

**STUDIE VYUŽITELNOSTI SYSTÉMU INTERRAI V ČR A
ZNAČKY KVALITY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH NA
ISLANDU**

**RECIPROČNÍ TRANSFER KNOW-HOW A PŘÍKLADŮ DOBRÉ PRAXE
V OBLASTI PÉČE O SENIORY**

Evidenční číslo 063/5V

Listopad 2011

Obsah

1	ÚVOD	4
1.1	DŮVODY VYTVOŘENÍ STUDIE	5
1.2	PŘÍPRAVA A PRŮBĚH ZPRACOVÁNÍ STUDIE	5
1.3	OBSAH STUDIE	7
1.4	ORGANIZÁTOR/PARTNER PROJEKTU	7
1.5	PARTNERSKÁ INSTITUCE	9
2	ZNAČKA KVALITY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	12
2.1	VZNIK ČESKÉHO SYSTÉMU HODNOCENÍ KVALITY	12
2.1.1	INSPIRACE EVROPSKÝMI SYSTÉMY HODNOCENÍ KVALITY	13
2.2	POPIS SYSTÉMU	15
2.3	ZÁKLADNÍ PRINCIPY SYSTÉMU	16
2.4	HODNOCENÍ V SYSTÉMU ZNAČKA KVALITY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	16
2.4.1	KRITÉRIA PRO VSTUP DO SYSTÉMU HODNOCENÍ ZQ	17
2.4.2	HODNOCENÉ OBLASTI A JEJICH PERSPEKTIVY	17
2.4.3	POPIS HODNOCENÝCH OBLASTÍ, PERSPEKTIV A SUBPERSPEKTIV	18
2.5	METODIKA HODNOCENÍ	38
2.5.1	LOGIKA HODNOCENÍ A SYSTÉM BODOVÁNÍ	38
2.5.2	NÁSTROJE HODNOCENÍ	39
2.5.3	PODMÍNKY A PRŮBĚH CERTIFIKACE	40
2.6	APLIKACE SYSTÉMU ZNAČKA KVALITY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH DO ISLANDSKÉHO PROSTŘEDÍ	42
2.6.1	HRAFNIŠTA KÓPAVOGUR ****	44
2.6.1.1	Výsledky certifikace	44
2.6.2	SÓLTÚN NURSING HOME ****	47
2.6.2.1	Výsledky certifikace	47
2.6.3	SKÓGARBÆR ***	50
2.6.3.1	Výsledky certifikace	50
3	SYSTÉM PRO HODNOCENÍ INTERRAI	53

3.1	HODNOTÍCÍ NÁSTROJ INTERRAI	53
3.2	VÝVOJ SYSTÉMU INTERRAI PRO ZAŘÍZENÍ DLOUHODOBÉ PÉČE (INTERRAI LTCF, LONG-TERM CARE FACILITY)	55
3.3	POPIS SYSTÉMU INTERRAI- LTCF	56
3.3.1	LICENCE K UŽÍVÁNÍ INTERRAI INSTRUMENTŮ	58
3.4	PROVEDENÍ INTERRAI LTCF VYŠETŘENÍ	59
3.4.1	DALŠÍ DŮLEŽITÉ INFORMACE PRO PROVÁDĚNÍ HODNOCENÍ INTERRAI	59
3.5	KLINICKÉ APLIKACE INTERRAI - KLINICKÉ PROTOKOLY (CLIENT ASSESSMENT PROTOCOLS/CAPS)	61
3.6	PŘEHLED KLINICKÝCH PROTOKOLŮ INTERRAI	62
3.7	KLINICKÉ APLIKACE INTERRAI - ŠKÁLY PRO HODNOCENÍ STAVU A VÝSLEDKŮ PÉČE	67
3.7.1	ŠKÁLA ADL HIERARCHIE	67
3.7.2	ŠKÁLA IADL VÝKONNOSTI A ZAPOJENÍ	68
3.7.3	ŠKÁLA OBTÍŽNOSTI V PROVÁDĚNÍ IADL („INTERRAI BASED IADL DIFFICULTY SCALE, IADL DIFFICULTY“)	69
3.7.4	ŠKÁLA KOGNITIVNÍCH SCHOPNOSTÍ, CPS ŠKÁLA	69
3.7.5	INDEX SOCIÁLNÍHO ZAPOJENÍ	70
3.8	VYUŽITÍ INTERRAI PRO STANOVENÍ CASE-MIXU A FINANCOVÁNÍ PÉČE	70
3.9	KVALITA PÉČE, INTERRAI SYSTÉMY A MOŽNOSTI ZLEPŠOVÁNÍ KVALITY, INDIKÁTORY KVALITY PÉČE	71
3.10	SHRnutí SYSTÉMU INTERRAI	73
4	<u>PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE ZE STUDIJNÍ CESTY NA ISLAND</u>	74
4.1	KONKRÉTNÍ PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE Z ISLANDU	74
5	<u>ZÁVĚRY STUDIE VYUŽITELNOSTI</u>	77
5.1	NÁVAZNOST NA PRVNÍ PROJEKT „KOMPARACE SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY“	77
5.2	ZÁVĚRY Z AKTIVITY RECIPROČNÍCH STUDIJNÍCH POBYTŮ	77
5.3	ZÁVĚRY Z IMPLEMENTACE ZNAČKY KVALITY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH NA ISLANDU	77
5.4	ZÁVĚRY Z IMPLEMENTACE SYSTÉMU INTERRAI V ČR	78
5.5	MEDIALIZACE PROJEKTU	78
6	<u>POUŽITÉ PRAMENY A LITERATURA</u>	79
7	<u>SEZNAM ZKRATEK, TABULEK A OBRÁZKŮ</u>	81
8	<u>PŘÍLOHY</u>	82

1 Úvod

Vytvořená studie vznikla v rámci projektu „Reciproční transfer know-how a příkladů dobré praxe v oblasti péče o seniory“, který byl zaměřen na oboustrannou výměnu zkušeností a na vzájemnou spolupráci organizací působících v oblasti sociálních služeb v ČR a na Islandu. Konkrétně se do projektu zapojil jak český organizátor/partner, tj. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, tak partnerská organizace na Islandu, tj. Nursing home Sóltún, Reykjavík. V rámci studijní cesty expertů z České republiky na Island a studijní cesty expertů z Islandu do České republiky byly do projektu zapojeny následující organizace a zařízení – **Domov Slunečnice Ostrava, Krajský úřad Kraje Vysočina, Domov pro seniory Kociánka Brno, Domov pro seniory Velké Meziříčí, Nursing home Hrafnista Kópavogur, Reykjavík, Nursing home Skógarbaer, Hjúkrunarheimili, Reykjavík, Nursing home Mörk, Reykjavík.**

Na Island byla implementována *Značka kvality v sociálních službách* a experti z České republiky byli seznámeni s několika základními prvky islandského nástroje hodnocení rezidentů interRAI systému (Resident Assessment Instrument) v sociálních službách.

V rámci projektu byla vytvořena studie využitelnosti a přenosu know-how systému *Značka kvality v sociálních službách a hodnotící systém interRAI*.

Cílem řešeného projektu je oboustranná výměna zkušeností a spolupráce organizací působících ve veřejných/sociálních službách, které mají možnost být díky tomuto projektu zkvalitněny.

Díličí cíle projektu jsou shrnuty do několika bodů:

- navázání na projekt realizovaný v roce 2010 se zaměřením na základní porovnání systémů poskytování sociálních služeb obou zemí oblasti poskytování sociálních služeb seniorům,
- výměna informací, know-how v otázkách nastavení kvality poskytování sociálních služeb a péče o seniory v obou zemích (Česká republika a Island), příkladů dobré praxe,
- implementace *Značky kvality v sociálních službách* na Islandu,
- česká partnerská organizace získala využitelné prvky hodnotícího systému kvality interRAI, který je využívám na Islandu,
- prohloubení vzájemné spolupráce v oblasti kvality sociálních služeb, díky předávání poznatků a příkladů dobré praxe navzájem (Česká republika Islandu a Island České republice).

1.1 Důvody vytvoření studie

V návaznosti na realizované studijní cesty a získané informace, poznatky a příklady dobré praxe byla v průběhu 5. měsíce realizace projektu zpracována odborná studie k systémům hodnocení kvality. Předmětem studie je porovnání českého a islandského systému hodnocení kvality poskytování sociálních služeb pro seniory, popis obou uvedených systémů, možnosti jejich využitelnosti v partnerských státech na základě stávajících právních systémů, právního prostředí a systému poskytování služeb v daném regionu. Studie obsahuje nejdůležitější principy obou systémů, jejich odlišnosti, rizika a společné prvky. Součástí studie jsou i příklady dobré praxe z islandského systému poskytování sociálních služeb pro seniory.

Na zpracování studie se podíleli kromě 2 odborných expertů, zástupci partnerských organizací a účastníci cest, kteří poskytli cenné poznatky z realizace studijních cest. K přípravě podkladů bylo nutné přeložit velké množství odborných materiálů a podkladů poskytnuté islandským partnerem vztahující se k systému hodnocení kvality interRAI.

Studie byla zveřejněna na webových stránkách realizátora projektu a byla zdarma nabídnuta poskytovatelům sociálních služeb.

1.2 Příprava a průběh zpracování studie

Na zpracování studie se podíleli převážně čeští a islandští experti. Studie byla zpracována na základě dvou studijních cest. Jedna se uskutečnila v měsíci srpnu roku 2011, kdy čeští experti odcestovali na Island. Druhá se uskutečnila v měsíci září roku 2011, kdy islandští experti navštívili Českou republiku.

První studijní cesta se uskutečnila v termínu 14. – 22. 8. 2011, včetně cesty na Island a zpět do České republiky. Zúčastnilo se jí 7 expertů - 2 zástupci českého organizátora/partnera, 1 zástupce zřizovatele sociálních služeb, 1 zástupce poskytovatele sociálních služeb, 2 zástupci spoluautorské společnosti, která se podílela na tvorbě Značky kvality v sociálních službách, 1 expert dlouhodobě působící v oblasti sociálních služeb. Program studijní cesty, viz příloha č. 1, se uskutečnil ve čtyřech zařízeních poskytujících sociální služby pro seniory na Islandu. Jedná se o následující konkrétní zařízení: **Nursing home Sóltún, Reykjavík, Nursing home Hrafnista Kópavogur, Reykjavík, Nursing home Skógarbaer, Hjúkrunarheimili, Reykjavík, Nursing home Mörk, Reykjavík.** Během návštěvy všech zařízení byl prezidentem Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR prezentován, formou PPT prezentace, projekt *Značka kvality v sociálních službách*, viz příloha č. 2. Z celé studijní cesty byl sepsán podrobný zápis, který je součástí studie, viz příloha č. 3

Stručný přehled programu studijní cesty:

- 1. den úvodní setkání v zařízení Nursing home Sóltún, Reykjavík, seznámení se systémem hodnocení *Značka kvality v sociálních službách*, prohlídka zařízení a certifikace zařízení dle kritérií systému hodnocení *Značka kvality v sociálních službách*,
- 2. den workshop, na kterém byl představen nástroj hodnocení rezidentů interRAI, který je aplikován v Nursing home Sóltún jako jeden z nástrojů kvality,
- 3. den návštěva zařízení Nursing home Hrafnista Kópavogur, Reykjavík, certifikace zařízení dle kritérií systému hodnocení *Značka kvality v sociálních službách*,
- 4. den návštěva zařízení Nursing home Skógarbaer, Hjúkrunarheimili, Reykjavík, certifikace zařízení dle kritérií systému hodnocení *Značka kvality v sociálních službách*,
- 5. den návštěva zařízení Nursing home Mörk, Reykjavík, jehož ředitelem je současně prezident islandské národní asociace „The Association of Health Care Providers in Iceland“,
- 6. den závěrečný workshop, zhodnocení návštěvy českých expertů, představení programu studijní cesty islandských expertů v České republice.



Druhá studijní cesta pro 6 islandských expertů se uskutečnila v termínu od 18. – 23. 9. 2011, včetně cesty do České republiky a zpět na Island. Mezi účastníky byli zástupci partnerské organizace a zástupci islandské veřejné správy. Organizaci odborného programu v ČR zajistila APSS ČR.

Odborný program, viz příloha 4, navázal na program 1. studijní cesty a uskutečnil se ve třech zařízeních poskytujících sociální péči pro seniory v České republice a na Krajském úřadě Kraje Vysočina. Cílem bylo prohloubit poznatky o poskytování sociální péče pro seniory v ČR, seznámit islandské experty s výsledky hodnocení domovů pro seniory v rámci systému *Značka kvality v sociálních službách*. Předmětem odborných workshopů bylo hledání spojitostí a naopak specifik systémů měření a hodnocení kvality *Značka kvality v sociálních službách* (ČR) a interRai (Island). Probíhaly odborné diskuse nad možnostmi propojení obou systémů a jejich využitelnosti v obou zemích. Výstupy odborných workshopů jsou zaznamenány v této studii využitelnosti. Celkem se uskutečnily 3 odborné workshopy (Ostrava - Domov Slunečnice Ostrava, Brno – Domov pro seniory Kociánka, Jihlava – Krajský úřad Kraje Vysočina). Součástí studijní cesty byly rovněž exkurze s výkladem do několika zařízení poskytujících sociální služby. Účastníci navštívili **Domov Slunečnice Ostrava** (zařízení ohodnocené celkově čtyřmi hvězdami v systému *Značka kvality v sociálních službách*), **Domov pro seniory Kociánka v Brně** (zařízení poskytující sociální služby ve 2 budovách o

kapacitě celkem 391 klientů) a **Domov pro seniory Velké Meziříčí** (moderní zařízení reagující na potřeby současných seniory s kapacitou 94 lůžek). Doprovodný program a organizaci celé odborné cesty zajistila APSS ČR. Po dobu pobytu islandských expertů v ČR bylo zajištěno tlumočení.

Součástí studie využitelnosti je i děkvný dopis ředitelky domova Soltun Nursing home Anny Birne Jensdóttir, ve kterém hodnotí celý studijní program v České republice. Děkvný dopis je součástí studie v příloze č. 5.

1.3 Obsah studie

Studie využitelnosti se zabývá popisem a porovnáním systému hodnocení kvality v České republice a na Islandu. V České republice byl zaveden systém hodnocení kvality pod názvem *Značka kvality v sociálních službách*. Na Islandu používají systém hodnocení kvality pod názvem interRAI systém. Studie obsahuje nejdůležitější a nejpodstatnější z obou systémů hodnocení kvality (islandského i českého), jejich rizika, disparity a společenské prvky.

Mezi závěry studie jsou uvedeny možnosti využitelnosti obou systémů hodnocení kvality, možnost aplikovat systém interRAI do českého systému a aplikovat systém hodnocení *Značku kvality v sociálních službách* do islandského systému hodnocení kvality.

1.4 Organizátor/partner projektu

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky (APSS ČR) je největší profesní sdružení sdružující poskytovatele sociálních služeb v České republice. Asociace je nezávislé sdružení právnických a fyzických osob, registrovaných poskytovatelů sociálních služeb, sledující jako základní cíl rozvoj a zvyšování úrovně sociálních služeb.

Svoji činnost vyvíjí především tím, že:

- zastupuje a hájí zájmy svých členů u státních a ostatních zainteresovaných institucí, zejména předkládáním odborných stanovisek, kvalifikovanou oponenturou a iniciací a podporou žádoucí právní regulace sociálních služeb,
- zprostředkovává rozšiřování vědeckých a výzkumných poznatků do činnosti poskytovatelů sociálních služeb a předávání tuzemských i zahraničních odborných zkušeností svým členům,
- reprezentuje společné zájmy a potřeby svých členů u veřejnosti v tuzemsku i zahraničí,
- vyvíjí studijní, dokumentační, vzdělávací a expertní činnost,
- organizuje kongresy, odborné konference a vzdělávací programy.

Statutárním zástupcem APSS ČR je prezident, který je každé čtyři roky volen Valnou hromadou APSS ČR. Členem Valné hromady je každý člen Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, kterých k 11. 11. 2011 APSS ČR sdružuje 870 a 1998 registrovaných sociálních služeb podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách.

APSS ČR byla založena dne 11. 7. 1991 a začátek profesionalizace se datuje od září 2008.

Mezi hlavní aktivity a činnosti APSS ČR patří:

- Institut vzdělávání APSS ČR.
- Vzdělávací programy pro management, odborné pracovníky.
- Odborné konference a kongresy - v roce 2011 uspořádala Asociace 14 odborných konferencí pro více než 3300 účastníků.
- Pořádání 12. Evropského kongresu EDE v Praze.
- Odborný časopis Sociální služby (měsíčník) - nejrozšířenější odborný časopis v oblasti sociálních služeb v ČR, náklad 3500 – 4000 ks, distribuce časopisu probíhá i na Slovensko.
- Publikáční činnost - odborné publikace: Pečovatelská služba v ČR, Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách.
- Projekty a další aktivity.

Asociace je:

- společně s MPSV ČR vyhlášovatelem a organizátorem Týdne sociálních služeb ČR,
- společně s MPSV ČR, MŠMT ČR a SMO ČR vyhlášovatelem a organizátorem celostátní soutěže Šťastné stáří očima dětí,
- akreditované vzdělávací centrum.

Zastoupení APSS ČR v orgánech, komisích, výborech, pracovních skupinách apod.:

- Akreditační komise MPSV ČR.
- Rada vlády pro seniory a stárnutí populace.
- Pracovní skupina pro pobytové služby a bydlení seniorů.
- Komise pro rozvoj sociálních služeb při MPSV ČR.
- Expertní panel k dlouhodobé péči při MPSV ČR.
- Expertní skupina k optimalizaci sítě zdravotních a sociálních služeb při MZ ČR a MPSV ČR.
- Pracovní skupina analytická.
- Pracovní skupina k terénní, ambulantní a lůžkové péči.
- Pracovní skupina finanční.
- Pracovní skupina komunitního plánování, měst a obcí.

- Hodnotící komise programů OPLZZ.
- Dotační komise MPSV ČR.
- Předsednictvo IP projektu „Podpora procesů v sociálních službách“.
- Monitorovací skupina individuálního projektu „Podpora procesů v sociálních službách“.
- Expertní skupina individuálního projektu.
- Expertní skupina č. 5 individuálního projektu.
- Pracovní skupina pro nelékařská povolání při MZ ČR.
- Komise Rady HM Prahy pro plánování sociálních služeb.
- Pracovní skupina pro seniory.
- Rada pro inspekce kvality sociálních služeb RHSD ČR.
- Expertní hodnotící komise programu BETA pro MPSV ČR.
- UZS ČR – člen sociální sekce, viceprezident.
- Pracovní tým pro sociální otázky RHDS ČR.
- Sektorová rada pro veřejné služby a správu, Národní soustava povolání II.
- Tematická realizační skupina pro dobrovolnictví v sociálních službách při MŠMT ČR.

Na zabezpečení realizace sub-projektu byla Ministerstvem financí České republiky poskytnuta dotace č. CZ 0001-52 v rámci Blokového grantu CZ 0001 „Fond Technické asistence“ v rámci Finančních mechanismů EHP/Norska.

1.5 Partnerská instituce

Soltún Nursing Home

Partnerskou institucí je Soltún Nursing Home, jehož ředitelkou je Anna Birna Jensdóttir. Sdružení Öldungur hf. bylo založeno z iniciativy společnosti Securitas, která se rozhodla využít pobídky státu Island k větší účasti soukromých subjektů v sociální sféře a zdravotnictví tak, jak je to běžné v sousedních zemích.

Na začátku roku 2000, ve snaze vyvolat nová řešení na rostoucí poptávku po zdravotně sociálních službách, prostřednictvím veřejné a soukromé iniciativy, vyzvalo Ministerstvo zdravotnictví a sociálního zabezpečení na Islandu k účasti ve výběrovém řízení i soukromé subjekty, které by mohly vystavět a 25 let provozovat domov pro seniory. Securitas se spojil s největší islandskou stavební firmou IAV, jako společný podnik, do soutěže vstoupili a posléze v ní uspěli. Úkolem společnosti bylo vystavět domov pro seniory na ulici Soltún v Reykjavíku a zajistit zde péči po dobu 25 let.

Od samého počátku bylo rozhodnuto, že Soltún nastaví nový standard v oblasti pobytových zařízení a poskytování péče. Domov je vybaven nejnovější technologií a moderním vybavením, včetně nejmodernějších lůžek, a novým nejúčinnějším softwarem pro monitorování systému, ve prospěch zaměstnanců i uživatelů.

Domov Soltún je první svého druhu na Islandu, který nabízí pouze jednolůžkové pokoje. Každý obyvatel má k dispozici obytnou místnost o velikosti 30 čtverečních metrů s vlastním sociálním zařízením.

Základní ideologií Soltúnu je vykonávat péči o klienty s maximálním respektem k jejich nezávislosti. Klienti zde žijí v domácím prostředí, mají své soukromí a zároveň mají zajištěnu 24hodinovou péči a bezpečí. Denní program je vytvářen společně s klienty, za účasti jejich příbuzných, podle individuálních schopností, požadavků, zdravotního stavu i osobních přání.

Cílem zařízení je poskytování ošetrovatelských a dalších služeb profesionálním a zodpovědným způsobem. Jsou tvořeny komplexní a ošetrovatelské plány jednotlivých klientů, které se pravidelně přehodnocují a aktualizují za účelem udržení a zvýšení co nejvyšší soběstačnosti. Velký důraz je kladen na jejich soběstačnost sebeurčení a sebeúctu a to i přes zhoršující se zdravotní stav a schopnosti. Péče je založena na nejlepších, dostupných ošetrovatelských znalostech, získaných zkušenostech a rámcově stanovených vnitřních a vnějších předpisech.

Soltún se neustále snaží být v přední linii mezi pobytovými zařízeními tím, že poskytuje nejlepší dostupné služby v každém daném okamžiku a stává se tak atraktivní pracovní příležitostí pro kvalifikované pracovníky.

