51-70 in: A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik*. München. Juventa.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen/MDS (2009). *Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung*. Essen: MDS.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2006). Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004–2006 – Qualitätsmaßstäbe für die vollstationäre Pflege – Version 1.0. Düsseldorf: MAGS NRW.
- Mossey, J. M. & E. Shapiro (1982). 'Self-rated Health. A Predictor of Mortality Among the Elderly', *American Journal of Public Health*, 72: 800-808.
- Mukamel, D. B. & C. A. Brower (1998). 'The Influence of Risk Adjustment Methods on Conclusions About Quality of Care in Nursing Homes Based on Outcome Measures', *The Gerontologist*, 38: 695-703.
- NCHR&D Forum (2007). *My Home Life: Quality of Life in Care Homes – A Review of the Literature*. London: Help the Aged (www.myhomelife.org.uk).
- Nolan, M., Brown, J., Davies, S., Nolan, J. & J. Keady. (2006). *The Senses Framework: Improving Care for Older People Through a Relationship-Centred Approach*. University of Sheffield.
- Noll, H. H. (1997). 'Wohlstand, Lebensqualität und Wohlbefinden in den Ländern der Europäischen Union', in: S. Hradil & S. Immerfall (Hrsg.), *Die Westeuropäischen Gesellschaften im Vergleich*. Opladen: Leske + Budrich.

Noll, H. H. & A. Schäub (2002). Lebensqualität im Alter; Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (Hrsg.). Expertisen zum 4. Altenbericht der Bundesregierung, Band 1. Konzepte, Forschungsfelder. Hannover: Vincentz Verlag.

Owens, D. J. & C. Batchelor (1996). 'Patient Satisfaction and the Elderly', *Social Science and Medicine*, 11: 1483-1491.

Porell, F. & F. G. Caro (1998). 'Facility-Level Outcome Performance Measures for Nursing Homes', *The Gerontologist*, 38: 665,668,673.

PROGRESS (2010) *Beispiele und Vorschläge für ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren des Projektteams sowie von ExpertInnen, die an der DELPHI-Befragung und/oder an den E-Qalin Validierungsworkshops im Rahmen des PROGRESS Projekts 'Quality Management by Result-oriented Indicators – Towards Benchmarking in Residential Care for Older People' teilnahmen*. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung.

Rubinstein, R. L. (2000). 'Resident Satisfaction, Quality of Life, and "Lived Experience" as Domains to Be Assessed in Long-term Care', pp. 13-28 in: J. Cohen-Mansfield, F. K. Ejaz, P. Werner (eds.). *Satisfaction Surveys in Long-Term Care*. New York.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009*. Baden-Baden: Nomos.

Schalock, R. L. (2006). *Quality of Life as an Objective of Catalan Social Services: Implications for Policy and Practice*. Catalan Institute for Assistance and Social Services and Department of Welfare and Family Services, Barcelona Workshops and Presentations.

Schalock, R. L., Bonham, G., S. & M. A. Verdugo (2008). 'The Conceptualization and Measurement of Quality of Life: Implications for Program Planning and Evaluation in the Field of Intellectual Disabilities', *Evaluation and Program Planning*, 31: 181-190.

Schnabel, E. & F. Schönberg (2003). 'Qualitätssicherung und Nutzerperspektive', S. 168-190 in: E. Schnabel und F. Schönberg (Hrsg.), *Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger. Bilanz und Perspektiven*. Münster: Lit Verlag.

Schnabel, E. (2009). 'Qualitätsindikatoren in der ambulanten und stationären Pflege', in: Gaertner et al. (Hrsg.), *Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*.

Schols, J.M.G.A., De Groot, C.P.G.M., Van Der Cammen, T.J.M. & M.G.M. Olde Rikkert (2009). 'Preventing and Treating Dehydration in the Elderly during Periods of Illness and Warm Weather', *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13 (2): 150-157.

Schönberg, F. (2005a). Qualitätssicherung und Nutzerperspektive in stationären Einrichtungen: Möglichkeiten und Grenzen von Bewohnerbefragungen. Arbeit zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. phil.) im Fachbereich 12 Erziehungswissenschaften und Soziologie der Universität Dortmund.

Schönberg, F. (2005b). Instrumente der internen Qualitätssicherung in stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten. Bestand und Evaluation. Untersuchung im Auftrag des BMFSFJ. Unveröffentlichter Forschungsbericht Dortmund.

Schönberg, F. (2006). *Indikatoren für die Erfassung der Ergebnisqualität in Pflegeheimen*. Unveröffentlichte Expertise im Auftrag des BmFSFJ.

Sefton, T. (2000). *Getting Less for More: Economic Evaluation in the Social Welfare Field*. London: London School of Economics (CASE paper no. 44).

Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R. & U. Kunzmann (1996). 'Wohlbefinden im hohen Alter. Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertung', S. 497-523 in: K. U. Meyer & P. B. Baltes (Hrsg.). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.

Sowarka, D. (2000). 'Merkmale der Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen', S. 69-82 in: H. Entzian, K. I. Giercke, Th. Klie & Schmidt (Hrsg.), *Soziale Gerontologie. Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit*. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.

Staudinger, U. M. (2000). 'Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut. das Paradox des subjektiven Wohlbefindens', *Psychologische Rundschau*, 54: 185-197.

Staudinger, U. M. & A. Freund (1998). 'Krank und "arm" im hohen Alter und trotzdem guten Mutes? Untersuchungen im Rahmen eines Modells psychologischer Widerstandsfähigkeit', *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 27: 78-85.

Tackenberg, P. & A. Abt-Zegelin (2001). *Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung*. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.

Tresloni, C.P. & the Pew-Fetzer Task Force (1994). *Health Professions Education and Relationshipcentered Care: a report of the Pew-Fetzer taskforce on advancing psychosocial education*. San Francisco: Pew Health Professions Commission.

US Department of Health and Human Services (US DHHS) (2008). MDS 2.0 Public Quality Indicator and Resident Reports – Veröffentlicht unter:
http://www.cms.hhs.gov/MDSPubQlandResRep/02_qmreport.asp?qtr=13&isSubmitted=qm2.

Van Herk, R., Boerlage, A., Van Dijk, M., Baar, F.P., Tibboel, D. & R. de Wit (2009). 'Pain Management in Dutch Nursing Homes Leaves Much to Be Desired', *Pain Management Nursing*, 10 (1): 32-39.

Van Herk, R., Van Dijk, M., Biemold, N., Tibboel, D., Baar, F.P. & R. de Wit (2009). 'Assessment of Pain: Can Caregivers or Relatives Rate Pain in Nursing Home Residents?', *Journal of Clinical Nursing*, 18 (17): 2478-2485.

Veenhoven, R. (1997). 'Die Lebenszufriedenheit der Bürger. Ein Indikator für die "Lebbarkeit" von Gesellschaften?', S. 267-293 in: H. H. Noll (Hrsg.), *Sozialberichterstattung in Deutschland. Konzepte, Methoden und Ergebnisse für Lebensbereiche und Bevölkerungsgruppen*. Weinheim. Juventa.

Weidekamp-Maicher, M. (2002). *Lebensqualität im Alter*. Dortmund (Unveröffentlichte Expertise).

Weidekamp-Maicher, M. (2008). *Materielles Wohlbefinden im späten Erwachsenenalter und Alter. Eine explorative Studie zur Bedeutung von Einkommen, Lebensstandard und Konsum für Lebensqualität*. Berlin: Dissertation.de Verlag im Internet.

Wettstein, A., Bielak A., Knecht R., Christen L., & S. Christen (1998). 'Erfolgreiche Bewältigung abnehmender objektiver Lebensbedingungen institutionalisierter Langzeitpatienten', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 3: 222-228.

WHO (2004). *Standards for Health Promotion in Hospitals: Development of indicators for a Self-Assessment Tool*. Copenhagen: WHO – Veröffentlicht unter: <http://www.euro.who.int/document/e84988.pdf>.

Wingefeld, K. & Schaeffer, D. (2001). 'Nutzerperspektive und Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34: 140-146.

Wingefeld, K. (2003). *Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege*. Bielefeld.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & V.O. Leirer (1982). 'Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report', *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1): 37-49.

Zimmerman, D., Karon, S. L., Arling, G., Clark, B. R., Collins, T., Ross, R. & F. Sainfort (1995). 'Development and Testing of Nursing Home Quality Indicators', *Health Care Financing Review*, 16: 107-127.



Příručka se obrací ke všem lidem, kteří v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory pracují, žijí, pomáhají – vedoucí zařízení, zaměstnanci, uživatelé, rodinní příslušníci (zákonní zástupci), ale také zřizovatelé a politické subjekty.

Příručka obsahuje katalog 94 indikátorů kvality spolu s popisem a návodem na jejich praktické použití. Cílem příručky je odpovědět na otázku, jak mohou pobytová zařízení pro seniory s pomocí indikátorů kvality v oblastech kvality života, ošetrovatelské péče, vedení, ekonomiky stejně jako ve vztahu k sociálnímu okolí měřit a řídit kvalitu v daném zařízení.

Příručka je dostupná ve čtyřech jazykových verzích: anglické, německé, holandské a české. Vydání příručky je výsledkem projektu „Quality Management by Result-oriented Indicators – Towards Benchmarking in Residential Care for Older People“ (Management kvality na základě cílených indikátorů kvality) realizovaného v rámci programu PROGRESS (Program EU pro zaměstnanost a sociální soudržnost), který je spolufinancován Evropskou komisí.