Představenstvo:

Pan Tjórir Kjartansson předseda

Pan Arnar Tórisson člen představenstva

Pan Gunnar Thoroddsen člen představenstva

Paní Anna Birna Jensdóttir vícečlen představenstva

Management:

Anna Birna Jensdóttir - od ledna 2001 výkonná ředitelka Öldungur hf., výkonná ředitelka domova Soltún. Byla klíčovou postavou v poradní skupině Öldungur hf., v procesu tvorby nabídky pro výběrové řízení. Pod jejím vedením byl v lednu 2002 zahájen provoz domova.

Marta Jónsdóttir - hlavní manažerka péče

Juliana Sigurveig Guðjónsdóttir - manažerka péče 1. patro

Guðrún Björg Guðmundsdóttir - manažerka péče 2. Patro

Þórdís Hannesdóttir - manažerka provozu

Guðný Jónsdóttir - manažerka stravování

Aðalbjörg Iris Ólafsdóttir – fyzioterapeutka

Hildur Þráinsdóttir - ergoterapeutka

Společnost Öldungur hf. vlastní sousední pozemek a získala územní povolení na stavbu budovy Sóltún 4. Na 9200 m² bude vybudován pětipatrový objekt, spojovací objekt mezi Soltúnem 2 a 4, suterén a garáže. V tomto objektu bude domov pro seniory, dům s pečovatelskou službou a denní centrum. Do budoucna se počítá s vybudováním objektu Soltún 6, kde bude zdravotní a sociální centrum.

2 Značka kvality v sociálních službách

Systém *Značka kvality v sociálních službách* je v českém prostředí prvním externím nástrojem hodnocení kvality z pohledu samotných uživatelů určeným pro domovy pro seniory. Kvalitou je zde tedy to, co vnímá jako kvalitu uživatel sociální služby nebo zájemce o tuto službu. Systém je výsledkem více než dvouleté úzké spolupráce členů odborné pracovní skupiny, expertů dlouhodobě působících v oblasti sociálních služeb. Systém byl veřejnosti oficiálně představen v červnu roku 2011 a od té doby probíhají certifikace českých domovů pro seniory, které o ni požádají a kteří splní veškeré podmínky nutné k udělení. V současnosti je certifikováno 10 zařízení v ČR a hodnotitelé evidují desítky dalších zájemců.

2.1 Vznik českého systému hodnocení kvality

Systém *Značka kvality v sociálních službách*, který po vzoru vyspělých zemí Evropské unie usiluje o zavedení jednotného měření a certifikace, vznikl ve spolupráci předních českých odborníků na oblast poskytování sociální péče v domovech pro seniory a inspirován byl fungujícími evropskými systémy hodnocení kvality. Obdobný systém již mnoho let funguje například v Německu, kde jej uděluje Institut pro značku kvality v sociálních službách, nebo ve Velké Británii, kde je znám pod označením Comprehensive Performance Assessment.

Vytvoření systému vychází ze základních Standardů kvality sociálních služeb (konkrétně pak ze standardu č. 15), uveřejněných v příloze č. 2, vyhlášky č. 505/2006 Sb. v platném znění – Zvyšování kvality sociální služby. I proto jsou cílovými skupinami systému, vedle uživatelů a zájemců o pobytové služby, také jejich rodinní příslušníci, zřizovatelé a management domovů pro seniory. „*Systém Značka kvality v sociálních službách však není substitutem standardů kvality a nelze jej vnímat ani jako jejich konkurenční nástroj. Naopak je jakýmsi doplněním založeným na kritériích koncipovaných z pohledu uživatele služby, a to jen v přímé influenci.*“¹

Systém *Značka kvality v sociálních službách* je výsledkem projektu, který byl realizován APSS ČR ve spolupráci se společností HARTMANN-RICO a.s. Základním posláním projektu bylo vytvoření jasného, transparentního systému hodnocení kvality v domovech pro seniory, z pohledu uživatele služby přispět ke zvyšování kvality poskytovaných sociálních služeb a zlepšení orientace zájemce o tuto službu.

¹ Sociální služby, březen/2010, s. 8

Na vzniku systému spolupracovalo mnoho českých odborníků, kteří byli v průběhu projektu členy odborné pracovní skupiny nebo odborné komise. Pro ověření správnosti výstupů a zajištění objektivnosti pohledu při vzniku systému byly všechny podklady několikrát připomínkovány odbornou komisí. Členové odborné komise, odborníci z MPSV ČR, Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, Unie zaměstnavatelských svazů, Charity ČR, Slezské diakonie, Asociace krajů ČR, Svazu měst a obcí ČR, Rady seniorů ČR, Senátu Parlamentu ČR, České společnosti pro jakost a zástupci českých domovů pro seniory, měli možnost všechny materiály detailně prostudovat a navrhnout odůvodněné změny. Změny byly vždy důkladně prokonzultovány na nejbližším setkání odborné komise a výsledné stanovisko zpracováno členy odborné pracovní skupiny do příslušných podkladů.

Ověřování kvality systému z pohledu samotných uživatelů proběhlo prostřednictvím sociálního šetření jednak u uživatelů několika domovů pro seniory v rámci celé ČR, jednak u seniorů žijících v domech s pečovatelskou službou a domácnostech. Logika hodnocení a praktická využitelnost všech podkladů byla ověřena v rámci pilotního ověření ve 12 domovech pro seniory z celé ČR.

2.1.1 Inspirace evropskými systémy hodnocení kvality

Při vytváření systému hodnocení *Značka kvality v sociálních službách* – domovy pro seniory, se vycházelo z podobných systémů hodnocení realizovaných v evropských zemích. Většina zemí Evropské unie má systém certifikace kvality sociálních služeb, který vykazuje rozdílnosti dané úrovní sociálních služeb v příslušné zemi. V rámci vytváření českého systému *Značka kvality v sociálních službách* byly analyzovány systémy v následujících zemích: Velká Británie, Rakousko, Německo a Švýcarsko. Informace o těchto systémech byly použity pouze jako inspirace, příp. doplnění některých perspektiv či subperspektiv, jelikož není možné adaptovat jednotlivé národní systémy. Pojetí a nastavení kvality je totiž odlišné nejen v závislosti na stávající úrovni kvality vybavenosti a dostupnosti sociálních služeb v dané zemi, nýbrž také na subjektivním vnímání kvality, resp. kvalitativních kritérií, obyvatelstva dané země.

Je tak zcela pochopitelné, že např. kritérium, které může být naprosto zásadní pro země středomořského typu, bude zcela nevýznamné pro země skandinávské, a naopak. I z tohoto důvodu není možné vytvořit celoevropskou certifikaci kvality a Evropská unie se tak soustřeďuje na vznik tzv. minimálních standardů, a to zejména v oblasti práv a důstojného života seniorů.

Systém hodnocení *Značka kvality v sociálních službách* v domovech pro seniory byl vytvořen s ohledem na české realie, kulturu a současnou situaci v sociálních službách, ale i s přihlédnutím na vnímání a hodnocení kvality služeb v ČR.

Velká Británie

Britský model systému hodnocení kvality služeb „Comprehensive Performance Assessment“, schválený britskou vládou jako modelový pro celou Velkou Británii, byl vytvořen nezávislou kontrolní institucí „Audit Commission“ nejprve pro veřejnou správu, až později byl rozšířen na sociální služby. Systém pracuje s daty z různých zdrojů: s výsledky inspekcí služeb, s posudky auditorů komise o efektivitě využití zdrojů, s hodnocením expertů komise o kompetentnosti řídicích složek. Na základě hodnocení přiděluje komise každému subjektu určitý počet bodů – hvězd, které umožňují samosprávám a také široké veřejnosti celostátní srovnávání. Systém efektivním způsobem informuje občany, jak místní samosprávy rozumí jejich potřebám a aspiracím, a zvyšuje obecnou schopnost hodnotit, zda bylo dosaženo pokroku ve výsledcích.

Během sedmi let fungování systému se výsledky místních samospráv signifikantně zlepšily a byl prokázán jednoznačně pozitivní vliv na kvalitu služeb. Síla systému spočívá především v jednoduchosti jeho výstupu – jedna škála pro všechny umožňuje organizacím vzájemné srovnávání. Součástí hodnocení je také poskytnutí zpětné vazby hodnoceným. V současné době probíhají změny v systému, které mají 3 hlavní cíle: posoudit, jak organizace služeb v hodnocené lokalitě spolupracují na dosahování společných cílů; zaměřit se na hodnocení výsledků; zahrnout do hodnocení uživatelský pohled na věc.²

Švýcarsko

Ve Švýcarsku existuje několik systémů ověřování kvality. Jejich používání se liší v rámci jednotlivých kantonů, přičemž každý domov pro seniory je ze zákona povinen jednou za dva roky aplikovat nějaký systém kontroly kvality. Zákon ale přitom neříká, jaký systém to má být. Mezi používané systémy kvality ve Švýcarsku patří QAP systém (model podle evropské nadace pro řízení kvality EFQM), Q-Word Heime od SQB.ch. (systém kontroly kvality aplikovaný zejména ve středním Švýcarsku, který je založen na principu kontroly kvality veřejností a konkurencí). Lze se setkat i se systémem OptiHeim od společnosti Tertianum (užívá ho celkem 270 švýcarských rezidenčních zařízení), který je založen na dotazníku pro uživatele, rodinné příslušníky, personál, lékaře, a také osoby z organizací mimo daný domov. Cílem systému OptiHeim je zajištění, udržení, průběžná kontrola a stálé zvyšování kvality vedoucí ke spokojenosti zákazníků.³

Rakousko

V současné době neexistuje v Rakousku jednotný efektivní systém hodnocení kvality, porovnávání kvality poskytovaných sociálních služeb je možné pouze na úrovni jednotlivých spolkových zemí.

² Příspěvek prezidenta Audit Commission pana O’Higinse na konferenci Evropské sociální služby konané dne 22. 6. 2009 v Praze (překlad PhDr. Pavel Čáslava).

³ HANZL, V., MADĚRA, Z. *Ověřování kvality ve Švýcarsku*. Rezidenční péče 2/2009, s. 10 – 12.

Používanými externími modely řízení kvality je ISO či Gütesiegel (Značka jakosti). Mezi používané interní systémy patří EFQM, QAP a E-Qalin.

Německo

Německý systém měření a zvyšování kvality IQD byl vytvořen společností IQD GmbH (Institut für Qualitätskennzeichnung von sozialen Dienstleistungen GmbH). Systém definuje kritéria kvality pro oblast zdravotní a sociální péče, ubytování, stravování a managementu pro pobytové, denní a ambulantní služby, přičemž do hodnocení poskytovaných služeb jsou zapojeni jak zaměstnanci, tak uživatelé služeb i jejich rodinní příslušníci. Systém byl úspěšně certifikován již ve více než 250 zařízeních, které každé 2 roky obdrží „pečeť kvality IQD“ spolu s detailní kontrolní zprávou, kterou management zařízení naplňuje realizací aktivit vedoucí ke zlepšování kvality v konkrétních oblastech. V současnosti je systém hodnocení kvality rozšířen i na zařízení určené pro osoby s mentálním postižením.⁴

2.2 Popis systému

Systém *Značka kvality v sociálních službách* je zaměřen na zvyšování úrovně kvality pobytových zařízení sociální péče, resp. domovů pro seniory, zvýšení úrovně propagace a mediálního obrazu pobytových zařízení na veřejnosti. Principy systému přirozeně motivují management sociálních služeb k získávání vyššího ohodnocení a tím k faktickému zvýšení kvality. Specifické zaměření systému zlepšuje orientaci uživatele, resp. zájemce o službu, při výběru zařízení. Certifikace v rámci systému *Značka kvality v sociálních službách* je prvkem posilujícím tržní prostředí sociálních služeb a výsledky hodnocení podávají zpětnou vazbu zřizovatelům sociálních služeb. Stěžejním předpokladem systému hodnocení je kvalita z pohledu uživatele služby.

Systém měření, resp. hodnocení kvality, je vypracován speciálně pro domovy pro seniory. Má vlastní logo a grafický manuál, který definuje nejen používání loga, ale stanovuje i pravidla používání certifikátů a cedulek *Značky kvality v sociálních službách* jako symbolu ocenění.

V současnosti se systém uchází o 2 registrace. První je registrace ochranné známky za účelem prokazování symbolu ® za názvem. Rovněž byla podána žádost o registraci systému v rámci programu Česká kvalita u Rady kvality ČR, který byl přijatý vládou ČR dne 26. června 2002 usnesením č. 685, o programu podpory prodeje kvalitních výrobků.



⁴ Leták IQD GmbH.

2.3 Základní principy systému⁵

Systém *Značka kvality v sociálních službách* je založen na principech dobrovolnosti, transparentnosti a dostupnosti. Kvalita sociální služby je hodnocena z pohledu uživatele služby.

- *Princip pohledu uživatele* – kvalita je definována z pohledu uživatele sociální služby domov pro seniory a zájemce o službu.
- *Princip dobrovolnosti* – certifikace a žádost o udělení certifikace systému Značky kvality v sociálních službách je na dobrovolném rozhodnutí poskytovatele sociální služby, jeho zřizovatele či obou subjektů.
- *Princip transparentnosti* – jednotlivá hodnotící kritéria, perspektivy a subperspektivy jsou velice jasně a jednoznačně stanoveny. Každý zájemce o udělení certifikace Značky kvality v sociálních službách si provede vlastní sebehodnocení, na základě kterého bude nejen relativně přesně zřejmé, jakého hodnocení bude moci dosáhnout, ale může si přesně specifikovat a stanovit, jaká opatření učinit k získání vyššího hodnocení.
- *Princip dostupnosti* - *Značka kvality v sociálních službách* je finančně, časově a místně dostupný systém pro každého poskytovatele.

2.4 Hodnocení v systému *Značka kvality v sociálních službách*

Kvalita je v systému *Značka kvality v sociálních službách* (ZQ) vnímána z pohledu uživatele služby či zájemce o tuto službu. Hodnocení probíhá v rámci pěti základních oblastí: **ubytování, stravování, kultura a volný čas, partnerství, péče**, které obsahují celkem 24 perspektiv. Perspektivy se dále člení na subperspektivy a jednotlivá kritéria. V systému ZQ je ověřováno a hodnoceno celkem 300 kritérií v rámci 166 subperspektiv. Bodové hodnocení může být navýšeno ještě prostřednictvím 3 bonusů.

Stanovená kritéria a celková hodnotící logika byla ověřena několika způsoby. Výběr, závažnost a popis jednotlivých kritérií byl ověřen sociálním šetřením nejen u seniorů z několika domovů pro seniory v celé ČR, ale také u seniorů žijících v domech s pečovatelskou službou a v domácnostech. V rámci pilotního ověření systému hodnocení v 12 domovech pro seniory s kapacitou 10-400 lůžek v 6 krajích ČR, které bylo certifikátory realizováno v únoru 2011, byla ověřena hodnotící logika a praktické využití všech podkladů a hodnotících materiálů ZQ.

⁵ Příručka Značky kvality v sociálních službách, 2011.

Hodnocení v systému ZQ je založeno na ověřování kritérií. V rámci systému je stanoveno celkem 5 vstupních kritérií, jejichž splnění opravňuje zařízení ke vstupu do systému hodnocení. Pokud zařízení splní vstupní kritéria, může být hodnoceno v systému ZQ.

2.4.1 Kritéria pro vstup do systému hodnocení ZQ

Č.	Název vstupního kritéria	Popis vstupního kritéria
1.	Možnost uzamčení pokoje uživatelem	Uživatel má možnost uzamknout vlastní pokoj v zařízení dle svých potřeb.
2.	Volný pohyb uživatelů v zařízení	Uživatel má právo se volně pohybovat ve všech prostorách určených pro poskytování služby.
3.	Kapacita tří a vícelůžkových pokojů	Zařízení má méně než 30 % kapacity tří a vícelůžkových pokojů.
4.	Bezbariérovost	Jedná se o bezbariérovost vstupu do budovy a vstupu do jednotlivých podlaží.
5.	Průchozí pokoje	Zařízení nemá žádné průchozí pokoje.

2.4.2 Hodnocené oblasti a jejich perspektivy

1. Ubytování

- pokoj
- společné prostory
- objekt
- okolí domova
- služby

2. Stravování

- výběr z jídel
- struktura a čas podávání jídel
- kultura a forma stravování

3. Kultura a volný čas

- kultura
- sport a pohyb
- duchovní programy
- vzdělávání
- dobrovolnictví
- hobby aktivity
- doprava, asistence mimo domov

4. Partnerství

- komunikace
- zpětná vazba
- individuální přístup

- respektování osobního prostoru a dodržování etických pravidel

5. Péče (sociální, terapeutická, zdravotní)

- sociální péče
- terapeutická péče
- zdravotní péče
- antidekubitní program (prevence vzniku proleženin)
- zajištění zdravotní péče

2.4.3 Popis hodnocených oblastí, perspektiv a subperspektiv

Hodnotící systém je hierarchicky strukturován do 5 oblastí, jejich perspektiv, subperspektiv a kritérií. Každé kritérium má svou bodovou hodnotu. Úkolem certifikátora je během hodnotícího procesu všechna zvolená kritéria obodovat. Seznam všech hodnocených oblastí, perspektiv a subperspektiv (bez bodových hodnot kritérií) je veřejnosti přístupný. Bodové hodnoty jednotlivých kritérií jsou nástrojem certifikátora a předmětem výsledné zprávy pro certifikované zařízení.

V následujícím přehledu je uveden popis jednotlivých subperspektiv v rámci příslušných perspektiv a oblastí.

Čís. Kód	Perspektiva/ subperspektiva	Popis perspektivy, subperspektivy	Popis hodnoty
1.	Ubytování		
1.1	Pokoj	Velikost, výměra pokoje v domově je jedním ze základních ukazatelů kvality života uživatele služby. Plocha, resp. výměra se posuzuje vč. plochy WC, resp. koupelny a vstupní předsíně. ⁶	Pro hodnocení je použit medián. Medián je hodnota, která dělí číselnou řadu podle velikosti na dvě stejné poloviny. Optimum je cca 18 m ² na jednu osobu vč. koupelny a předsíně.
1.1.1	Vstup přes předsíňku	Pro zachování určité míry soukromí uživatele, zajištění klidu a vznik „klidové zóny“, se jeví jako významné, zda vstupní prostor před předsíňkou je opatřen dveřmi, či nikoli. ⁷	Hodnotí se vstup do pokoje, do místnosti, kde uživatel bydlí. Významný vliv má také skutečnost, zda se z chodby

⁶ Při určení této subperspektivy se vycházelo ze statistického zkoumání MPSV za rok 2008 zaměřeného na poskytovatele pobytových sociálních služeb. Výsledné hodnocení se spočítá jako poměr mezi celkovou plochou (pokojů, vč. sociálních zařízení u pokojů a předsíní) a počtem klientů v zařízení.

⁷ Pravidlo 70 % (Vysvětlení pravidel 20 %, 30 %, 50 %, 70 %, resp. 90 %: Pokud při hodnocení dané subperspektivy (SP) dosáhne zařízení, resp. poskytovatel požadované minimální hodnoty 20 až 90 % z celkové kapacity objektu, obdrží od hodnotitele maximální počet bodů, který je možno pro danou SP získat).

			domova vstupuje přímo do pokoje (uživatelova prostoru) či zda je přístup z „hlavní“ chodby domova oddělen předsíňkou s dveřmi. Naplnění definice domova rodinného typu bude hodnoceno jako plný počet bodů.
1.1.2	WC, koupelna, sprcha	Nezbytnou podmínkou základního hygienického komfortu uživatele je sociální zařízení jako součást vybavenosti. Samozřejmě součástí koupelny je sprcha. Zámek dveří musí být odjistitelný zvenku. ⁸	Koupelna s WC na každém pokoji Pokoj pouze s koupelnou/ Pokoj pouze s WC WC s koupelnou pro 2 pokoje s jedním vchodem WC s koupelnou pro 2 pokoje s 2 vchody
1.1.3	Kuchyňská linka, kout	Připravit si, upravit, ohřát jídlo, resp. stravu je základní lidskou potřebou. Naplňuje se mj. potřeba seberealizace uživatele. Součástí kuchyňské linky je dřez. ⁹	Kuchyňka/kuchyňský kout je součástí pokoje. Kuchyňka je ve společenském prostoru.
1.1.4	Madla v koupelně	Základní pomůcka pro podporu mobility uživatele. Hodnotí se výška, dosažitelnost, umístění a použitelnost madel. ¹⁰	Madla v prostoru sprchového koutu Madla na WC
1.1.5	Balkon, terasa	Jsou hodnoceny pouze v bezbariérové úpravě (tzn. výškový rozdíl menší než 2 cm). Bezbariérovost je prioritou hodnocení. Posoudí se, zda jsou balkony a terasy zastřešené a zda se nachází alespoň u 70% kapacity pokojů. Za terasu je považována i plocha, na kterou lze vyjít z přízemního pokoje přímo do terénu.	Balkon/a terasa je součástí pokoje, je zastřešený/á a provedení uživateli nebrání ve výhledu. Balkon/terasa je součástí pokoje a je zastřešený/á. Balkon/terasa je součástí pokoje, není zastřešený/á. Balkon, resp. terasa, je zastřešený prostor společný pro více uživatelů. Balkon/terasa je nezastřešený prostor společný pro více uživatelů.
1.1.6	Přípojka telefonu	Možnost komunikace s okolím je jednou ze základních podmínek kvality života seniora v domově.	Pouze přípojka telefonu Přípojka telefonu i přístroj Možnost interní telefonické komunikace

⁸ Pravidlo 70 %.

⁹ Pravidlo 20 %.

¹⁰ Pravidlo 90 %.

1.1.7	Možnost přístupu na internet	Možnost komunikace s okolím. ¹¹	Zařízení nabízí uživatelům možnost přístupu na počítač s internetem.
			Zařízení nabízí uživatelům připojení na internet na pokoji.
			Připojení na internet nabízí zařízení zdarma
1.1.8	Televizor na pokoji, přípojka TV na pokoji, domácí videokanál	Možnost sledování TV je specifickou formou komunikace s okolím, domácí videokanál umožňuje videoprodukcí na každém pokoji. Možnost sledování TV je významná pro osoby trvale upoutané na lůžko. ¹²	TV poskytovatele na pokoji
			Přípojka STA
			Domácí videokanál
1.1.9	Signalizační, dorozumívací zařízení	Signalizační zařízení (bezdrátové či jiné, např. dotykové, či pomocí stisku tlačítka) by mělo umožnit signalizaci uživatele (zvukovou či optickou) směrem k pracovníkovi ve službě a to v případě např. náhlého zhoršení zdravotního stavu. Dorozumívací zařízení musí především sloužit k obousměrné komunikaci. ¹³	Signalizační zařízení
			Dorozumívací zařízení
1.1.10	Připojení el. přístrojů	Možnost připojení el. přístrojů (např. rychlovarná konvice, lednice, fen, mikrovlnná trouba, žehlička a jiné). ¹⁴	Existuje s úhradou
			Existuje bez úhrady
1.1.11	Lednice na pokoji	Slouží k uložení potravin a nápojů uživatelů. ¹⁵	Možnost vybavení pokoje lednicí (z majetku domova).
			Existuje možnost vybavit si pokoj vlastní lednicí.
			Existuje možnost ukládání potravin do ledniček společných.
1.1.12	Vybavení pokoje	Poskytovatel nabízí možnost vybavení polohovatelným (výškově i laterálně) nábytkem, což je jednou ze základních podmínek kvality života uživatele. Každý uživatel, který takto vybavený nábytek potřebuje, má tento od poskytovatele ihned k dispozici. ¹⁶	Židle
			Lůžko
			Křeslo
			Stůl
			Noční stolek
			Skříň šatní/prádelník
			Prostor na uložení lůžkovin
			Skříň prádelní/skříňka na osobní věci/komoda

¹¹ Pravidlo 70 %.

¹² Pravidlo 70 %.

¹³ Pravidlo 90 %.

¹⁴ Pravidlo 70 %.

¹⁵ Pravidlo 70 %.

¹⁶ Pravidlo 70 %.

			Knihovnička (regál)
			Botník
			Věšák, věšáková stěna
1.1.13	Vlastní nábytek (použití vlastního lůžka závisí na zdravotním stavu uživatele)	Možnost vzít si s sebou do domova vlastní nábytek (např. křeslo)	Existuje možnost přinést si vlastní kusy nábytku pro vybavení pokoje.
1.1.14	Předměty pro vybavení pokoje	Možnost vzít si do domova běžné předměty pro vybavení pokoje. ¹⁷	Existuje možnost přinést si vlastní předměty pro vybavení a dekoraci pokoje.
1.1.15	Uzamykatelná skříňka na pokoji, trezorek	Tato možnost se předpokládá již při vybavování domova, ovšem řešení může být i v uzamykatelné skříňce, či stolku, který si uživatel sám do domova přinese.	Existuje možnost využití uzamykatelného trezorku či skříňky na pokoji.
1.1.16	Tří či vícelůžkové pokoje	Tří a vícelůžkové pokoje nemohou být z pohledu značky považovány za preferované, jelikož ubytování na třech a vícelůžkových pokojích není v souladu se současnými trendy zvyšující se kvality pobytových sociálních služeb. ¹⁸	Do 10 % kapacity lůžek na tři a více lůžkových pokojích z celkového počtu lůžek.
			Od 10 % do 19 % kapacity lůžek na tři a více lůžkových pokojích z celkového počtu lůžek.
			Do 30 % kapacity lůžek na tři a více lůžkových pokojích z celkového počtu lůžek.
1.1.17	Počet lůžek, % jednolůžkových pokojů	Počet jednolůžkových pokojů v porovnání s celkovou kapacitou lůžek je ukazatelem kvality bydlení v domově. Jednolůžkové pokoje/kapacita uživatelů.	0,20 až 0,29
			0,30 až 0,39
			0,40 až 0,49
			0,50 a více
1.1.18	Zastínění	Možnost zastínění skleněných ploch je důležitá pro kvalitní odpočinek i ochranu soukromí uživatelů. ¹⁹	Existuje možnost zastínění, zatemnění prosklených ploch v pokojích.
1.1.19	Uspořádání pokojů	Vlastní řešení uspořádání interiéru pokoje je pro uživatele významné.	Uspořádání pokojů není předem dáno, ale uživatel má možnost uspořádání pokoje ovlivnit.
1.1.20	Domácí mazlíček na pokoji	Tato kategorie zahrnuje živočichy (př. pes, kočka), kteří jsou chováni jako domácí mazlíčci. ²⁰	Existuje možnost chovu domácího mazlíčka na pokoji za předpokladu dodržování

¹⁷ V zařízení je běžné, že uživatelé mají na svých pokojích své osobní předměty, mezi které je možno zařadit např.: dekorativní předměty, hodiny, křeslo vč. houpacího, obrazy, květiny, přehoz přes postel apod.

¹⁸ Tří a vícelůžkové pokoje nepatří z pohledu značky kvality mezi preferované. V hodnocení to tedy znamená až minusové body. Dojde k odečtení určitého získaného počtu bodů. Na vícelůžkových pokojích musí být zabezpečeno soukromí uživatelů pomocí zástěn či paravánů.

¹⁹ Pravidlo 90 %.

			pravidel soužití uživatelů.
1.1.21	Apartmánové ubytování	Apartmán je buď jedna místnost, nebo více místností vhodným způsobem propojených, které jsou oddělené od zbytku domova a jsou vybaveny kuchyňským koutem, obývací částí a samostatným sociálním zázemím se sprchou, resp. vanou, a WC.	Domov nabízí nadstandardní ubytování apartmánového typu.
1.1.22	Možnost označení či neoznačení pokojů	Označení/neoznačení pokojů dle přání uživatelů je důležitým orientačním prvkem a označením teritoria uživatele.	Existuje možnost označení či neoznačení pokojů jmény nebo jinými prvky dle přání uživatele.
1.1.23	Možnost regulace teploty na pokojích	Možnost regulovat si teplotu na pokojích podle vlastní tepelné pohody je důležitým znakem kvality služby.	Pokoje jsou vybaveny prvky pro regulaci teploty.
1.2	Společné prostory		
1.2.1	Malé společenské místnosti	Místnost pro setkávání uživatelů služeb, sloužící zejména pro kulturní, společenské a jiné příležitosti	Existence malé společenské místnosti na každých 50 uživatelů.
1.2.2	Velká společenská místnost	V místnosti se může shromáždit minimálně 50 % uživatelů domova. Takto velká místnost je důležitá pro společenské setkávání uživatelů na akcích, jako jsou koncerty, plesy, divadelní vystoupení a další kulturní aktivity.	Zařízení disponuje místností, kde je možné uspořádat společenskou akci minimálně pro 50 % kapacity zařízení.
1.2.3	Součet všech společenských místností v m ²	Předmětem hodnocení je celková výměra společenských místností v domově na počet uživatelů.	0,7 m ² na uživatele 0,8 m ² na uživatele 0,9 m ² na uživatele 1,0 m ² na uživatele
1.2.4	Místnost, prostor pro kuřáky	Pro nekuřáky je důležitá existence vyhrazeného prostoru pro kuřáky.	V zařízení existuje vyhrazený prostor pro kuřáky. Hodnotí se existence uzavřené místnosti nebo vyhrazeného venkovního zastřešeného prostoru se sedacím nábytkem.
1.2.5	Menší jídelny	Stravování je umožněno v jiných místech než pokoj a velká jídelna. ²¹	Kromě centrální jídelny je alespoň ještě jedna jídelna na každých 50 uživatelů. V případě zařízení s kapacitou do 30 uživatelů se hodnotí plným počtem bodů.
1.2.6	Bezbariérovost	Bezbariérovost je důležité kritérium, které ovlivňuje soběstačnost klientů. ²²	Pokoje Společné prostory

²⁰ S využitím platné právní úpravy, zejména občanského zákoníku (mj. § 709 a n, obč. zákoníku) je možno považovat chov drobného zvířectva za realizovatelný a akceptovatelný, ovšem za dodržení určitých podmínek ze strany poskytovatele, respektu ke spolubydlícím, běžným zvyklostem aj.

²¹ Pro uživatele je důležité mít možnost volby prostoru, kde budou stolovat. Někteří upřednostňují společné stolování, jiní rádi jedí v malé společnosti a někteří naopak v soukromí pokoje.

1.2.7	Madla ve společných prostorách	Pro bezpečný pohyb uživatelů po zařízení je potřebné vybavení chodeb a dalších společných prostor funkčními madly.	Ve společných prostorách a na chodbách existují funkční madla.
1.2.8	Noční osvětlení	Noční osvětlení společných prostor pomáhá uživatelům v orientaci a zvyšuje bezpečí.	V zařízení existuje noční osvětlení.
1.2.9	Vybavení výtahu ²³	Dostupnost tlačítka, označení výtahu, sedátko ve výtahu – toto jsou podstatné prvky bezpečné přepravy výtahem, pro imobilní uživatele je důležité, aby se do výtahu vešlo i lůžko.	Výtah má velikost pro přepravu lůžka (alespoň jeden v zařízení).
			Výtah má sedátko.
			Výtah je vybaven orientačním systémem.
	Ve výtahu je umístěn informační systém o zařízení a jeho aktivitách a službách.		
1.2.10	Optické rozlišení pater	Rozdílné zbarvení interiéru v různých částech domova či jiné prvky rozlišení prospívají lepší orientaci uživatelů v prostoru domova.	Existuje barevné či grafické odlišení jednotlivých částí domova.
1.2.11	Místnost pro praní a sušení prádla	Existence místnosti pro praní a sušení prádla samotnými uživateli.	Zařízení disponuje místností pro praní a sušení prádla, kterou využívají uživatelé.
1.2.12	Společná kuchyňka s pečící troubou	Prostor umožňuje uživatelům, buď individuálně či s podporou pracovníků, realizovat aktivity při ohřevu či přípravě stravy či pečení.	Zařízení má dostupnou společnou kuchyňku vybavenou pečící troubou.
1.2.13	Nouzové osvětlení	Nouzové osvětlení nahrazuje v době výpadku dodávky energie běžné osvětlení, je napájeno z náhradního zdroje, umožňuje nouzový provoz služby.	Poskytovatel disponuje nouzovým osvětlením v zařízení.
1.2.14	Velká koupelna pro koupání ve vaně a hygienu osob se ztrátou mobility	Velká koupelna vybavená vanou se zvedákem, sprchovacím lůžkem, bidetem, prostornou sprchou umožňuje uživatelům větší komfort hygieny než malé koupelny u pokojů. Umožňuje i snadnou hygienu osob se ztrátou mobility.	Zařízení disponuje velkou koupelnou vybavenou výškově nastavitelnou vanou se zvedákem, sprchovacím lůžkem, bidetem, prostornou sprchou a používá se pouze pro účely hygieny uživatelů.
			Zařízení disponuje velkou koupelnou vybavenou pouze stacionární vanou/prostornou sprchou a užívá se pouze pro hygienu uživatelů.
			Vybavení bidetem

²² Pravidlo 90 % se vztahuje na pokoje, bariérou se rozumí výškový rozdíl 2 cm.

²³ V případě existence plošiny u jednopodlažních objektů nebo neexistence výtahu u přízemních budov hodnotitel přizná plný počet bodů.

1.3	Objekt		
1.3.1	Orientační / informační systém	Informační systém v domově zajišťuje dostatečnou míru orientace pro uživatele i návštěvy.	V celém zařízení (u vstupu a v jednotlivých podlažích) existuje informační a orientační systém. Orientační/informační systém se nachází pouze u vstupu do budovy
1.3.2	Hostinské pokoje	Možnost nabídnout rodinným příslušníkům uživatelů v zařízení přenocovat podporuje sociální vazby a začleňování uživatelů.	Zařízení nabízí možnost přenocování pro návštěvy.
1.3.3	Bazén (whirlpool)	Bazén určený pro rehabilitaci či plavání.	Zařízení disponuje bazénem.
1.3.4	Prostor pro duchovní programy (kaple)	Prostor pro realizaci duchovních programů, mší, příp. posledních rozloučení při úmrtí uživatele služby.	Zařízení disponuje prostorem pro duchovní programy.
1.3.5	Otevřenost objektu	Otevřenost objektu je důležitá pro prevenci pocitu izolovanosti uživatele služeb.	Existuje propojení exteriéru s okolní městskou zástavbou. Zařízení má neomezené návštěvní hodiny.
1.3.6	Příjemné prostředí	Hodnotí se intenzita denního osvětlení, forma osvětlení společných či soukromých prostor a další faktory, např. zápach či absence zápachu aj.	Prosvětlenost působí: Pozitivně Neutrálně Negativně Vůně, pachy působí: Pozitivně Neutrálně Negativně Dojem z prostředí: Pozitivní Neutrální Negativní
1.3.7	Zeleň v interiéru domova	Hraje nezastupitelnou roli nejen dekorativní, ale podporuje a dotváří životní prostředí domova.	Dostatečné vybavení pokojovými květinami Částečné vybavení pokojovými květinami Nedostatečné vybavení
1.3.8	Čistota prostředí domova	Uklizené a čisté prostory domova působí příjemně na uživatele i návštěvy.	Zařízení působí: Čistě mírně neuklizeně Neuklizeně
1.3.9	Barevnost prostředí domova	Užití barev v interiéru domova navozuje příjemné pocity, více připomíná domácí prostředí.	Dostatečná Částečná Nedostatečná

1.3.10	Kuchyňský, prádelenský provoz a další provozy např. výtah a jejich vliv na uživatele	Hodnotí se hluk a pachy. ²⁴	Provoz nenarušuje pohodlí a klid uživatelů. Provoz částečně ruší pohodlí a klid uživatelů. Provoz silně narušuje pohodlí a klid uživatelů.
1.3.11	Vybavení objektu EPS (elektrická požární signalizace)	Vybavení objektu elektrickou požární signalizací je důležitým prvkem bezpečnosti uživatelů.	Zařízení je vybaveno EPS pouze ve společných prostorách. Zařízení je vybaveno EPS ve společných prostorách i na pokojích uživatelů.
1.3.12	Vybavení zařízení recepcí	Recepce je důležitým prvkem kvality života v zařízení, má funkci orientační, komunikační i ochrannou	Zařízení je vybaveno recepcí s obsluhou.
1.4	Okolí domova		
1.4.1	Vybavení nejbližšího okolí domova	Vybavení nejbližšího okolí domova je významným znakem kvality života v zařízení. ²⁵	Hodnocené prvky: lavičky, altán či jiné zastíněné plochy, zázemí pro grilování, zázemí pro zvířata (zookoutek se zvířaty), vodní prvek.
1.4.2	Park, zahrada	Běžně dostupné pro uživatele.	Zařízení disponuje dostupným parkem a zahradou nebo je má v bezprostřední blízkosti k dispozici.
1.4.3	Parkování	Existence min. 1 parkovacího místa na 10 uživatelů do 300 m od domova	Zařízení disponuje min. 1 parkovacím místem na 10 uživatelů.
1.4.4	Návaznost na místní (veřejnou) dopravu	Autobus, vlak, tramvaj...	Dostupnost zastávky do 200 m, v případě delší vzdálenosti zařízení kompenzuje zajištěním vlastní dopravy.
1.4.5	Navigace k domovu z okolí	V obci existuje informačně navigační značení, které zavede uživatele i návštěvy k zařízení.	Existuje navigační značení v obci.

²⁴ Pach je intenzivní a obtěžující čichový vjem, který vyvolává nelibé pocity.

²⁵ Venkovní vybavení domova slouží pro využití např. ke sportovním a kulturně společenským aktivitám, k posezení venku. Prostor je vybaven např. altánem či terasou a přirozené přírodní, či umělé architektonické prvky vnějšího prostředí odpovídají cílové skupině uživatelů (např. se jedná o pěší komunikace, pěšinky, cestičky, vyjížďkové či vycházkové trasy ze zámkové dlažby, či v jiném, bezpečném provedení aj...). Vybavení exteriéru domova by mělo umožnit uživatelům služeb aktivní, ale i pasivní formy odpočinku v kterékoli roční době, což je možné zajistit např. zimními zahradami, dále dostatečným počtem laviček v exteriéru. Podstatná je existence a četnost exteriérových zájmových aktivit (pétanque, ruské kuželky, šachy, zázemí pro zvířata, zázemí např. pro grilování venku...) Hodnotitel posoudí a ohodnotí samostatně jednotlivé prvky.

1.5	Služby		
1.5.1	Kavárna, cukrárna	Prostor, ve kterém se mohou uživatelé setkávat, přijímat návštěvy, trávit volný čas, objednat a konzumovat oblíbené potraviny či nápoje dle své vlastní volby a setkávat se s veřejností.	Zařízení disponuje kavárnou/cukrárnou.
1.5.2	Kadeřnictví	Prostor, ve kterém v zařízení poskytuje kadeřnice, resp. holička, služby, případně jen kadeřnice dochází a poskytuje služby bez určeného prostoru.	Zařízení disponuje kadeřnictvím. Do zařízení pouze dochází kadeřnice.
1.5.3	Manikúra, pedikúra	Prostor, ve kterém v zařízení poskytuje pedikérka/manikérka služby, případně jen dochází do zařízení a služby poskytuje bez určeného prostoru.	Zařízení disponuje místností pro pedikúru a nabízí nebo zprostředkovává možnost pedikérních a manikérních služeb. Do zařízení dochází pedikérka, manikérka, ale není pro tuto činnost vybavená místnost
1.5.4	Zubní ordinace	Zařízení nabízí služby zubního lékaře v místě a disponuje samostatnou místností pro to určenou.	Zařízení nabízí služby zubního lékaře v místě.
1.5.5	Ordinace lékaře	Ordinace lékaře v zařízení zvyšuje pro uživatele dostupnost lékařů. ²⁶	Existuje v zařízení ordinace lékaře.
1.5.6	Úklid pokoje	Čistota a kvalita úklidu je podstatným znakem kvality bydlení.	Vyhovující Částečně vyhovující Nevyhovující
1.5.7	Vedení depozitního účtu	Možnost využití služeb od daného zařízení. Jedná se o uložení nebo úschovu finančních prostředků a cenností na vnitřních depozitních účtech a v trezoru zařízení.	Zařízení nabízí uložení finančních prostředků na vnitřních depozitních účtech. Zařízení nabízí úschovu finančních prostředků a cenností v trezoru.
1.5.8	Drobné opravy v zařízení (vlastními pracovníky)	Jak rychle a kvalitně je schopen poskytovatel drobné opravy zajistit.	Drobné opravy zařízení poskytuje v přiměřené době druhu opravy, např. výměna žárovky – 1 den, opravy prádla – 10 dnů, atd.
1.5.9	Obchod	Možnost nákupu (hygiena, potraviny a další) v objektu zařízení či do 100 m od zařízení.	Zařízení disponuje možností nákupu přímo v zařízení či do 100 m od zařízení.

²⁶ Vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky č. 207/1992 Sb., o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení; § 62 odst. 3 písm. b) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (úplné znění s působností pro Českou republiku č. 86/1992 Sb.).

Čís. kód	Perspektiva/ subperspektiva	Popis perspektivy, subperspektivy	Popis hodnoty
2.	Stravování		
2.1	Výběr z jídel		
2.1.1	Výběr z více jídel	Výběr z více jídel s sebou nese významný prvek posilování vlastní vůle uživatele služby. Dieta není výběr - nemyslíme variantu jídla. Výběr se vztahuje pouze na běžnou stravu, nikoliv na dietní. Výběr z jídel je možný alespoň 5 dní v týdnu.	Snídaně Obědy Večeře
2.1.2	Nabídka stravování pro vegetariány	Zařízení bere ohled na životní styl a stravovací návyky uživatelů. ²⁷	Zařízení nabízí alternativu vegetariánské stravy.
2.1.3	Nabídka dietní stravy	Zařízení zajišťuje diety dle jednotného dietního systému pod supervizí nutričního terapeuta.	Poskytuje 1 dietu. Poskytuje 2 diety. Poskytuje 3 a více diet.
2.1.4	Nevyužívání stravovacích služeb	Možnost nevyužívat stravovacích služeb.	Poskytovatel umožňuje uživatelům nevyužívat stravovacích služeb.
2.1.5	Nabídka nápojů	Jedná se o výběr z teplých a studených nápojů běžně podávaných k jídlu (např. voda, min. voda, čaj, káva, limo, mléko, džus, pivo, víno aj.)	3 nápoje 4 nápoje 5 a více nápojů
2.1.6	Počet studených, resp. teplých, večeří týdně	Studená kuchyně, resp. obecně studená večeře je běžnou možností zajištění stravování uživatelů služeb, ale měla by být doplňována teplým jídlem.	Nabídka minimálně 3 teplých večeří v týdnu.
2.1.7	Zajištění nutriční péče	Zařízení konzultuje a vytváří strukturu potravy ve spolupráci s nutričním terapeutem. ²⁸	Poskytovatel má zajištěno.
2.1.8	Pestrost stravy	Pestrost stravy je znakem kvality, stejná jídla by se neměla často opakovat	Poskytovatel obměňuje jídelníčky, hlavní jídlo se neopakuje dříve než za 4 týdny.
2.1.9	Dostupnost nutričních přípravků pro osoby, které nepřijímají běžnou stravu	Nutriční přípravky jsou důležité pro výživu osob, které nemohou přijímat běžnou stravu.	Poskytovatel nabízí těmto osobám alternativní výživu pomocí nutričních přípravků.
2.1.10	Nabídka úpravy hrubosti stravy mletím, mixováním, pro osoby, které mají problém s přijímáním celé potravy	Pro uživatele s problémy s kousáním a příjmem celých kusů potravy je významná nabídka úpravy hrubosti potravy.	Zařízení nabízí uživatelům úpravu hrubosti stravy mletím či mixováním.

²⁷ Pro přípravu vegetariánských jídel lze použít širokou paletu produktů a tato jídla jsou chutná, lákavá a zdravá. Vegetariáni nejedí maso, ryby a drůbež. Ti, kteří konzumují mléčné výrobky a vajíčka jsou označováni jako lakto-ovo vegetariáni. Vegani (přísní vegetariáni) nejedí maso, ryby, drůbež, vajíčka ani mléčné výrobky.

²⁸ Malnutrice je označení pro takový dlouhodobý stav výživy pacienta, který nepokrývá všechny jeho potřeby (příjem potravy je nedostatečný, přílišný nebo nevyvážený). Deficit se může týkat jen některých složek potravy.

2.2	Struktura a čas podávání jídel		
2.2.1	Počet jídel během dne	Snídaně, svačiny, oběd a večeře	Nabídka 4 jídel Nabídka 5 jídel Nabídka 6 a více jídel
2.2.2	Časová flexibilita výdeje jídel	Časová flexibilita znamená, že si může uživatel zvolit odběr jídla v časovém rámci.	Zařízení nabízí odběr jídla v rámci 1,5 hodinového rozpětí u nejméně 2 jídel.
2.2.3	Výběr místa konzumace	Uživatel si svobodně volí místo konzumace stravy (centrální jídelna, malá jídelna, pokoj aj.).	Poskytovatel respektuje svobodnou volbu místa konzumace stravy.
2.3	Kultura a forma stravování		
2.3.1	Prostírání stolu, ubrusy, kořenky, příbory, ubrousky	Estetická stránka stravování ovlivňuje celkovou kulturu stravování. ²⁹	Plně vyhovuje Částečně vyhovuje Zcela nevyhovuje
2.3.2	Čistota prostředí, nádobí, příborů	Estetická stránka stravování ovlivňuje celkovou kulturu stravování. Subjektivní hodnocení	Plně vyhovuje Nepatrné nedostatky Částečně vyhovuje Větší nedostatky Zcela nevyhovuje
2.3.3	Výzdoba prostor pro stravování	Subjektivní hodnocení	Plně vyhovuje Částečně vyhovuje Nevyhovuje
2.3.4	Obsluha – servírování	Uživatel má možnost využít nabídku servírování jídla ke stolu.	Zařízení nabízí servírování jídel a nápojů.
2.3.5	Kultura podávání stravy na lůžku, na pokoji uživatele, v malých jídelnách	Kultura a estetika podávání stravy je podstatná pro kvalitu života uživatele.	Zařízení dbá na kulturu a estetiku podávání stravy i mimo centrální jídelnu.

Čís. kód	Perspektiva/ subperspektiva	Popis perspektivy, subperspektivy	Popis hodnoty
3.	Kultura a volný čas		
3.1	Kultura		
3.1.1	Kulturní a společenské akce odpovídající cílové skupině	Uživatelé mají možnost výběru z nabídky kulturních a společenských aktivizačních programů podle svých potřeb a zaměření.	Zařízení nabízí minimálně 1x týdně 1 kulturní nebo společenskou akci. Zařízení nabízí minimálně 1x za 14 dnů 1 kulturní nebo společenskou akci.
3.1.2	Informovanost uživatelů o kulturních a společenských akcích a umožnění účasti na nich	Uživatelé jsou pravidelně informováni o konání kulturních a společenských akcích a poskytovatel uživatelům umožňuje se těchto akcí účastnit.	Uživatelé jsou informováni o akcích v zařízení. Uživatelé jsou poskytovatelem podporováni, aby se mohli akcí účastnit.

²⁹ Tato subperspektiva podléhá subjektivnímu hodnocení certifikátora a uživatele.

3.1.3	Domov nabízí návštěvy kulturních a společenských akcí mimo domov	Uživatelé mají možnost využít zprostředkované nabídky akcí konaných mimo domov. Nabídka obsahuje i doprovod či dopravu na jednotlivé akce.	Zařízení nabízí možnost pravidelných návštěv kulturních a společenských akcí mimo domov včetně doprovodu a dopravy.
3.1.4	Možnost zapůjčení knih	Uživatelé mají možnost výpůjčky knih z knihovny domova či z veřejné knihovny. V domově funguje donášková služba pro uživatele s omezenou mobilitou.	Zařízení nabízí možnost půjčování knih a jejich výběr. Existuje aktivní donášková služba.
3.1.5	Promítání filmů	Uživatelé mají možnost navštěvovat filmové produkce v domově.	Zařízení nabízí možnost návštěvy filmových produkcí.
3.1.6	Možnost četby tisku	Uživatelé mají volně k dispozici aktuální periodika.	Zařízení odebírá několik výtisků aktuálních periodik, která jsou k dispozici uživatelům pro individuální i skupinová čtení.
3.1.7	Domov nabízí prostor pro uspořádání rodinných akcí.	Uživatelé mají možnost využít prostor domova pro uspořádání rodinných akcí a oslav.	Zařízení nabízí prostory pro rodinné akce.
3.1.8	Domov nabízí prostor pro vlastní kulturní a společenský život uživatelů	Uživatelé mají možnost využívat prostor domova pro vlastní kulturní, umělecké a společenské aktivity (např. hudební, dramatické, výtvarné a další umělecké aktivity).	Zařízení nabízí prostory pro vlastní kulturní a umělecké aktivity uživatelů.
3.2	Sport a pohyb		
3.2.1	Individuální a skupinové sportovní aktivity (kondiční a relaxační)	Uživatelé mají možnost výběru z nabídky sportovních aktivizačních programů podle svých potřeb a zaměření, které vedou odborní pracovníci.	Zařízení pravidelně nabízí výběr z 3 a více sportovních aktivit.
3.2.2	Domov nabízí prostory pro vlastní sportování uživatelů.	Uživatelé mají možnost využít prostor domova (tělocvičny, jiné prostory) pro vlastní individuální sportování.	Zařízení nabízí uživatelům prostory domova ke sportování.
3.2.3	Výlety	Uživatelé mají možnost výběru z nabídky kratších i celodenních výletů organizovaných poskytovatelem s doprovodem pracovníků.	Zařízení nabízí ročně alespoň 5 výletů. Zařízení nabízí ročně alespoň 2 výlety.
3.3	Duchovní programy		
3.3.1	Nabídka pravidelných bohoslužeb	Uživatelé mají možnost využít pravidelné nabídky (spektra) církví, které vykonávají v domově duchovní aktivity podle potřeby a zájmu uživatelů. Jedná se o mše svaté, zpovědi, svaté přijímání.	Zařízení nabízí zprostředkování a pravidelné konání duchovních aktivit minimálně 1x týdně v zařízení. Zařízení nabízí zprostředkování a pravidelné konání duchovních aktivit min. 2x měsíčně.

3.3.2	Zprostředkování kontaktů na duchovní a individuální pastorační péče	Uživatelé mají možnost využít zprostředkování kontaktů na duchovní a individuální pastorační péče podle svého vyznání a potřeb.	Zařízení nabízí zprostředkování kontaktů na duchovní. Zařízení nabízí zprostředkování individuální pastorační péče.
3.3.3	Nabídka duchovní literatury	Duchovní literatura minimálně v počtu 3 ks je volně dostupná v čítárně, knihovně, příp. na dalších místech v zařízení, pro imobilní funguje donášková služba, případně předčítání.	Zařízení nabízí nabídku duchovní literatury.
3.4.	Vzdělávání		
3.4.1	Pravidelné přednášky, diskusní pořady, besedy, kurzy, výuka jazyků, trénování paměti	Uživatelé mají možnost výběru z nabídky vzdělávacích aktivit a programů organizovaných či zprostředkovaných poskytovatelem.	Zařízení nabízí minimálně 1 vzdělávací aktivitu 1x týdně. Zařízení nabízí minimálně 1 vzdělávací aktivitu 1x za 14 dní.
3.4.2	Výuka PC dovedností	Uživatelé mají možnost účastnit se výuky PC dovedností.	Zařízení nabízí výuku PC dovedností pro uživatele alespoň 2 x za měsíc.
3.5	Dobrovolnictví		
3.5.1	Možnost využít služeb dobrovolníků, vytvoření možností pro uživatele, aby sami mohli poskytovat služby dobrovolníka	Uživatelé mají možnost využít služeb dobrovolných spolupracovníků poskytovatele k různým aktivitám a k sociálnímu kontaktu nebo sami poskytovat dobrovolnictví. Hodnocena je dobrovolnická činnost, která je v zařízení realizována alespoň 10x ročně.	Zařízení nabízí uživatelům dle jejich individuálních potřeb dobrovolné spolupracovníky prostřednictvím agentur nebo, které samo smluvně zajistilo. Zařízení umožňuje uživatelům, aby se sami mohli realizovat coby dobrovolníci. Zařízení má zajištěné dobrovolníky pro více než 10 % svých uživatelů.
3.5.2	Možnost výběru dobrovolníka	Uživatelé mají možnost ovlivnit, iniciovat a měnit výběr dobrovolníka podle svých potřeb.	Zařízení umožňuje uživatelům výběr dobrovolníka dle svých osobních potřeb.
3.5.3	Pravidelné zjišťování spokojenosti uživatelů s dobrovolníky a zprostředkovanými službami	Uživatelé mají možnost se pravidelně účastnit dotazníkových a anketních šetření, týkající se spokojenosti uživatelů s prací dobrovolníků, spektra nabízených služeb, míry využitelnosti služeb zvenčí a dalších oblastí a potřeb uživatelů.	Zařízení provádí minimálně 2x ročně dotazníková a anketní šetření spokojenosti uživatelů.
3.6	Hobby aktivity		
3.6.1	Zařízení disponuje vybavenými prostory pro tvořivé činnosti a hobby aktivity uživatelů	Uživatelé mají možnost využívat prostor domova pro své hobby aktivity.	Zařízení nabízí vybavené hobby prostory uživatelům.

3.6.2	Nabídka pravidelných hobby aktivit	Uživatel má možnost využít nabídky hobby aktivit a tvořivých aktivizačních programů podle svého zaměření a potřeb.	Zařízení nabízí škálu tvořivých aktivit každý pracovní den.
3.6.3	Obměňování aktivizačních programů na základě potřeb uživatelů	Uživatelé mají možnost podílet se na výběru a sestavování aktivizačních programů na základě vlastních potřeb.	Zařízení umožňuje uživatelům aktivně se podílet na sestavování aktivizačních programů, zařízení pružně reaguje nabídkou na potřeby uživatelů.
3.6.4	Aktivity dostupné i imobilním uživatelům	Imobilní uživatelé mají též možnost využívat aktivizační programy a jsou pro ně prováděny i individuální aktivizační činnosti.	Zařízení umožňuje imobilním uživatelům účastnit se aktivizačních programů.
3.6.5	Aktivity se zvířaty	Uživatelé mají možnost využít nabídku aktivit se zvířaty nabízené přímo v zařízení.	Zařízení nabízí aktivity se zvířaty pro potěšení uživatelů (fyzický i optický kontakt se zvířetem).
3.7	Doprava, asistence mimo domov		
3.7.1	Individuální doprovod (asistence) na základě osobních potřeb a přání uživatele vlastními pracovníky i zprostředkovaně jinými poskytovateli či dobrovolníky.	Uživatel má možnost využít individuálně doprovodu (asistence) pracovníka poskytovatele i zprostředkovaně jinými poskytovateli či dobrovolníky.	Zařízení nabízí/zprostředkovává uživatelům individuální doprovod (asistenci) minimálně 1x týdně. Zařízení nabízí/zprostředkovává uživatelům na požádání individuální doprovod (asistenci) kdykoliv.
3.7.2	Zajištění kratších vyjížděk (do 20 km) za různými účely (nákupy, návštěvy původního bydliště, hřbitova atd.)	Uživatel má možnost požádat poskytovatele o zajištění krátkých vyjížděk (do 20 km) na základě vlastních potřeb.	Zařízení nabízí uživatelům pravidelně 1x týdně krátké vyjížděky.
3.7.3	Nabídka dopravy automobilem poskytovatele	Uživatel má možnost individuálně využít nabídky dopravy automobilem poskytovatele na základě svých potřeb.	Zařízení nabízí uživatelům možnost individuální dopravy automobilem poskytovatele.

Čís. kód	Perspektiva/subperspektiva	Popis perspektivy, subperspektivy	Popis hodnoty
4.	Partnerství		
4.1	Komunikace		
4.1.1	Pravidelný zpravodaj organizace	Zpravodaj je informativní magazín o činnosti, působení, službách, událostech apod. v zařízení. Je vydáván minimálně čtvrtletně.	Poskytovatel vydává pravidelný zpravodaj, který je dostupný pro uživatele.
4.1.2	Centrální rozhlasové vysílání	Centrální rozhlasové vysílání je důležité pro informování uživatelů služby o veškerých aktivitách v zařízení, je důležité, aby měl uživatel možnost toto vysílání	Poskytovatel nabízí centrální rozhlasové vysílání s možností vypnutí na jednotlivých pokojích.

		vypnout, pokud nemá zájem jej poslouchat. V případě neexistence CRV je kvalitou i možnost vybavení pokoje rozhlasovým přijímačem poskytovatele.	Poskytovatel nabízí vybavení rozhlasovým přijímačem (v případě absence CRV) na pokoji dle přání uživatele.
4.1.3	Aktuální informace na nástěnkách	Slouží jako jeden ze způsobů informování klientů.	<p>Informace na nástěnkách jsou aktuální, čitelné, srozumitelné.</p> <p>Částečně aktuální a čitelné.</p> <p>Neaktuální, nečitelné.</p>
4.1.4	Pravidelná setkání s vedením (ředitel zařízení a jeho přímí podřízení)	Vedením se rozumí vyšší a střední management, pravidelností alespoň 4x ročně.	Vedení se pravidelně setkává s klienty.
4.1.5	Informovanost uživatele	Poskytování informací uživateli o aktualitách, základních službách, procesech, nabídkách aj. událostech v zařízení. ³⁰ Ověření informovanosti uživatele certifikátorem, je-li informován dostatečně.	<p>Uživatel je informován dostatečně.</p> <p>Uživatel je informován částečně.</p> <p>Uživatel není informován.</p>
4.1.6	Informace zájemcům o službu	Kvalita služby v domovech pro seniory je dána již kvalitou jednání se zájemcem o službu.	Poskytovatel podává informace zájemci o službu domova pro seniory.
4.1.7	Alternativní komunikace	Augmentativní a alternativní komunikace (AAK) se pokouší přechodně nebo trvale kompenzovat projevy poruchy a postižení u osob se závažným postižením řeči, jazyka a psaní. ³¹	<p>Poskytovatel využívá v případě potřeby prvky alternativní komunikace vzdělanými pracovníky a vede záznam.</p> <p>Poskytovatel využívá v případě potřeby prvky alternativní komunikace a vede záznam.</p> <p>Poskytovatel využívá v případě potřeby prvky alternativní komunikace.</p>
4.1.8	Označení zaměstnanců	Čitelné a viditelné označení jednotlivých zaměstnanců poskytovatele je důležité pro usnadnění komunikace a orientace uživatelů.	Pracovníci poskytovatele jsou viditelně označení jménem a pozicí.
4.1.9	Nástěnka s fotografiemi zaměstnanců	Nástěnka s fotografiemi zaměstnanců, jejich jmény, pozicemi a vyznačením, kdo je právě ve službě, usnadňuje uživatelům orientaci, komunikaci a zaručuje vyšší bezpečnost.	Zařízení má pro uživatele na dostupných místech nástěnky s fotografiemi zaměstnanců, (všech zaměstnanců nebo alespoň těch, kteří jsou právě ve službě).

³⁰ Rozsah poskytovaných informací odpovídá rozsahu běžně zveřejňovaných informací o dění v zařízení a nabízených službách.

³¹ **Augmentativní** (z lat. *augmentare* - rozšiřovat) systémy komunikace mají podporovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti. **Alternativní** komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči.

4.2	Zpětná vazba		
4.2.1	Zpětná vazba od uživatelů	Minimálně 2x ročně, různými způsoby (dotazníky, ankety, řízené rozhovory) získává poskytovatel zpětnou vazbu od uživatelů.	Poskytovatel získává pravidelně zpětnou vazbu od uživatelů.
4.2.2	Existence rady/výboru obyvatel, uživatelů	Dobrovolný volený orgán	V domově existuje a je podporována rada uživatelů. V případě kapacity zařízení do 20 uživatelů je hodnoceno, zda dochází k poradám uživatelů.
4.2.3	Schránky důvěry	Schránka důvěry slouží ke zpětné vazbě s uživateli a možnosti stěžovat si. Měla by být dostupná všem uživatelům a umístění by mělo respektovat intimitu a bezpečnost vkládání podnětů a stížností.	Zařízení disponuje schránkami důvěry, každý uživatel o ní ví a má možnost ji bezpečně využít. Imobilní uživatelé jsou též o schránce důvěry informováni a mají možnost schránku důvěry bezpečně využít.
4.2.4	Zjišťování poznatků od rodinných příslušníků	Dotazníky, ankety, rozhovory, setkání pro rodinné přísl. uživatelů 1x ročně – za předpokladu souhlasu uživatele.	Zjišťuje pravidelně zpětnou vazbu od rodinných příslušníků.
4.2.5	Spokojenost klientů	Zjištění spokojenosti a jeho dobré výsledky jsou znakem kvality zařízení (na základě dotazníku pro uživatele část A).	Poskytovatel na základě vyhodnocení dotazníku spokojenosti ZQ může získat 0 – 35 bodů.
4.3	Individuální přístup		
4.3.1	Adaptační proces u nově příchozích uživatelů	Trvá až několik měsíců a je možné jej rozdělit na několik fází: - před nástupem do zařízení, - po nástupu do zařízení (1 až 3 měsíce), - po prvních třech měsících.	Poskytovatel realizuje adaptační proces u nově příchozích a vede o něm písemný záznam: před nástupem po nástupu
4.3.2	Individuální návštěvy ředitele/ředitelky zařízení u uživatelů	Vedení zařízení nezůstává stranou kontaktu s uživateli a naopak je vytvořen systém pro podporu setkávání.	Vedení domova se pravidelně vídá s uživateli minimálně jednou do roka v prostředí jejich pokojů, či bytových jednotek.
4.3.3	Volby denního režimu	Vychází z individuálních potřeb uživatelů služeb.	Vstávání Čas spánku Hygiena Úklid
4.3.4	Výběr pokoje, spolubydlicího během pobytu v zařízení	Výběr pokoje/respektování volby spolubydlicích je důležitým momentem spokojenosti uživatele.	Poskytovatel umožňuje výběr pokoje. Poskytovatel umožňuje dohodu uživatelů o skladbě dvojic, trojic na vícelůžkových pokojích.
4.3.5	Výměna klíčového pracovníka, právo odmítnout pracovníka	Pokud uživateli nevyhovuje vztah s přiděleným klíčovým pracovníkem, má uživatel možnost požádat o jeho výměnu,	Poskytovatel umožňuje výměnu klíčového pracovníka.

		stejně tak má právo odmítnout pracovníka.	Poskytovatel respektuje odmítnutí pracovníka uživatelem.
4.3.6	Individuální rozhovory	Pro spokojenost uživatelů je velmi významný individuální přístup realizovaný formou individuálních rozhovorů ze strany pracovníků.	Pracovníci poskytovatele vedou s uživateli individuální rozhovory alespoň 1x týdně po dobu 15 minut.
4.3.7	Přání a oslavy narozenin	Důležitým znakem osobního respektu uživatele je přání k narozeninám a oslavy narozenin.	Poskytovatel přeje osobně všem uživatelům k jejich narozeninám. Poskytovatel pořádá společné oslavy narozenin.
4.3.8	Pobyt uživatelů venku (v exteriéru)	Pro všechny uživatele je velmi důležité, aby měli možnost návštěvy venkovního prostoru (exteriéru domova). Pobyt venku je pravidelně umožněn dle počasí a přání uživatelů.	Poskytovatel umožňuje všem uživatelům pobyt venku (v exteriéru) minimálně 4x do měsíce po dobu 30 minut (dle počasí a přání uživatelů). Poskytovatel umožňuje všem uživatelům pobyt venku (v exteriéru) minimálně 2x do měsíce po dobu 30 minut (dle počasí a přání uživatelů). Poskytovatel umožňuje všem uživatelům pobyt venku (v exteriéru) minimálně 1x do měsíce po dobu 30 minut (dle počasí a přání uživatelů).
4.4	Respektování osobního prostoru a dodržování etických pravidel		
4.4.1	Vstup do pokoje a zavírání dveří pokoje	Zajištění soukromí uživatele je stěžejním prvkem ovlivňující kvalitu poskytované služby.	Zaměstnanci klepou na dveře, vyčkají, vstoupí a pozdraví uživatele. Zaměstnanci nenechávají samovolně otevřené dveře z pokojů na chodbu.
4.4.2	Zajištění intimity klienta při osobní hygieně, převlékání, ošetrovatelské péči apod.	Je nezbytné při hygieně, převlékání apod. zajistit soukromí uživatele prostřednictvím zavřených vstupních dveří, paravánů, zástěn.	Poskytovatel zajišťuje intimitu při osobní hygieně, převlékání klienta.
4.4.3	Zajištění mlčenlivosti zaměstnanců	Zachovávání mlčenlivosti zaměstnanců o všech údajích i osobních informacích uživatelů.	Poskytovatel má zpracována pravidla zajištění mlčenlivosti zaměstnanců a tato dodržuje.

Čís. kód	Perspektiva/ subperspektiva	Popisy perspektivy, subperspektivy	Popis hodnot
5.	Péče		
5.1	Sociální péče		
5.1.1	Sociální šetření v místě pobytu uživatele	Pro správnou adaptaci uživatele je potřebné úvodní sociální šetření v domácnosti uživatele před nástupem do zařízení.	Poskytovatel provádí sociální šetření před nástupem uživatele do zařízení.
5.1.2	Koeficient pracovníků v přímé péči	Dostatečný počet pracovníků v přímé péči ovlivňuje kvalitu služby. Ke stanovení normativů pro poskytování kvalitní služby bylo využito údajů ze statistické ročenky MPSV za rok 2008. ³²	1:4 a více (pracovníci/uživatelé) Od 1:4 do 1:3 1:3 a méně
5.1.3	Kontrolní systém přímé péče	Pro kvalitu služby je důležitá i pravidelná kontrola přímé péče.	Poskytovatel má zpracován plán kontrol přímé péče jako nástroj zvyšování kvality a tyto provádí.
5.1.4	Komunikace s uživatelem při ošetrovatelském procesu	Znakem kvality je i pravidlo seznámení uživatele s postupy a průběhem jednotlivých ošetrovatelských výkonů.	Zaměstnanci poskytovatele komunikují s uživatelem a seznamují jej s prováděnými úkony. Zaměstnanci částečně komunikují a vysvětlují prováděné úkony.
5.1.5	Počet výkonů osobní hygieny mimo lůžko	Osobní hygiena probíhá dle momentální potřeby klienta a kromě těchto případů je osobní hygiena mimo lůžko prováděna:	1x týdně 2x týdně
5.1.6	Počet výkonů osobní hygieny na lůžku	U klientů upoutaných na lůžko jsou kladeny vyšší nároky na osobní hygienu z důvodu extrémně namáhané pokožky.	Minimálně 1 x denně obličej Minimálně 1 x denně podpaží Minimálně 1 x denně záda Minimálně 3 x denně ruce Minimálně 3 x denně genitálie
5.1.7	Hygiena dutiny ústní a péče o zubní náhradu	Standardem denní hygieny je pravidelná péče o dutinu ústní, zuby, příp. zubní náhradu.	1x denně 2x denně
5.1.8	Používání jednorázových pomůcek při osobní hygieně	Používání jednorázových pomůcek (př. žínky) jsou součástí základních hygienických ukazatelů kvality.	Poskytovatel používá jednorázové pomůcky při osobní hygieně.
5.1.9	Péče o nehty	Je prováděna u uživatelům, kteří již nejsou schopni sami pečovat o nehty.	1x týdně
5.1.10	Péče o kůži	Uživatelé náleží do skupiny nejvíce ohrožené vznikem chronických kožních onemocnění. Kvalitní péče o kůži je součástí preventivních opatření.	Poskytovatel používá speciální přípravky pro zralou a namáhanou pokožku (oleje a masážní emulze).

³² Jedná se o všechny pracovníky v přímé péči kromě zdravotních sester, včetně pracovníků na DPP a DPČ a odborných pracovníků, kteří činnosti dodávají jako službu.

5.1.11	Pomoc při samostatném pohybu ve vnitřním prostoru	Uživatelům s omezenou mobilitou pomoc při pohybu po zařízení velmi zkvalitní život.	Zařízení nabízí uživatelům pomoc při pohybu ve vnitřním prostoru dle potřeb uživatelů kdykoliv.
5.1.12	Pomoc při použití WC	Uživatelům s omezenou mobilitou velmi zkvalitní život pomoc při použití WC.	Zařízení nabízí uživatelům pomoc při použití WC kdykoliv dle potřeb uživatelů.
5.1.13	Bazální stimulace, psychobiografický model prof. E. Böhma	Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb, který je přizpůsoben věku a stavu klienta. Psychobiografický model Prof. E. Böhma je koncept péče orientovaný na biografii jednotlivých klientů s cílem aktivizovat a reaktivizovat jejich psychické schopnosti a dovednosti.	Poskytovatelé aplikují prvky bazální stimulace vzdělanými pracovníky v bazální stimulaci/ Poskytovatelé aplikují psychobiografický model péče o klienta vzdělanými pracovníky. Poskytovatelé aplikují prvky bazální stimulace/ psychobiografický model péče.
5.1.14	Pomoc při příjmu potravy	Uživatelům, kteří mají potíže se samostatným přijímáním potravy, velmi zkvalitní život pomoc zaměstnanců při příjmu potravy.	Zaměstnanci poskytovatele pomáhají uživatelům, kteří tuto pomoc potřebují, s přijímáním potravy.
5.2	Terapeutická péče		
5.2.1	Individuální a skupinové terapie vhodné pro cílovou skupinu	Pro uživatele služby je významné mít možnost dle svých potřeb navštěvovat individuální či skupinové terapie.	Zařízení nabízí: psychoterapii, arteterapii, muzikoterapii, zooterapii, pohybovou terapii.
5.3	Zdravotní péče		
5.3.1	Rehabilitační zdravotní péče	Napomáhá udržovat stávající funkce, navrácí k soběstačnosti a zvyšuje kvalitu života.	Poskytovatel má personální, prostorové a technické vybavení.
5.3.2	Ergoterapie	Nabídka smysluplné práce podporuje tělesné a psychické funkce.	Poskytovatel má personální, prostorové a technické vybavení.
5.3.3	Fyzioterapeut v zařízení	Přítomnost fyzioterapeuta v zařízení vypovídá o kvalitě poskytovaných služeb v zařízení	Poskytovatel má zajištěného fyzioterapeuta na celý/zkrácený pracovní úvazek dle potřeb uživatelů. V zařízení je zajištěna péče fyzioterapeuta prostřednictvím homecare.
5.3.4	Vodoléčba	Vodoléčba významně pomáhá ke zlepšování zdravotních stavů a její existence má vliv na úroveň rehabilitace.	Poskytovatel disponuje provozním a technickým vybavením pro provoz vodoléčby a nabízí službu klientům.
5.3.5	Elektroléčba	Širší vybavení přístroji v elektroléčbě umožňuje zajišťovat služby ve větším rozsahu.	Poskytovatel má další dva přístroje pro aplikaci analgetických elektroléčebných procedur a nabízí službu klientům.

5.4	Antidekubitní program (prevence vzniku proleženin)	Uživatelé náleží do skupiny s vysokým rizikem výskytu dekubitů, proto je potřebné aplikovat veškerá možná preventivní opatření.	
5.4.1	Vybavení	Antidekubitní matrace a podložky jsou stěžejní v rámci systému prevence vzniku dekubitů.	Minimálně 90 % uživatelů trvale upoutaných na lůžko, jejichž zdravotní stav vyžaduje použití těchto pomůcek, má k dispozici antidekubitní podložky/matrace. Uživatelé, kteří pomůcky potřebují, mají k dispozici i další antidekubitní pomůcky pro podkládání částí těla.
5.4.2	Systém prevence dekubitů	Pro uživatele s rizikem vzniku dekubitů je významná podpora prostřednictvím systému prevence dekubitů, který zahrnuje monitoring vzniku a výskytu dekubitů, pravidelné polohování, používání antidekubitních pomůcek pasivních i aktivních, v případě výskytu včas zahájená léčba.	Zařízení má zaveden systém prevence dekubitů.
5.5	Zajištění zdravotní péče		
5.5.1	Podpora uživatelů při zajištění praktického lékaře	Podpora uživatelů při výběru a zajištění praktického lékaře, u kterého se může uživatel registrovat po přestěhování se do pobytového zařízení, je významná.	Zařízení podporuje uživatele při výběru a zajištění svého praktického lékaře.
5.5.2	Zajištění služeb odborných lékařů (např. psychiatr, RHB, neurolog, ortoped, geriatr)	Zajištění nabídky služeb lékařské péče ambulantních specialistů.	Poskytovatel zajišťuje nabídku služeb alespoň 1 specialisty. Poskytovatel zajišťuje nabídku služeb alespoň 2 specialistů. Poskytovatel zajišťuje nabídku služeb 3 a více specialistů.
5.5.3	Podpora uživatelů při výběru zdravotní pojišťovny a respektování výběru	Pro uživatele je významné, aby mohl setrvat u své zdravotní pojišťovny po přestěhování do pobytového zařízení a aby mu byla poskytnuta podpora při případné změně pojišťovny.	Zařízení podporuje uživatele při výběru zdravotní pojišťovny a respektuje jejich volbu.
5.5.4	Prevence pádů	Uživatelům ve vyšším věku a s úbytkem mobility hrozí riziko pádů.	Zařízení má zaveden systém prevence pádů.
5.5.5	Sledování a podpora pitného režimu u osob s rizikem dehydratace	Někteří uživatelé pro své zdravotní postižení nemohou vědomě řídit svůj pitný režim a potřebují podporu poskytovatele.	Zařízení sleduje a podporuje pitný režim u osob, jejichž zdravotní stav vyžaduje podporu pitného režimu.

5.5.6	Sledování a podpora přijímání potravy u osob s rizikem malnutrice	Někteří uživatelé pro své zdravotní postavení nemohou vědomě řídit svůj příjem potravy a potřebují podporu poskytovatele.	Zařízení sleduje a podporuje optimální příjem potravy u osob s rizikem malnutrice.
5.5.7	Kontrolní systém ošetřovatelského procesu	Pravidelná kontrola provádění ošetřovatelských výkonů pomáhá při zkvalitňování ošetřovatelského procesu.	Poskytovatel zajišťuje pravidelnou kontrolu ošetřovatelského procesu (včetně záznamu z kontrol a aplikace kontrolních opatření).

Čís. kód	Název bonusu	Popis bonusu	Popis hodnocení
6.	Bonusy		
6.1	Model E-Qalin v zařízení	E-Qalin je evropský model měření a zvyšování kvality vytvořený speciálně pro domovy pro seniory.	V zařízení byli proškoleni 2 procesní manažeři a probíhá/proběhl proces zavádění modelu E-Qalin do zařízení.
6.2	Jiné modely měření a zvyšování kvality	Další dostupné modely měření a zvyšování kvality: ISO, CAF, EFQM.	Zařízení má zavedeny další modely měření a zvyšování kvality.
6.3	Ochrana životního prostředí	Jedním z ukazatelů kvality je uplatňování a udržování systému environmentálního managementu.	Zařízení má zaveden systém ISO 14001 nebo EMAS.

2.5 Metodika hodnocení

Metodika hodnocení v rámci systému *Značka kvality v sociálních službách* detailně představuje způsob a formu hodnocení jednotlivých subperspektiv včetně přiřazení příslušného počtu bodů všem kritériím. Metodika uvádí, jakým způsobem bude ověřeno naplnění jednotlivých kritérií. Výsledkem certifikace zařízení je přiřazení příslušného počtu hvězd.

Metodika hodnocení je součástí rozsáhlého manuálu systému ZQ, který obsahuje veškeré podklady potřebné pro hodnocení. Manuál ZQ slouží hodnotiteli jako pomůcka při certifikaci zařízení. Kromě metodiky hodnocení obsahuje manuál ještě tyto dokumenty: Projekt ZQ, Systém ZQ, Příručka ZQ a Grafický manuál.

2.5.1 Logika hodnocení a systém bodování

Maximální počet dosažených bodů v systému hodnocení je 1000. Navíc je možné získat ještě 20 bonusových bodů. Celkový počet bodů je rozdělen dle váhy hodnocených kritérií v jednotlivých oblastech. Na základě uděleného počtu bodů získává certifikované zařízení příslušný počet hvězd.

Každé hodnocené kritérium má jinou bodovou hodnotu dle důležitosti z pohledu uživatele služby.

Hodnocené oblasti a jejich max. bodová hodnota:

1. **Ubytování** – hodnotí se kvalita bydlení, struktura vybavení pokojů a veškerých společných prostor domova a jeho okolí, poskytované služby apod.
Max. počet dosažených bodů: 235
2. **Stravování** – zde je ověřována nejen kvalita stravy, ale i možnost výběru pokrmů, nápojů a celková kultura a forma stravování. Dále je také hodnocena možnost určení času a místa konzumace jídla apod.
Max. počet dosažených bodů: 185
3. **Kultura a volný čas** – tato oblast hodnotí strukturu společensko-kulturních programů domova, smysluplné trávení volného času seniorů dle jejich potřeb a přání, nabídku sportovních, vzdělávacích, hobby aktivit a duchovních programů, dobrovolnickou činnost v zařízení apod.
Max. počet dosažených bodů: 118
4. **Partnerství** – v této, asi nejdůležitější, oblasti jsou hodnocena kritéria, která odráží míru sebeurčení, soběstačnosti, rozhodování, komunikace a individuálního přístupu k uživatelům.
Max. počet dosažených bodů: 224
5. **Péče** – zde je hodnocena jak sociální, tak ošetrovatelská péče a její jednotlivé elementy.
Max. počet dosažených bodů: 238

K udělování hvězd dochází jednak na základě výsledného hodnocení, jednak na základě dílčích hodnocení v 5 oblastech. Hodnocení je vyjádřeno bodově i procentuálně, s čímž koresponduje škála hvězd od jedné do pěti. Pokud zařízení v hodnocení nedosáhne na bodovou škálu jedné hvězdičky, nelze ohodnotit.

2.5.2 Nástroje hodnocení

- Dotazníky:
 - Dotazník pro uživatele – část A (= dotazník spokojenosti uživatelů)
 - Dotazník pro uživatele – část B (imobilní/mobilní uživatelé/uživatelé, kteří nastoupili v posledním půlroce)
 - Dotazník pro poskytovatele
 - Dotazník pro zaměstnance (zdravotníci/sociální)
 - Dotazník pro rodinné příslušníky

- Přílohy požadované od zařízení (např. jídelní lístky, přehled aktivit,...)
- Osobní dotazování uživatelů, zaměstnanců a poskytovatele v den hodnocení
- Ověřování informací v den hodnocení vlastním pozorováním certifikátora

2.5.3 Podmínky a průběh certifikace

Pro certifikaci v rámci systému *Značka kvality v sociálních službách* je nutné uzavřít smlouvu mezi objednavatelem (domov pro seniory) a správcem systému (APSS ČR). Předmětem smlouvy je stanovení závazných podmínek obou subjektů včetně platebních podmínek certifikace.

Značka kvality v sociálních službách je udělována certifikovanému domovu na období 3 let. Po této době musí daný domov prokázat svoje kvality znovu, aby se mohl prezentovat tímto oceněním po další 3 roky.

Certifikace je časově náročný proces, který zahrnuje ověřování kritérií v samotném zařízení, ověřování příloh dobrovolně poskytnutých vedením domova pro seniory, vyhodnocování všech typů dotazníků, obodování kritérií, přidělení příslušného počtu hvězd, zpracování výsledné zprávy včetně zpětné vazby.

Zjednodušeně lze popsat průběh certifikace po uzavření „Smlouvy o certifikaci“ následujícími kroky:

1. Certifikátor zašle zájemci o certifikaci dotazníky k vyplnění a seznam požadovaných příloh min. 14 dnů před smluveným termínem návštěvy certifikátora v zařízení
2. Poskytovatel zajistí vyplnění následujících dotazníků (vyplněné dotazníky budou zpět zaslány certifikátorovi ještě před termínem osobní návštěvy v zařízení):
 - dotazník pro poskytovatele – vyplní poskytovatel
 - dotazník pro uživatele – část A (dotazník spokojenosti uživatelů) – vyplní 20 % z celkové kapacity uživatelů, přičemž bude zachován poměr muži x ženy v zařízení
 - dotazník pro rodinné příslušníky – vyplní 5 % z celkové kapacity uživatelů, min. 3 dotazníky
3. Poskytovatel připraví následující povinné přílohy (přílohy budou zaslány certifikátorovi před termínem osobní návštěvy nebo budou alespoň k dispozici na místě v den hodnocení):
 - Nabídka či pozvánky na bohoslužby za 1 kalendářní měsíc
 - 3 výtisky Zpravodaje či jiného časopisu v zařízení
 - Jídelníčky za posledních 5 týdnů

- Plán kulturních a společenských akcí
 - Kopie certifikátu, osvědčení o vzdělávání zaměstnance v oblasti alternativní a augmentativní komunikace
 - Záznam, vyhodnocení dotazování uživatelů na zpětnou vazbu ke službě – min. 2x ročně – 2 výstupy za jeden kalendářní rok, případně metodika
 - Metodika pro adaptační proces
 - Pravidla k zajištění mlčenlivosti
 - Kopie certifikátu, osvědčení o vzdělávání zaměstnance v oblasti bazální stimulace
 - Kopie certifikátu, osvědčení o vzdělávání zaměstnance v oblasti psychobiografického modelu péče (prof. Böhm)
 - Kopie certifikátů, osvědčení k jednotlivým terapiím
 - Metodika systému prevence dekubitů
 - Metodika systému prevence pádů
 - Metodika systému kontrol ošetřovatelského procesu
4. Certifikátor realizuje hodnocení v zařízení ve smluveném termínu:
- dotazování uživatelů s pomocí dotazníků pro uživatele (část B)
 - dotazování zaměstnanců s pomocí dotazníků pro zaměstnance
 - ověřování odpovědí v dotazníku pro poskytovatele na základě vlastního pozorování a dotazování poskytovatele
 - prohlídka zařízení, ověřování povinných příloh
 - zjištění a ověření příkladů dobré praxe
5. Vyhodnocení informací certifikátorem
- vyplnění záznamového archu na základě vyhodnocení všech dotazníků
 - bodování s pomocí Metodiky hodnocení ZQ
 - definování příp. rozporů mezi odpověďmi poskytovatele, uživatelů a zaměstnanců (v případě zjištění nesrovnalostí druhá návštěva certifikátora v zařízení)
 - udělení příslušného počtu hvězd (celkově i dle dílčích oblastí)
6. Zpracování výsledné zprávy certifikátorem – zpráva obsahuje:

- informace o průběhu hodnocení
- výsledky hodnocení – počet dosažených bodů (celkově i dle dílčích oblastí), udělení příslušného počtu hvězd
- seznam doporučení a návrhů na zlepšení

7. Certifikace zařízení:

- zpracování písemných certifikátů (celkové i dílčí hodnocení, celkem 6 výtisků)
- dle přání certifikovaného zařízení zpracování zlaté cedulky a stříbrných cedulek
- zveřejnění výsledku hodnocení na webových stránkách ZQ

2.6 Aplikace systému *Značka kvality v sociálních službách* do islandského prostředí

Externí systém hodnocení kvality v domovech pro seniory v České republice *Značka kvality v sociálních službách* byl představen islandským expertům v rámci studijní cesty českých odborníků na Island v srpnu 2011. V rámci workshopů byli islandští odborníci seznámeni s teoretickými základy,



předpoklady a specifiky systému. Všechny potřebné podklady k certifikaci byly přeloženy do anglického jazyka a předány islandským účastníkům workshopů. Následně proběhla i praktická ukázka certifikace ve 3 vybraných islandských domovech pro seniory: Hrafnista Kópavogur, Sóltún Nursing home a Skógarbær.

Na certifikaci islandských domovů se podílel celý český tým odborníků, mezi něž patří 4 certifikátoři systému, 1 člen pracovní skupiny, která stála u vzniku systému v ČR, a 2 externí odborníci.

Certifikace je proces zahrnující několik samostatných fází. Aby byla pravidla certifikace plně dodržena, hodnocení islandských domovů pro seniory bylo zahájeno již 14 dní před realizací studijní cesty (dle smlouvy o certifikaci zašle hodnotitel zájemci min. 14 dnů před smluveným termínem návštěvy v zařízení potřebné podklady – informace o průběhu certifikace, seznam požadovaných příloh a dotazníky k vyplnění). Úkolem vedení domovů pro seniory bylo zajistit do termínu certifikace v zařízení vyplnění 3 typů dotazníků (dotazník pro poskytovatele, dotazník pro uživatele – část A,

dotazník pro rodinné příslušníky) a připravit požadované přílohy, aby je měl certifikátor v den hodnocení k dispozici.

Celodenní certifikaci domovů pro seniory realizoval pracovní tým českých odborníků. V rámci certifikace bylo potřeba ověřit všech 300 kritérií v rámci 166 subperspektiv, 24 perspektiv a 5 oblastí. Ověřování kritérií proběhlo na základě dotazování uživatelů pomocí dotazníků pro uživatele (část B), dotazování zaměstnanců pomocí dotazníků pro zaměstnance, ověřování správnosti odpovědí v dotazníku pro poskytovatele, vlastního pozorování, kontroly předložených příloh. Komunikace mezi všemi zúčastněnými probíhala výhradně v anglickém jazyce, v případě potřeby se dotazování uživatelů jako jazyková podpora účastnili i anglicky mluvící zaměstnanci. Získané podklady pracovní tým zkompletoval a zaznamenal si předběžné hodnocení jednotlivých domovů do záznamových archů.

Vyhodnocení dotazníků, doplnění a nejasnosti v případě rozporu ve výpovědích dotazovaných byly vyřešeny po realizaci studijní cesty elektronickou komunikací, došlo k obodování všech kritérií s pomocí Metodiky hodnocení ZQ a udělení příslušného počtu hvězd, a to jak celkově, tak dle dílčích oblastí. Závěrem byla zpracována výsledná zpráva, která obsahuje informace o průběhu hodnocení včetně výsledků.

Výsledky hodnocení byly zástupcům domovů pro seniory podrobně přiblíženy a vysvětleny na workshopu konaném v rámci zářijové studijní cesty islandských odborníků do ČR. Došlo rovněž ke slavnostnímu předání certifikátů **Značky kvality v sociálních službách** zástupcům islandských certifikovaných domovů. Dva domovy byly oceněny čtyřmi hvězdami kvality, třetí domov získal v celkovém hodnocení tři hvězdy.



2.6.1 Hrafnista Kópavogur

Celodenní certifikace Značky kvality v sociálních službách proběhla v islandském domově pro seniory *Hrafnista Kópavogur* (Bodaping 5-7, Kópavogur 203, Island) v rámci studijní cesty českých odborníků ve středu 17. srpna 2011. Domov pro seniory s kapacitou 44 uživatelů patří do sítě domovů Hrafnista, která je specifická svým původem a



odkazem. Domovy Hrafnista byly původně založeny pouze pro rybáře a jejich vdovy v důchodu. Dnes již jsou přístupné všem zájemcům bez rozdílu, nicméně tradice a poselství zařízení zůstává i nadále patrné. Život v domově plně podporuje individualitu a soukromí každého uživatele, což se projevuje jak v přístupu personálu, tak v nabídce každodenních aktivit a kulturních či společenských akcí.

2.6.1.1 Výsledky certifikace

Na základě výsledků dotazníkového šetření byla potvrzena vysoká spokojenost uživatelů s životem a péčí v daném zařízení.

Počet dosažených bodů: 24,5 (max. počet dosažených bodů - 27)

Bodové hodnocení: 30 (max. možné bodové hodnocení - 35)

Nejčastější důvody nespokojenosti dle dotazníkových otázek:

- zajištění doprovodu dle přání uživatele
- spokojenost s jídlem
- komunikace mezi pracovníky
- komunikace mezi uživateli

Z dotazování rodinných příslušníků (4 vyplněné dotazníky) také vyplynulo pozitivní hodnocení péče o uživatele. Bylo pouze upozorněno na skutečnost, že imobilní uživatelé nemají možnost účastnit se všech aktivit v zařízení, že pravidelně neprobíhá zjišťování spokojenosti rodinných příslušníků či že si uživatelé nemohou po nástupu do zařízení vybrat svého praktického lékaře.

OBLAST UBYTOVÁNÍ

Potencionály ke zlepšení:

- zajistit TV na pokoj uživatele
- instalace uzamykatelných skříněk na pokoj
- vyhrazení místnosti pro kuřáky
- vyhrazení prostoru pro konání bohoslužeb
- vybavení zařízení recepcí
- možnost vedení depozitního účtu pro uživatele
- zajištění možnosti nákupu základních potřeb a potravin

Výsledek za oblast bydlení: 195 bodů

Přidělený počet hvězd: ****

Potencionální možnost získání vyššího bodového ohodnocení: 213,5 bodů

Potencionální počet hvězd: *****

OBLAST STRAVOVÁNÍ

Potencionály ke zlepšení:

- zvýšení nabídky výběru z více jídel (obědy, večeře)
- zajištění nabídky vegetariánského jídla
- konzultace s nutričním specialistou
- rozšíření nabídky na 5 jídel denně

Výsledek za oblast stravování: 144 bodů

Přidělený počet hvězd: ***

Potencionální možnost získání vyššího bodového ohodnocení: 179 bodů

Potencionální počet hvězd: *****

OBLAST KULTURA A VOLNÝ ČAS

Potencionály ke zlepšení:

- pořádání většího počtu výletů ročně
- využití dobrovolníků

- možnost využít doprovodu ke kratším procházkám

Výsledek za oblast kultura a volný čas: 95 bodů

Přidělený počet hvězd: ****

Potencionální možnost získání vyššího bodového ohodnocení: 109 bodů

Potencionální počet hvězd: *****

OBLAST PARTNERSTVÍ

Potencionály ke zlepšení:

- nástěnka s fotografiemi zaměstnanců
- zjišťování zpětné vazby od uživatelů
- zjišťování zpětné vazby od rodinných příslušníků
- ustanovení výboru obyvatel

Výsledek za oblast partnerství: 188 bodů

Přidělený počet hvězd: ****

Potencionální možnost získání vyššího bodového ohodnocení: 207 bodů

Potencionální počet hvězd: *****

OBLAST PÉČE

Potencionály ke zlepšení:

- zajištění bazální stimulace
- výběr praktického lékaře
- zajištění kontrolního systému ošetřovatelského procesu

Výsledek za oblast péče: 201 bodů

Přidělený počet hvězd: ****

Potencionální možnost získání vyššího bodového ohodnocení: 225 bodů

Potencionální počet hvězd: *****

CELKOVÝ POČET BODŮ: 828 (900 - hranice ***)**

POČET PŘIDĚLENÝCH HVĚZD: ****
 POTENICONÁLNÍ POČET BODŮ: 933,5
 POTENCIONÁLNÍ POČET PŘIDĚLENÝCH HVĚZD: *****

2.6.2 Sóltún Nursing home ****

Certifikace zařízení proběhla po workshopu, na němž byl představen systém *Značka kvality v sociálních službách*, hned první den studijní cesty, tedy 15. srpna 2011. Domov *Sóltún* (Soltúni 2, Reykjavík 112) s kapacitou 92 uživatelů je moderní zařízení specifické svým



uspořádáním bydlení ve 12 „domácnostech“, které poskytuje uživatelsky orientovanou péči s domácí atmosférou.

Domov je vybaven řadou vysoce kvalitních technologií. Patří mezi ně velmi sofistikovaný a přitom tichý signalizační systém poskytující personálu veškeré potřebné informace o uživatelích, jejich aktuálním stavu, pohybu a potřebách; informace ze systému jsou zaznamenávány a vyhodnocovány v počítačích. Postele uživatelů jsou velmi dobře technicky vybavené, pokoje jsou vybaveny také zvedáky a dopravníky imobilních klientů. Systém mikrofónů, kamer a monitorů umožňuje přenos kulturních a společenských událostí ze společných prostor na pokoje uživatelů, kteří se jich kvůli své zdravotní situaci nemohou osobně účastnit.

2.6.2.1 Výsledky certifikace

Na základě výsledků dotazníkového šetření byla potvrzena maximální spokojenost uživatelů s životem a péčí v daném zařízení.

Počet dosažených bodů: 26,06 (max. počet dosažených bodů - 27)

Bodové hodnocení: 35 (= max. možné bodové hodnocení)

Z 9 vyplněných dotazníků bylo možné vyčíst pouze několik důvodů nespokojenosti uživatelů: struktura jídel, atmosféra mezi zaměstnanci.

Z dotazování rodinných příslušníků (4 vyplněné dotazníky) vyplynulo převážně pozitivní hodnocení péče o uživatele. Negativní odpovědi se týkaly především neinformovanosti uživatelů o všech akcích v zařízení a možnosti použití schránky důvěry.

OBLAST UBYTOVÁNÍ

Potencionály ke zlepšení:

- zajistit TV na pokoj uživatele
- připojení k internetu pro uživatele
- instalace ledniček na pokoj
- noční stolky na pokojích
- nedostatečný orientační systém v zařízení
- více zeleně na chodbách
- zajištění externího navigačního systému k zařízení

Výsledek za oblast bydlení: 204 bodů

Přidělený počet hvězd: ****

Potencionální možnost získání vyššího bodového ohodnocení: 220 bodů

Potencionální počet hvězd: *****

OBLAST STRAVOVÁNÍ

Potencionály ke zlepšení:

- zvýšení nabídky výběru z více jídel (obědy, večeře)
- zajištění nabídky dietních jídel
- umožnění nevyužívat stravovacích služeb

Výsledek za oblast stravování: 153 bodů

Přidělený počet hvězd: ****

Potencionální možnost získání vyššího bodového ohodnocení: 179 bodů

Potencionální počet hvězd: *****

OBLAST KULTURA A VOLNÝ ČAS

Potencionály ke zlepšení:

- využívání služebního auta pro různé účely
- zajištění zpětné vazby od dobrovolníků

Výsledek za oblast kultura a volný čas: 104 bodů

Přidělený počet hvězd: ****

Potencionální možnost získání vyššího bodového ohodnocení: 114 bodů

Potencionální počet hvězd: *****

OBLAST PARTNERSTVÍ

Potencionály ke zlepšení:

- instalace schránky důvěry do zařízení
- zjišťování zpětné vazby od uživatelů min. 2x ročně
- adaptační systém před nástupem uživatele do zařízení

Výsledek za oblast partnerství: 199 bodů

Přidělený počet hvězd: ****

Potencionální možnost získání vyššího bodového ohodnocení: 217 bodů

Potencionální počet hvězd: *****

OBLAST PÉČE

Potencionály ke zlepšení:

- výběr praktického lékaře

Výsledek za oblast péče: 216 bodů

Přidělený počet hvězd: *****

Potencionální možnost získání vyššího bodového ohodnocení: 224 bodů

Potencionální počet hvězd: *****

CELKOVÝ POČET BODŮ: 886 (900 - hranice *****)

POČET PŘIDĚLENÝCH HVĚZD: ****

POTENICONÁLNÍ POČET BODŮ: 954

POTENCIONÁLNÍ POČET PŘIDĚLENÝCH HVĚZD: *****

2.6.3 Skógarbær ***

V Domově *Skógarbær* (Árskógar 2, Reykjavík) proběhla certifikace na místě ve čtvrtek 18. srpna 2011. Kapacita domova je 109 uživatelů.



2.6.3.1 Výsledky certifikace

Z výsledků dotazníkového šetření (8 vyplněných dotazníků) vyplývá mírná nespokojenost uživatelů v následujících oblastech:

- spokojenost s jídlem
- úklid pokojů
- spokojenost s přístupem zaměstnanců (provádění ošetrovatelských úkonů)
- dostatek soukromí
- atmosféra a komunikace mezi některými zaměstnanci (i uživateli)

Počet dosažených bodů: 22,06 (max. počet dosažených bodů - 27)

Bodové hodnocení: 20 (max. možné bodové hodnocení - 35)

OBLAST UBYTOVÁNÍ

Potencionály ke zlepšení:

- připojení k internetu na pokoje uživatelů
- TV na pokoj uživatelů
- instalace uzamykatelných skříněk na pokoj

- možnost zastínění na pokojích
- optické rozlišení chodeb
- zajistit zastřešení balkónů
- hostinské pokoje
- zajištění možnosti nákupu

Výsledek za oblast bydlení: 162,25 bodů

Přidělený počet hvězd: ***

Potencionální možnost získání vyššího bodového ohodnocení: 185,25 bodů

Potencionální počet hvězd: ***

OBLAST STRAVOVÁNÍ

Potencionály ke zlepšení:

- zvýšení nabídky výběru z více jídel (obědy, večeře)
- zajištění nabídky vegetariánského jídla
- možnost nevyužívat stravovacích služeb
- časová flexibilita jídel

Výsledek za oblast stravování: 148 bodů

Přidělený počet hvězd: ***

Potencionální možnost získání vyššího bodového ohodnocení: 179 bodů

Potencionální počet hvězd: *****

OBLAST KULTURA A VOLNÝ ČAS

Potencionály ke zlepšení:

- pořádání většího počtu výletů ročně
- zajištění duchovních aktivit
- možnost využít doprovodu ke kratším procházkám

Výsledek za oblast kultura a volný čas: 69 bodů

Přidělený počet hvězd: **

Potencionální možnost získání vyššího bodového ohodnocení: 82 bodů

Potencionální počet hvězd: ***

OBLAST PARTNERSTVÍ

Potencionály ke zlepšení:

- vydávání pravidelného zpravodaje (časopisu) organizace
- setkávání s managementem/ředitelem zařízení
- používání alternativní komunikace
- instalace nástěnky s fotografiemi zaměstnanců ve službě
- zjišťování zpětné vazby od uživatelů a rodinných příslušníků
- ustanovení rady/výboru obyvatel

Výsledek za oblast partnerství: 156 bodů

Přidělený počet hvězd: ***

Potencionální možnost získání vyššího bodového ohodnocení: 190 bodů

Potencionální počet hvězd: ****

OBLAST PÉČE

Potencionály ke zlepšení:

- nabídka individuálních a skupinových terapií
- zajištění kontrolního systému ošetrovatelského procesu
- ergoterapie v zařízení

Výsledek za oblast péče: 166 bodů

Přidělený počet hvězd: ***

Potencionální možnost získání vyššího bodového ohodnocení: 195 bodů

Potencionální počet hvězd: ****

CELKOVÝ POČET BODŮ: 706,25 (800 - hranice *****)

POČET PŘIDĚLENÝCH HVĚZD: ***

POTENICONÁLNÍ POČET BODŮ: 831,25

POTENCIONÁLNÍ POČET PŘIDĚLENÝCH HVĚZD: ****

3 Systém pro hodnocení interRAI

Při studijní cestě českých expertů na Island a posléze islandských expertů do ČR se uskutečnilo několik odborných workshopů, kde byli čeští experti podrobně seznámeni s hodnotícím systémem interRAI, který je zaveden v zařízeních právě na Islandu. Během workshopů bylo sděleno, co systém obnáší, jak je využíván na Islandu a jak by mohl být využit v ČR. Podrobný popis tohoto hodnotícího systému je shrnut v této kapitole.



3.1 Hodnotící nástroj interRAI

InterRAI je mezinárodní nonprofitní konsorcium (www.interrai.org), které sdružuje klinické a výzkumné pracovníky a organizátory zdravotní a sociální péče. Společným cílem je zlepšit zdravotní a sociální péči o osoby vyššího věku, osoby se zdravotním rizikem, osoby se zdravotním postižením a rozvíjet klinickou praxi a administrativní rozhodování podložené vědeckými důkazy. Při tom využívá a interpretuje komplexní údaje o stavu a výsledcích péče získané pomocí individualizovaného klinického hodnocení u osob čerpajících zdravotní péči v celém spektru zdravotně-sociálních služeb.

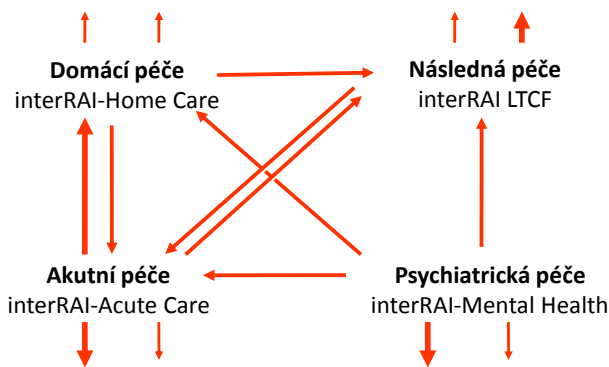
InterRAI konsorcium vyvíjí a průběžně aktualizuje systémy pro komplexní standardizované hodnocení na úrovni jednotlivce (individualizované hodnocení, „person-specific“), v němž jsou zaznamenávány srovnatelné údaje o fyzickém a psychickém stavu, funkčních schopnostech, participaci a dalších údajích o jeho životě a poskytované péči. Vychází též z mezinárodně uznávaných systémů včetně WHO klasifikace postižení, disability a funkce WHO (ICF klasifikace). Data dosahují nejvyššího vědeckého standardu při zachování jejich použitelnosti pro klinické zpracování, administrativní účely i management zařízení.

Pro komplexní hodnocení se používá standardizovaný sběr dat tzv. Minimum Data Set (MDS) vyvinutý pro osoby využívající různé typy zdravotní anebo sociální péče (např. ošetrovatelská péče, postakutní péče, domácí péče ap.). Všechny instrumenty zahrnované do „interRAI rodiny“ jsou konstruovány tak, aby tvořily integrovaný zdravotnický informační systém. Každý instrument a jeho aplikace vycházejí z jednotné terminologie tj. klinického konceptu, který je identický a provází uživatele „napříč“ jednotlivými sektory péče. To je výhodné zvláště v situacích, kdy pacient/klient přechází například z nemocnice do post-akutní (následné) péče, pak do domova pro seniory a pro akutní zhoršení zdravotního stavu je přijímán zpět do nemocnice. V tomto případě mohou být informace o

klientovi sdíleny různými uživateli současně, jsou rychle dostupné a odpadne opakované dotazování se pacienta/klienta i riziko ztráty některé důležité informace. Jednotné standardizované hodnocení umožňuje klinickým pracovníkům a poskytovatelům péče v různých prostředích zlepšit kontinuitu péče a poskytovat integrovanou péči pro každého jednotlivého pacienta/klienta. Jednotná terminologie umožňuje pacientům, rodinným příslušníkům i plátcům sledovat změny při přechodu mezi různými typy péče a v průběhu času. Získané informace jsou důležité pro rozhodování, které intervence mohou zlepšovat kvalitu života pacienta, viz obrázek 1.

Obrázek 1 Integrovaný zdravotnický informační systém interRAI

Integrovaný zdravotnický informační systém interRAI



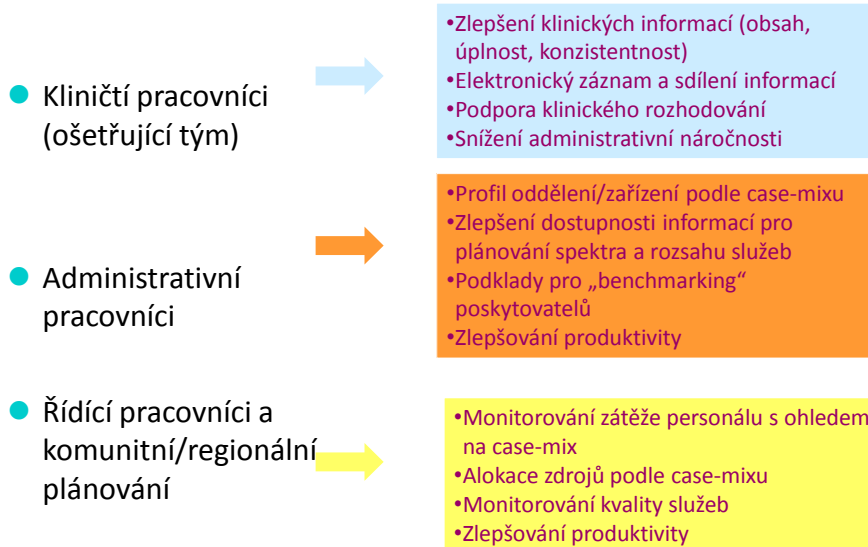
Hodnocení zaměřené na jedince zlepšuje kvalitu, efektivitu a výsledky poskytované péče pro konkrétního pacienta/klienta. Získaná data však je možné vyžít i v agregované podobě například za celé oddělení nebo zařízení (tzv. „facility-level“ data). V takovém případě se zlepšuje dostupnost informací nezbytných pro efektivní management oddělení či jednotlivých zařízení. Elektronické uchování informace umožní vytváření regionálních či národních databází pro řízení zdravotních a sociálních služeb, pro cílenou a účelnou alokaci zdrojů, regulační opatření a financování.

Integrovaný informační systém umožní poskytovatelům péče poskytovat služby cíleně podle potřeb i preferencí klienta a zlepšovat kvalitu péče pomocí měřitelných standardů. Manuály pro hodnocení, klinické protokoly a zapojení všech pracovníků v přímé péči do sběru dat a jejich vyhodnocování slouží ke kontinuálnímu vzdělávání pracovníků.

Obrázek 2 zachycuje možnosti využití informací interRAI LTCF pro různé skupiny pracovníků.

Obrázek 2 Využití výsledků hodnocení interRAI

Využití výsledků hodnocení interRAI



InterRAI organizace garantuje vysoký standard a kvalitu interRAI instrumentů a průběžně je aktualizuje. Každá verze interRAI instrumentu vychází z výsledků vědeckého výzkumu. Je hodnocena spolehlivost a validita jednotlivých položek a škál, klinických protokolů a algoritmů pro case-mix klasifikaci a indikátory kvality péče.

3.2 Vývoj systému interRAI pro zařízení dlouhodobé péče (interRAI LTCF, Long-term Care Facility)

InterRAI konsorcium vyvinulo první verze LTCF pro zařízení dlouhodobé péče již v 90. letech minulého století (pod názvem Minimum Data Set, MDS verze 2.0, 1995). Tento systém hodnocení byl široce využíván v ošetrovatelských ústavech (nursing homes) v USA, Kanadě a Americe, a některých zemích Evropy a Asie. InterRAI LTCF je aktualizovanou verzí vytvořenou v roce 2008, kdy byla dokončena restrukturalizace všech interRAI hodnotících instrumentů tak, aby obsahovaly společné body a definice.

InterRAI LTCF je jedním z nástrojů integrovaného systému hodnocení interRAI pro sledování a monitorování stavu pacientů, klientů, resp. uživatelů sociálních služeb, kteří potřebují dlouhodobou péči v institucích. V podmínkách České republiky se jedná o klienty, jak v zařízeních zdravotnických

(v současnosti nemocnice následné péče, léčebny dlouhodobě nemocných, ošetrovatelská oddělení v nemocnicích), tak sociálních (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, ošetrovatelská oddělení v sociálních službách). Do budoucna se v souvislosti s připravovaným zákonem uvažuje o jednotném názvu zařízení dlouhodobé péče.

Další systémy hodnocení jsou zaměřeny na oblast domácí péče (interRAI Home Care, interRAI-HC), post-akutní péče (interRAI Post-Acute Care, interRAI PAC), duševního zdraví (interRAI Mental-Health, interRAI MH), interRAI Community Health Assessment (interRAI CHA) pro komunitní péči, pro paliativní péči (interRAI Palliative Care, interRAI PC), akutní nemocniční péče (interRAI Acute Care, interRAI AC) a další.

Součástí systému interRAI jsou softwarové aplikace, které zahrnují:

- standardizované algoritmy souhrnných ukazatelů pro posouzení sebeobslužných aktivit, poznávacích funkcí, komunikace, bolesti a deprese;
- softwarové aplikace usnadňující sběr dat a vyhledání klinických problémů (Klinické protokoly);
- case-mix systém pro zařazení klienta do skupin podle intenzity péče/služeb (RUG-III) a indikátory kvality péče.

3.3 Popis systému interRAI- LTCF

InterRAI *Systém pro hodnocení klientů v zřízeních dlouhodobé péče* (interRAI LTCF) je komplexní, standardizovaný systém k posuzování potřeb, schopností a preferencí klientů v zařízeních dlouhodobé péče. InterRAI LTCF byl navržen tak, aby byl kompatibilní s dalšími mezinárodně používanými interRAI systémy hodnocení. Kompatibilita vyšetřovacích nástrojů a jejich jednotlivých částí zlepšuje návaznost péče při překládání pacienta/klienta mezi jednotlivými typy péče a podporuje individualizovaný přístup orientovaný na pacienta.

InterRAI LTCF je soubor údajů, které byly vybrány na základě analýz mnoha set položek a údajů týkající se zdravotního stavu, zdravotních potíží a příznaků, duševního zdraví, tělesných schopností, zdatnosti, soběstačnosti a preferencí pacienta/klienta. Obsahuje jen ty položky, které se v podrobných analýzách ukázaly jako klíčové pro podrobnou znalost pacienta/klienta a pro definování jeho potřeb, silných a slabých stránek tak, abychom mohli navrhnout co nejlépe komplexní plán péče. Protože dobrá znalost klienta předpokládá dostatek informací o klientovi, je potřebné shromáždit údaje o všech těchto oblastech. Proto se pro soubor informací obsažených v interRAI LTCF používá termín „Minimální soubor údajů“, v angličtině Minimum Data Set (MDS).

Tento soubor a celý systém interRAI je chráněn autorským zákonem a je duševním vlastnictvím konsorcia interRAI.

Obrázek 3 zachycuje možnosti, které komplexní hodnocení pacienta/klienta s využitím systému interRAI může nabídnout uživateli v oblasti zdraví. Je však třeba využívat podpůrný software vyvinutý vždy pro specifický hodnotící systém (například dlouhodobou péčí, domácí péčí, psychiatrickou léčebnu apod.), který umožňuje rychlé vyhledání informací o klientovi, screening a vyhledání klientů s rizikem zhoršení či naopak potenciálem ke zlepšení, posuzovat závažnost přítomných symptomů (například tíži a závažnost deprese nebo demence).

Obrázek 3 Možnosti využitelnosti komplexního hodnocení v oblasti zdraví



InterRAI LTCF systém hodnocení se skládá z vlastního dotazníku, viz příloha č. 6, podrobného manuálu k jeho použití a více než 20 klinických protokolů určených k plánování péče. Vyšetřovací dotazník umožňuje poskytovateli zdravotní péče zhodnotit klíčové oblasti funkčního, duševního a fyzického zdraví klienta, sociální zázemí a využívání služeb.

Celkem je hodnoceno 19 oblastí (sekce A-S) zahrnujících více než 260 hodnocených položek:

- Sekce A: Identifikační údaje
- Sekce B: Příjmová a výchozí anamnéza
- Sekce C: Kognitivní funkce
- Sekce D: Komunikace a zrak

Sekce E:	Nálada a chování
Sekce F:	Psychosociální pohoda
Sekce G:	Funkční stav
Sekce H:	Kontinence
Sekce I:	Diagnostikované nemoci
Sekce J:	Zdravotní stav
Sekce K:	Stav ústní dutiny a nutriční stav
Sekce L:	Stav kůže
Sekce M:	Aktivní činnost
Sekce N:	Užívané léky
Sekce O:	Léčba a léčebné procedury
Sekce P:	Svéprávnost a vůle klienta
Sekce Q:	Potenciál propuštění
Sekce R:	Propuštění
Sekce S:	Údaje o vyšetření

3.3.1 Licence k užívání interRAI instrumentů

Nekomerční užívání jakéhokoli interRAI instrumentu a jeho aplikace je možné po získání licence, která je v těchto případech poskytována bezplatně za dodržení níže uvedených podmínek:

- instrument nesmí být podstatným způsobem změněn (s výjimkou identifikačních údajů, demografie a položek, které jsou specifické pro jednotlivé země a takto označené). Povolená změna nepřesahuje 5 % v instrumentu obsažených položek,
- bezplatná licence je omezena na nekomerční využití (tj. instrument nesmí být zahrnut do žádného produktu určeného k prodeji),
- uživatel vhodným způsobem informuje ostatní o vlastnictví instrumentu,
- na formuláři každého užívaného instrumentu je interRAI logo a ochranná známka,
- autoři, jejich příslušnost k instituci a překladatelé musí být uvedeni v každém dokumentu, který za obvyklých podmínek takovou informaci obsahuje (např. publikace manuálu pro uživatele),
- data získaná při užívání instrumentu musí být k dispozici interRAI za předpokladu, že odpovídají platným zákonům na důvěrnost individuálních údajů.

Komerční užívání interRAI systému je zpoplatněno.

3.4 Provedení interRAI LTCF vyšetření

Vyšetření klienta by mělo být provedeno do 14 dnů po přijetí do zařízení. Hodnotí se stav klienta v uplynulých třech dnech. Některé informace však zahrnují delší časové období (např. výskyt pádů nebo úbytek hmotnosti zahrnují období za uplynulých několik měsíců). Klient je hodnocen pravidelně vždy po 3 měsících a dále při významné změně zdravotního stavu/soběstačnosti. Doba trvání vyšetření se pohybuje od 40 do 60 minut, v případě klienta s komplexními problémy i déle. Získané údaje jsou zaznamenány do formuláře elektronicky, což umožňuje po dokončení vyšetření automatické vyhodnocení údajů (dle používaného softwaru). Příkladem automatického výstupu je například „Zdravotní profil pacienta/klienta“, viz příloha č. 7, seznam klinických problémů vyžadujících intervenci (Klinické protokoly, viz příloha č. 8), zařazení klienta do jedné ze skupin RUG podle ošetrovatelské náročnosti, eventuálně vyhodnocení vybraných indikátorů (ne)kvality péče u hodnoceného pacienta/klienta. V současnosti existuje řada komerčních softwarových aplikací v angličtině i v některých dalších jazycích, které podporují užívání interRAI hodnotících systémů.

3.4.1 Další důležité informace pro provádění hodnocení interRAI

Hodnocení a kompletace informací obsažených v dotazníku je určeno pro klinické pracovníky účastnící se přímé péče o pacienta/klienta (zdravotní sestry, lékaře, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, sociální pracovníky ad.). Dotazník se sestává z položek a definic a měl by být používán jako návod, jak strukturovat klinické vyšetření klienta.

Vlastní hodnocení vyžaduje přímý rozhovor s klientem eventuálně i s jeho rodinným pečovatelem, dále pozorování klienta, komunikaci s dalšími členy ošetrujícího týmu a studium klientovy zdravotní a sociální dokumentace. Vždy, když je to možné, je klient prvotním a hlavním zdrojem informací.

Jednotlivé sekce a položky interRAI LTCF následují po sobě v logickém pořadí, které je vhodné dodržovat, není však třeba se sledu otázek striktně držet. Otázky a sekce mohou být pokládány v jakémkoliv pořadí, které vyhovuje hodnotící osobě a klientovi.

InterRAI LTCF lze použít jako předlohu při rozhovoru s klientem, ošetrujícím personálem nebo rodinnými příslušníky. Nejsou-li odpovědi zcela spolehlivé, provede hodnotící osoba podrobnější zhodnocení v dané oblasti, aby bylo dosaženo co nejvyšší profesionální přesnosti. S každým dotazovaným je vhodné hovořit samostatně.

Pracovníci provádějící hodnocení musí být v jeho používání zaškoleni a získat osvědčení. Vzdělávací program zahrnuje teoretickou a praktickou část. Jen tak je možné dosáhnout standardního provádění hodnocení všemi vyšetřujícími a tím i požadovanou spolehlivost a přesnost dat.

Pro ilustraci a lepší porozumění celému procesu hodnocení je uvedena jako ukázka vybraná část z Manuálu interRAI LTCF, která přináší návody, jak provádět hodnocení poznávacích (kognitivních) funkcí klienta, konkrétně jak zhodnotit schopnosti klienta činit smysluplná rozhodnutí v běžném životě.

Ukázka hodnocení:

KOGNITIVNÍ FUNKCE

Cíl:

Určit u klienta jeho aktuální paměťové schopnosti, koherenci myšlení a schopnost organizovat základní denní činnosti. Tyto položky jsou klíčové při plánování péče.

Proces:

Všechny položky jsou hodnoceny na základě výkonu klienta (např. schopnost klienta vybavit si události z nedávné nebo vzdálené minulosti nebo schopnost rozhodovat se).

Kognitivní funkce a paměť může být pro některé klienty citlivé téma a mohou reagovat rozrušením nebo velmi emotivně. Klient se může cítit bezbranně, trapně nebo frustrovaně, pokud nedokáže správně odpovědět.

Hovořte s klientem v soukromí, tzn. bez přítomnosti jiných osob nebo rodiny, s výjimkou rozrušeného klienta, který potřebuje být pod dohledem. Abyste získali důvěru klienta, zvolte citlivý neutrální přístup. Až dokončíte hodnocení s klientem, zeptejte se rodinných příslušníků a dalších osob, které jsou s ním v kontaktu, z důvodu ověření si získání informací o kognitivních funkcích klienta v posledních 3 dnech. Konzultace s dalšími osobami je obzvláště důležitá, pokud je komunikace s klientem z nějakého důvodu obtížná.

Doporučený postup při hodnocení kognitivních funkcí:

Nejprve s klientem hovořte v obecné rovině a navažte vztah.

Pozorně poslouchajte a pátrejte po příznacích, které vám pomohou při hodnocení. Pamatujte, že příznak jako opakování se, roztržitost, zabíhavá řeč, obrana nebo rozrušení může být důsledkem rozhovoru, ale poskytuje také informace o kognitivních funkcích klienta.

Budte otevření, empatičtí a uklidňujte klienta během rozhovoru (např. takto: "Máte občas problémy si toto zapamatovat? Řekněte mi, co se děje. Pokusíme se vám pomoci.").

Pokud začne být klient rozrušený, uklidněte ho a PŘESTAŇTE s otázkami k hodnocení kognitivních funkcí. V dalším hodnocení můžete pokračovat při některém z příštích sezení. Vyzvěte rozrušeného klienta: "Pojďme teď hovořit o něčem jiném," nebo "Nemusíme o tom teď hovořit, můžeme to probrat později." Sledujte kognitivní funkce klienta v příštích několika hodinách a dnech a s konkrétními otázkami vyčkejte do doby, až se bude klient cítit lépe.

Položka C1. Kognitivní schopnosti rozhodovat se v běžném životě

Cíl: *Tato položka je obzvláště důležitá pro další postup a plánování péče, protože může upozornit zdravotníky na rozdíl mezi schopnostmi klienta a jeho/její současnou úrovní výkonů nebo může odhalit nadhodnocení závislosti klienta.*

Definice: *Aktuální schopnost klienta rozhodovat se v běžném životě.*

Příklady okruhů rozhodování:

- *Výběr jednotlivých součástí oblečení.*
- *Vědět, kdy má jít na snídani, oběd a večeři.*
- *Využití informací prostředí (např. hodin, kalendáře, nástěnky) k organizování a plánování času.*
- *Nejsou-li informace v prostředí přítomny, zjišťuje je přiměřenými dotazy (tzn., neptá se opakovaně) a podle nich organizuje a plánuje činnost.*
- *Znalost vlastních schopností a omezení při řešení každodenních situací (např. požádá o pomoc, pokud je to nutné).*
- *Správná orientace v prostoru (např. ví, jak se dostat do jídelny).*
- *Je si vědom potřeby používat kompenzační pomůcky (např. chodítko) a také je správně používá.*

Proces: Čerpejte ze zdravotnické dokumentace. Zeptejte se a pozorujte klienta. Zeptejte se ošetřujícího personálu a dle možností i rodinných příslušníků. Hodnotitel by se měl zaměřit na to, zda se klient aktivně rozhoduje, nikoliv zda se ošetřující personál nebo někdo jiný domnívá, že by byl klient aktivního rozhodování schopen. Pamatujte, že cílem této položky je zaznamenat aktuální schopnosti klienta (výkon). Pokud ošetřující personál přebírá odpovědnost za rozhodování klienta v otázkách běžného života nebo klient v rozhodování nespolupracuje bez ohledu na jeho potenciál, měly by být jeho schopnosti rozhodovat se v běžném životě hodnoceny jako porušené.

Kódování: Zanešte kód, který nejlépe odpovídá schopnostem klienta.

0. **Nezávislý** – Rozhoduje se samostatně, smysluplně a bezpečně
1. **Omezená nezávislost** – Potíže pouze v nových situacích.
2. **Minimální porucha** – V některých situacích se rozhoduje nevhodně nebo nebezpečně; vyžaduje občas náповědu nebo dohled.
3. **Střední porucha** – Rozhoduje se špatně či nebezpečně; vyžaduje náповědu nebo dohled ve všech situacích.
4. **Těžká porucha** – Schopen rozhodování vzácně nebo nikdy.
5. **Porucha vědomí/koma** – Neschopen odpovědi.

3.5 Klinické aplikace interRAI - Klinické protokoly (Client Assessment Protocols/CAPs)

Klinické protokoly představují klíčové klinické výstupy interRAI systému. Jsou vyvinuty pro celé spektrum poskytovaných služeb, avšak jednotlivé oblasti péče (akutní, domácí, psychiatrická, post-akutní, dlouhodobá) se liší v celkovém počtu zahrnutých klinických protokolů s ohledem na frekvenci jejich výskytu a významnost. Klinické protokoly zahrnují doporučení pro rozpoznání problému a jeho komplexní management pro následující oblasti péče:

- **interRAI pro zařízení následné péče (LTCF – long-term care facility)** a to jak ústavní zařízení zdravotnická (například nemocnice následné péče, léčebny dlouhodobě nemocných), tak zařízení sociální (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem),
- **interRAI pro domácí péči (HC – home care)** – v tomto případě se jedná o domácí ošetrovatelskou péči či o integrované služby u klientů s komplexními zdravotně-sociálními potřebami,
- **interRAI pro komunitní péči (CHA – community health assessment)**- hodnocení se týká klientů schopných setrvat ve vlastní domácnosti, kteří využívají některé z forem komunitních sociálních služeb (donáška obědů, pečovatelská služba v méně intenzivním režimu),
- **interRAI asistované bydlení (AL – assisted living)** – v našich podmínkách nejspíše odpovídá domu s pečovatelskou službou nebo domu-pensionu s dostupnou sociální podporou, resp. pečovatelskou službou.

3.6 Přehled klinických protokolů interRAI

Protokoly pro poskytování péče obsahují krátký obvykle několikastránkový popis klinického problému a pomáhají uživateli systematicky interpretovat informace obsažené v instrumentu. Klinické protokoly interRAI slouží jako doplněk komplexního klinického hodnocení interRAI u osob v komunitě, v domácí i ústavní péči. Umožňují identifikovat potenciální rizika i silné stránky a preference hodnocené osoby a v individuálním plánu péče se zaměřit na klíčové oblasti života. Klinické protokoly interRAI se proto zaměřují nejen na funkční zdatnost a výkonnost včetně sebeobsluhy a problémy zdravotní, ale i na prevenci a podporu zdraví, sociální začlenění, duševní zdraví, využívání služeb a kvalitu života.

Po vyšetření pacienta/klienta a zaznamenání údajů do počítačové aplikace, umožní automatický softwarový vyhledávací program identifikovat ty z vyšetřovaných osob, u nichž je problém přítomen a které budou mít největší přínos z jeho řešení. Na základě rozsáhlých epidemiologických šetření a ověřených algoritmů identifikuje softwarový systém následující skupiny pacientů/klientů:

- a) Osoby ohrožené poklesem funkce (zdatnosti nebo soběstačnosti) nebo horšení zdravotního nebo sociálního problému. U této skupiny včasné rozpoznání a intervence problému umožní zabránit horšení stavu nebo rozvoji komplikací.
- b) Osoby s potenciálem zlepšení. Tato skupina profituje ze zavedených opatření a je vysoká pravděpodobnost, že dosáhneme zlepšení problému nebo jeho vyřešení, anebo zlepšení celkového

zdravotního stavu (například zlepšení rehabilitačního potenciálu) nebo některé zdravotní potíže (například ústup bolesti).

Klinické protokoly však plní také edukační funkci. Slouží jako zdroj informací pro zdravotnické i sociální pracovníky o nejčastějších klinických a sociálních problémech pacientů/klientů v jednotlivých typech péče a obsahují též informace potřebné pro vypracování plánu péče u jednotlivého klienta. Vždy po několika letech jsou průběžně aktualizovány o nové poznatky.

Klinické protokoly interRAI pokrývají čtyři problémové okruhy:

Funkční zdatnost – tyto klinické protokoly zahrnují oblast soběstačnosti, jak v základních sebeobslužných činnostech (ADL), tak v činnostech instrumentálních (IADL), schopnost rehabilitace a podpory fyzické aktivity. U klientů žijících ve vlastní domácnosti i oblast bezpečnosti bytu a jeho okolí, u klientů v ústavní péči je zde zahrnut i klinický protokol pro (ne)používání fyzických omezovacích prostředků.

Klinické problémy – tyto klinické protokoly zahrnují nejčastěji se vyskytující zdravotní problémy a zdravotní projevy, které by měly být rozpoznány a zaznamenány zdravotnickými a sociálními pracovníky v přímé péči u pacienta/klienta. Zahrnují problematiku pádů, úrazů, častých symptomů srdečních a dýchacích, proleženiny, (in)kontinenci moči nebo stolice, bolest, výživu a hydrataci, ale i realizaci preventivních opatření (například očkování proti chřipce, pravidelné preventivní vyšetření očním nebo zubním lékařem, sledování hodnot krevního tlaku apod.), bezpečné užívání léků a zneužívání návykových látek.

Poznávací funkce a duševní zdraví - vzhledem k vysokému výskytu duševních poruch a poruch chování u pacientů/klientů dlouhodobé péče i klientů ošetřovaných pečovatelskou službou nebo domácí ošetřovatelskou službou, je tato oblast nesmírně důležitá a ošetřující personál musí být v této oblasti dostatečně vzděláván. Klinické protokoly zahrnují oblast poznávacích (kognitivních) funkcí, které jsou postiženy u klientů se všemi formami demencí nebo např. po mozkových příhodách, dále klinické protokoly zaměřující se na oblast nálady (především správné rozpoznání příznaků deprese) a na poruchy chování (například problémy s odmítáním péče nebo agresivitou), zahrnují i schopnosti klienta komunikovat.

Sociální situace – v této oblasti jsou klinické protokoly zaměřeny na společenské aktivity, zapojení klienta do života v zařízení, oblíbené činnosti a jejich spektrum, mezilidské vztahy, spirituální potřeby a také podpůrné aktivity pro laickou pomoc (podpora rodinných pečujících).

V následující tabulce 1 jsou zachyceny jednotlivé klinické protokoly s ohledem na charakter pacientů/klientů v jednotlivých typech péče.

Tabulka 1 Klinické protokoly interRAI

Klinické protokoly interRAI

Klinické protokoly	Domácí péče / Asistované bydlení	Komunitní péče	Dlouhodobá ústavní péče
FUNKČNÍ ZDATNOST			
Podpora fyzické aktivity	X	X	X
Instrumentální ADL činnosti	X	X	
Základní sebeobslužné činnosti ADL	X	X	X
Optimalizace domácího prostředí	X ³³		
Riziko umístění v ústavní péči	X		
Používání fyzických omezovacích prostředků			X
KOGNITIVNÍ SCHOPNOSTI a DUŠEVNÍ ZDRAVÍ			
Ztráta kognitivní funkce	X	X	X
Delirium	X		X
Komunikace	X	X	X

³³ Pouze pro interRAI HC, nikoli asistované bydlení

Klinické protokoly	Domácí péče / Asistované bydlení	Komunitní péče	Dlouhodobá ústavní péče
Nálada	X	X	X
Chování	X		X
Týrání a zneužívání	X	X	
SPOLEČENSKÝ ŽIVOT			
Společenské aktivity			X
Podpora laických pečovatелů	X	X	
Společenské vztahy	X	X	X
KLINICKÉ PROBLÉMY			
Pády	X	X	X
Bolest	X	X	X
Dekubity	X		X
Srdeční a dýchací potíže	X	X	X
Podvýživa	X		X
Dehydratace	X	X	X
Enterální výživa	X ³⁴		X

³⁴ Pouze pro interRAI HC, nikoliv asistované bydlení

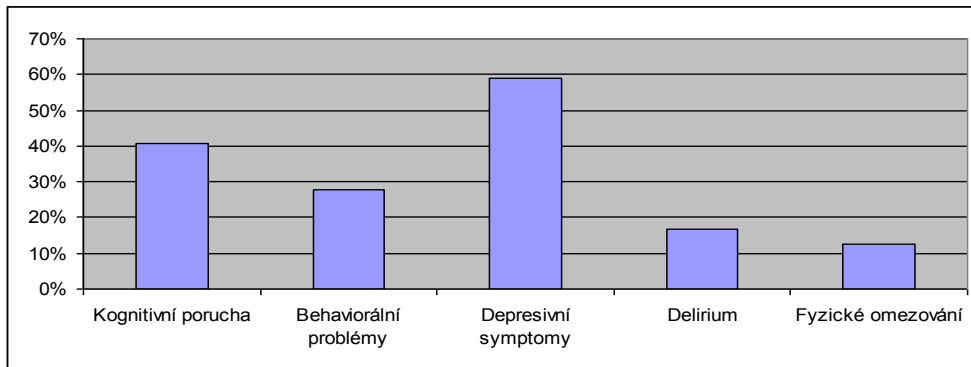
Klinické protokoly	Domácí péče / Asistované bydlení	Komunitní péče	Dlouhodobá ústavní péče
Prevence	X	X	X
Farmakoterapie	X	X	X
Užívání tabáku a alkoholu	X	X	X
Inkontinence moči	X	X	X
Problémy se stolicí	X		X

Důležité je si uvědomit, že softwarový systém sice u klienta identifikuje problém, ale rozhodnutí, o jeho řešení a volba vhodného přístupu a postupu řešení, je plně v kompetenci ošetřujícího týmu. Pacienti/klienti v dlouhodobé ústavní péči jsou nároční svou komplexností a pravidlem je rozpoznání většího počtu současně se vyskytujících problémů. V těchto případech je vhodné, aby ošetřující tým stanovil priority řešení u konkrétního pacienta/klienta, nejlépe při společném setkání formou tzv. „case conference“ – diskuzi členů týmu a pacienta. Priority se stanovují obvykle podle urgentnosti řešení problému, podle přání pacienta, nebo podle očekávaného přínosu pro pacienta a pro kvalitu jeho dalšího života.

Při pilotování inteRAI LTCF systému v rámci mezinárodního evropského projektu SHELTER bylo u více než 4000 vyšetřených klientů nalezeno v průměru 6,5 klinických problémů, u 10,8 % pak 10 a více problémů současně. Pro oblast duševního zdraví byl překvapivým zjištěním vysoký výskyt poruch nálady – symptomů deprese téměř u 60 % klientů, 40 % klientů trpělo klinicky závažnou poruchou poznávacích funkcí a 28 % poruchami chování, viz obrázek 4.

Obrázek 4 Výskyt klinických problémů s potenciálem řešení u klientů dlouhodobé péče v evropském projektu SHELTER (N= 4156)

Výskyt klinických problémů s potenciálem řešení u klientů dlouhodobé péče v evropském projektu SHELTER



3.7 Klinické aplikace interRAI - Škály pro hodnocení stavu a výsledků péče

Systém hodnocení interRAI lze využít pro měření stavu a výsledků péče pacienta nebo skupiny pacientů. Většina interRAI instrumentů umožňuje škálování a hodnocení indikátorů, které lze využít k popisu současného stavu pacienta a v dlouhodobém horizontu k hodnocení a porovnání změn klinického stavu

Všechny škály a indikátory byly konstruovány tak, aby splňovaly validitu vůči mezinárodně užívaným škálám (nazývaným „zlatý standard“ např. MMSE pro kognitivní funkce, index dle Bartelové pro hodnocení běžných denních sebeobslužných činností ADL). V dalším textu jsou popsány vybrané škály využívající údaje interRAI instrumentů.

3.7.1 Škála ADL hierarchie

(„interRAI based ADL Self-performance Hierarchy Scale, zkráceně ADL Hierarchy“)

Škála ADL hierarchie vychází z předpokladu existence hierarchie ztráty funkčních schopností v čase. Výzkum v oblasti ADL prokázal, že některé ADL funkce se ztrácejí velmi časně v průběhu invalidity (koupání, oblékání), jiné zůstávají dlouho zachovány a ztrácejí se v pozdějších fázích invalidizujícího procesu (najedení). Škála ADL hierarchie umožňuje zařadit pacienta do jedné z 6 skupin podle stupně závislosti podle soběstačnosti v provádění 4 ADL činností: osobní hygiena, schopnost použít toaletu, pohyblivost (chůze), najedení. Sumární skóre se pohybuje od 0 bodů - soběstačný (všechny 4

sledované činnosti vykonává samostatně nebo jen s dohledem) po 6 bodů - zcela závislý (ve všech 4 činnostech plně závislý), viz tabulka 2. Využití Škály ADL hierarchie je možné i v rámci klinických studií a sledování výsledků funkčního stavu při hodnocení efektivity intervence. ADL hierarchické škály lze využít i jako nepřímého indikátoru kvality života (function-related Quality of life), viz tabulka 2.

Tabulka 2 Škála ADL hierarchie interRAI

Škála ADL hierarchie interRAI		
Skór	Kategorie	Popis
0	nezávislý	všechny 4 ADL aktivity provádí samostatně nebo vyžaduje pouze přípravu
1	dohled	vyžaduje dohled v jedné ze 4 sledovaných ADL
2	mírné postižení	v jedné nebo více sledovaných ADL potřebuje omezenou pomoc druhé osoby
3	pomoc druhé osoby I	najedení a pohyb zvládne s mírnou pomocí, při použití toalety nebo osobní hygieně vyžaduje značnou pomoc druhé osoby
4	pomoc druhé osoby II	potřebuje maximální pomoc při najedení nebo pohybu, v použití toalety a osobní hygieně je zcela závislý nebo tyto činnosti nebyly vykonávány
5	závislý	při jídle a pohybu je zcela závislý nebo tyto činnosti nevykonával, alespoň v jedné ze sledovaných 4 ADL činností je méně postižen.
6	zcela závislý	ve všech 4 sledovaných ADL plně závislý nebo ani jednu z nich nebyl schopen vykonávat

3.7.2 Škála IADL výkonnosti a zapojení

(„interRAI based IADL Involvement Scale“)

Tato škála je zaměřena na IADL činnosti v 7 instrumentálních ADL aktivitách: příprava jídla a vaření, běžná práce v domácnosti, nakupování, transport mimo dům, používání telefonu, užívání léků a správa vlastních financí. Škála představuje sumární skór schopností ve všech uvedených aktivitách od 0 (plně soběstačný ve všech činnostech) po 42 (plně závislý ve všech činnostech).

3.7.3 Škála obtížnosti v provádění IADL („interRAI based IADL difficulty Scale, IADL Difficulty“)

Škála hodnotí obtíže klienta při vykonávání 3 instrumentálních činností v domácnosti: vykonávání běžných domácích prací, příprava jídla a vaření a používání telefonu. Skór se pohybuje od 0 (nemá potíže při vykonávání sledovaných 3 IADL) do 6 bodů (velké potíže ve všech 3 IADL činnostech).

Tabulka 3 Škála obtížnosti v provádění IADL

Škála obtížnosti v provádění IADL	
Skór	Popis
0	Nemá potíže v žádné ze 3 sledovaných IADL
1	Potřebuje pomoc, vykonává velmi pomalu, snadno se v průběhu činnosti unaví v jedné ze 3 sledovaných IADL činností, ostatní 2 zvládá bez potíží
2	Potřebuje pomoc, vykonává velmi pomalu, snadno se v průběhu činnosti unaví ve dvou ze 3 sledovaných IADL činností, jednu činnost zvládá bez potíží
3	Potřebuje pomoc, vykonává velmi pomalu, snadno se v průběhu činnosti unaví ve všech třech sledovaných IADL činnostech
4	Velké potíže při vykonávání jedné z 3 sledovaných IADL nebo není schopen ji provádět
5	Velké potíže při vykonávání dvou z 3 sledovaných IADL nebo není schopen tyto činnosti vykonávat
6	Velké potíže při vykonávání všech 3 sledovaných IADL nebo není schopen tyto činnosti vykonávat

3.7.4 Škála kognitivních schopností, CPS škála

(interRAI based Cognitive Performance Scale, CPS)

CPS škála zahrnuje 5 položek interRAI instrumentů (krátkodobá paměť, schopnost smysluplně se rozhodovat, schopnost se vyjádřit, soběstačnost při jídle, stav vědomí). Soběstačnost při jídle odlišuje skupiny 5 a 6. Sumární skór se pohybuje od 0 (kognitivně intaktní) po 6 (těžké kognitivní postižení). CPS byla validizována v populaci starších osob v dlouhodobé péči a byla prokázána vysoká korelace s hodnotou Mini-Mental State Exam (MMSE). Senzitivita a specifita pro kognitivní poruchu/demenci dosáhla 0.90. Validita byla ověřena i v dalších výzkumech.

Tabulka 4 Škála kognitivních schopností, CPS škála

Škála kognitivních schopností, CPS škála		
Skupina (skór)	Kognitivní funkce	Odpovídá hodnotě MMSE SD směrodatná odchylka (Morris at al. 1994)
0	Kognitivně intaktní	25 bodů (SD 5,1)
1.	Hraniční porucha	22 bodů (SD 5,7)
2.	Mírné postižení	19 bodů (SD 5,6)
3.	Střední postižení	15 bodů (SD 8,0)
4.	Střední až těžké postižení	7 bodů (SD 6,9)
5.	Těžké postižení	5 bodů (SD 5,3)
6.	Velmi těžké postižení	1 bod (SD 0,9) ³⁵

3.7.5 Index sociálního zapojení

(interRAI based Index of Social Engagement)

Tento index slouží k popisu zapojení klienta a zhodnocení jeho spontánní účasti na sociálních aktivitách. Tato škála byla validizována v populaci klientů ošetrovatelských ústavů srovnáním času, který tráví zapojením se do aktivizačních programů. Skór se pohybuje od 0 bodů (minimální zapojení/stažení se z aktivit) po 6 bodů (iniciativně se zapojuje do nabízených činností).

3.8 Využití interRAI pro stanovení Case-mixu a financování péče

Systém interRAI LTCF hodnocení podporuje využívání algoritmu, který seskupuje pacienty do skupin/kategorií podle relativních nákladů na péči vycházejících z jejich ošetrovatelské a klinické náročnosti. Tato aplikace byla vytvořena s cílem reagovat na problém, který řeší systém zdravotnictví po celém světě: jak diferencovaně alokovat omezené zdroje ve zdravotnictví indikovaným pacientům při zachování principu rovnosti a spravedlnosti.

³⁵ Šrafovaná políčka představují klienty s pravděpodobnou diagnózou demence

Dosud nejlépe propracovaným je klasifikační case-mix systém pro dlouhodobou ústavní péči tzv. RUG-III klasifikace (Resource Utilization Groups). RUG-III algoritmus využívá více než 100 položek interRAI LTC instrumentu a umožňuje zařadit pacienta do jedné ze 44 skupin s rozdílnými nároky na péči a tím i rozdílnými náklady. V současnosti užívaný algoritmus vysvětluje 55 % variance v nákladech a byl validizován v rámci mezinárodních srovnání v řadě zemí. RUG-III systém je v současnosti využíván k financování dlouhodobé péče v ošetrovatelských ústavech v například v USA, Kanadě, na Islandu, některých regionech Španělska, Finska a v Belgii.

3.9 Kvalita péče, interRAI systémy a možnosti zlepšování kvality, indikátory kvality péče

Jedna z nejvýznamnějších možností využití interRAI dat je možnost sledování kvality péče pomocí interRAI instrumentů. Pro hodnocení kvality péče tak není třeba sledovat další klinická ani administrativní data, ale využít dat získaných jediným hodnocením pacienta/klienta. Indikátory kvality péče byly vytvořeny a testovány pro ošetrovatelské ústavy, domácí péči, psychiatrickou péči a chráněné bydlení.

Vývoj indikátorů kvality péče vycházejících z interRAI instrumentů se datuje od poloviny 90. let. Nejprve byl vypracován soubor indikátorů kvality péče („quality indicators“, QI) pro ošetrovatelské ústavy a dále v posledních 10 letech i pro domácí péči a psychiatrické léčebny. Výsledkem bylo publikování „Souboru indikátorů kvality péče“ v roce 2000. V současnosti jsou tyto indikátory využívány k hodnocení kvality v ošetrovatelských ústavech USA. Více informací lze najít na internetové adrese: <http://cms.hhs.gov/providers/nursinghomes/nhi/>.

Další výzkum interRAI se zaměřuje na kvalitu péče v domácí péči. Bylo indikováno a ověřeno celkem 22 indikátorů kvality pro domácí péči využívajících údajů interRAI Home Care z Kanady, USA a Itálie a jejich využití v praxi je nyní testováno v uvedených zemích.

Nespornou výhodou interRAI indikátorů kvality je skutečnost, že pro jejich získání není třeba dalších hodnocení poskytovatelů péče ani pacientů, ale jsou již zahrnuty v komplexním interRAI hodnocení a mohou být softwarově vyhodnoceny. Indikátory kvality péče zahrnují, jak indikátory procesní (vycházející z procesu péče, tzn. z používaných metod), tak výstupových (výstupy péče). Příkladem procesních indikátorů jsou prevalence užití permanentního močového katétru, používání fyzických omezovacích prostředků tj. používání zábran nebo jiných omezení volného pohybu. Druhou skupinou jsou indikátory zaměřené na výsledky péče. Příkladem těchto indikátorů jsou např. zhoršení stavu výživy, výskyt nových dekubitů u pacientů s nízkým rizikem, zhoršení fyzických funkcí a soběstačnosti u pacientů s potenciálem zlepšení apod., obrázek 5. V rámci ověřování indikátorů kvality

v mezinárodním měřítku se uplatňují metody adjustace výsledků vzhledem k riziku pacienta či profilu zařízení a umožňují přihlédnout například k rozdílům ve skladbě pacientů (case mixu).

Obrázek 5 Indikátory kvality (IQ) vycházející ze systému interRAI

Indikátory kvality (IQ) vycházející ze systému interRAI

- **ÚRAZY**
prevalence a incidence pádů
prevalence a incidence úrazů
- **CHOVÁNÍ/NÁLADA**
prevalence deprese, deliria,
problémového chování
- **KLINICKÉ PROBLÉMY**
prevalence silné/neléčené bolesti,
chybění vakcinace, preventivního
vyšetření
- **KOGNITIVNÍ PORUCHA**
incidence horšení kognice
- **INKONTINENCE**
i. bez nácviku kontinence, prevalence
močového katetru
- **NUTRICE**
prevalence váhového úbytku,
malnutrice, dehydratace, nedostatečná
strava
- **TĚLESNÁ VÝKONNOST**
incidence horšení soběstačnosti,
kontraktur, nízká fyzická aktivita u
mobilních, neposkytnutí rehabilitace u
osob s RHB potenciálem, kompenz.
pomůcek
- **FARMAKOTERAPIE**
polyfarmakoterapie, nedostatečná
léčba bolesti, nadměrně
psychofarmaka, nevhodné léky,
komplexní zhodnocení léčby
- **KOŽNÍ INTEGRITA**
prevalence/incidence dekubitů,
% diabetiků bez kontroly nohou
- **SMYSLY A KOMUNIKACE**
chybění korektivních pomůcek
- **KVALITA ŽIVOTA**
prevalence zneužívání, fyzické
omezování, sociální izolace

V České republice byly indikátory kvality na bázi systému interRAI poprvé použity v rámci mezinárodní studie „ADHOC“ – „Senioři v domácí péči“ řešené v letech 2001-2004. Studie umožnila porovnat navzájem kvalitu domácí péče v 11 evropských zemích s použitím jednotných indikátorů kvality pro domácí péči. Vývoj a ověření indikátorů kvality odpovídá na celospolečenskou potřebu monitorovat kvalitu zdravotních a sociálních služeb tak, aby byla respektována práva klientů a služby přispívaly k nejvyšší možné kvalitě života seniorů. Dlouhodobé sledování kvality služeb umožňuje sledovat vývoj v jednotlivých oblastech péče a využívat pozitivních zkušeností na regionální, národní i mezinárodní úrovni.

Vzhledem k odlišnostem ve složení klientů (case-mix) v jednotlivých zemích, např. ve výskytu a v závažnosti demence nebo v soběstačnosti, byly indikátory kvality domácí péče upraveny tak, aby zohlednily tyto a další rozdíly. Následné vzájemné srovnání výsledků péče ukázalo pro Českou republiku málo povzbudivé výsledky. Pro každý z 16 sledovaných indikátorů kvality bylo stanoveno pořadí, udávající míru kvality profesionální domácí péče v každé z 11 zemí. Ačkoli žádná země neskórovala konzistentně nejlépe či nejhůře ve všech sledovaných oblastech - indikátorech, celková kvalita profesionální domácí péče hodnocená globálním skórem byla nejvyšší na Islandu a nejnižší v České republice.

Česká republika získala nejvíce “trestných bodů” (tj. měla ze všech 11 porovnávaných zemí nejhorší nebo druhý nejhorší výsledek v hodnoceném indikátoru). Nejproblémovější byly zejména následující oblasti péče:

(a) Neposkytnutí rehabilitačních nebo ergoterapeutických služeb u klientů s potenciálem zlepšení soběstačnosti (u 98 % klientů).

(b) Nedostatečná proočkovanost proti chřipce u rizikových klientů (69 % klientů bez očkování).

(c) Sociální izolace, která je pro klienta stresující (47 % klientů).

(d) Nedostatečně léčená bolest (36 % klientů).

(e) Pády (33 %) a poranění (25 % klientů).

(f) Deprese bez léčby antidepresivy (25 % klientů).

(g) Dehydratace (20 %) a méně než jedno teplé jídlo denně (5 % klientů).

3.10 Shrnutí systému interRAI

Integrovaný systém interRAI pro komplexní hodnocení pacientů, klientů a uživatelů sociálních služeb je novou perspektivní metodou pro zlepšení informovanosti přímých poskytovatelů - pracovníků v sektoru zdravotnictví a sociální péče, manažerů a vedoucích pracovníků, administrátorů a organizátorů na komunitní, regionální i celostátní úrovni. Dobrá znalost klienta umožní plánování a poskytování individualizovaných služeb vycházejících ze skutečných aktuálních potřeb a přání klienta a tak maximalizovat potenciál klienta a přispět k co nejlepší kvalitě života.

Implementace systému interRAI včetně jeho softwarových aplikací umožňuje mnohostranné využití informací na úrovni poskytovatelů (zařízení), pro komunitní plánování spektra a objemu služeb, hodnocení a průběžné monitorování vybraných ukazatelů kvality a bezpečnosti poskytované péče. Systém byl ověřován v několika pilotních studiích provedených 1. Lékařskou fakultou Karlovy Univerzity v Praze i v České republice a zahrnoval užití interRAI systému komplexního hodnocení u klientů domácí péče, u pacientů v paliativní péči a u klientů v léčebnách dlouhodobě nemocných a několika domovů pro seniory. První výsledky naznačují, že systém interRAI by bylo možné aplikovat i v podmínkách českého systému zdravotní a sociální péče za předpokladu vhodných softwarových aplikací, které umožní sdílení informací. Informace tak „mohou jít s pacientem“ a být k dispozici tomu poskytovateli, který má pacienta v péči. Rozšíření využití interRAI systému v ČR by mohlo přispět ke zkvalitnění poskytovaných služeb.

4 Příklady dobré praxe ze studijní cesty na Island

Ze studijní cesty na Island byl zpracován dokument „Příklady dobré praxe“, který je součástí této studie využitelnosti, a bude sloužit jako podklad pro případné legislativní změny, organizační úpravy systému.

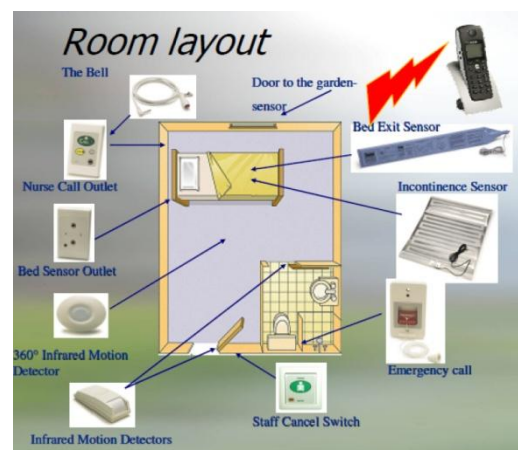
4.1 Konkrétní příklady dobré praxe z Islandu

Apartmánové uspořádání bydlení seniorů se zimní zahradou. Struktura bytu, nábytkové uspořádání a bezbariérovost celého objektu umožňuje realizaci péče o seniory v rozdílných stupních potřeby, resp. nesoběstačnosti.



Jmenovky u jednotlivých pokojů slouží v domově Sóltún současně jako poštovní schránky. Tento systém umocňuje nezávislost uživatele a posiluje pocit svébytného domácího života.

Signalizační systém na pokojích domova Sóltún. Oproti podobným systémům v ČR se jedná o propracovaný, sofistikovaný systém, který monitoruje pohyby i příp. pády uživatele.





Altán je v domově Sóltún je prosklený a vyhříváný, což je částečně dáno podnebím Islandu. I v ČR by však takto upravený altán umožnil prodloužení procházek a venkovního pobytu českým seniorům.

Téměř každé zařízení má k dispozici bazén, whirlpool. Bazén v domově Hrafnista je přístupný veřejnosti, což navozuje klientům/uživatelům dojem návštěvy běžného městského krytého bazénu a opět zvyšuje pocit integrity.



Spojení útulnosti a technicky nadstandardního vybavení pokoje v domově Hrafnista. Takovýto přístup je již zaznamatelný v českém prostředí.

V domově Hrafnista má každé oddělení vlastní prádelnu; ošetřovatelky perou osobní věci každého klienta zvlášť.



Některé další příklady dobré praxe:

- Velmi sofistikovaný a přitom tichý signalizační systém poskytující personálu veškeré potřebné informace o užívatelích, jejich aktuálním stavu, pohybu a potřebách; informace ze systému jsou zaznamenávány a vyhodnocovány v počítačích pracovníků zařízení. Na základě průzkumů bylo zjištěno, že signalizační systémy, resp. alarmující zvuky, které vydávají, stresují jak uživatele, tak zaměstnance domova a vyvolávají v nich nepříjemné pocity a stavy úzkosti. (Sóltún).
- Pokoje jsou vybaveny zvedáky a dopravníky imobilních klientů (Sóltún).
- Systém mikrofونů, kamer a monitorů umožňuje přenos kulturních a společenských událostí ze společných prostor na pokoje uživatelů, kteří se jich kvůli své zdravotní situaci nemohou osobně účastnit (Sóltún).
- 24hodinový elektronický klientský zpravodaj domova SAGA (Sóltún).
- Uživatelé mají volný přístup do kuchyně (Hrafnista).
- Osobní prádlo klientů není značeno a pere se každému zvlášť (Hrafnista).
- Vybavení pokojů, vč. např. záclon či ručníků, si každý uživatel přináší vlastní, resp. je podporován k vybavením vlastním nábytkem a osobními předměty (kromě ošetřovatelského lůžka a nočního stolku). (Hrafnista).
- Zaměstnanci nepoužívají uniformy a jedí společně s klienty (Hrafnista).
- Uživatelé se podílejí na mnoha každodenních aktivitách společně s personálem (jako je příprava jídla, výzdoba domova, péče o zahradu, apod.) (Hrafnista).
- Projekt „Alternativa Eden“. Jeho podstatou je řešení osamělosti, nudy a nedostatku pomoci u seniorů – uživatelů sociální služby. Při poskytování služby je velký důraz kladen na nezávislost uživatelů a jejich právo volby. Rysem projektu jsou „květiny – děti – zvířata“, s jejichž pomocí jsou individuální potřeby uživatelů služby naplňovány. Do zařízení dochází děti z mateřské školy i studenti ze středních škol. S určitými omezeními je v domově povolen chov domácích zvířat (Mörk).
- Typ bydlení „domácnosti“ – bydlení např. pro 10 uživatelů s vlastními pokoji, společná kuchyň a obývací pokoj (Mörk).
- Nadstandardní apartmánové ubytování (na ploše 80 a 140 m²) - uživatelé zde kromě pravidelných měsíčních plateb za služby (750, resp. 1300 €) skládají při nástupu depozit ve výši 50 000, resp. 87 000 €, který je v případě odstěhování či úmrtí klienta po odečtu amortizace vrácen. (Mörk).

5 Závěry studie využitelnosti

Mezi závěry studie je uvedena návaznost na první projekt „Komparace služeb sociální péče o seniory“, realizovaný v roce 2010, závěry z aktivity recipročních studijních pobytů, závěry z implementace Značky kvality v sociálních službách na Islandu, závěry z implementace systému interRAI v ČR.

5.1 Návaznost na první projekt „Komparace služeb sociální péče o seniory“

Cílem projektu „Komparace služeb sociální péče o seniory“ bylo elementárně popsat a následně komparovat systém péče o seniory v České republice a na Islandu. Kromě popisu jednotlivých systémů a jeho specifik šlo také o převzetí příkladů dobré praxe.

Výstupem tohoto projektu kromě zmiňované studie bylo také poznání některých zásadních prvků obou systémů, které jsou pro druhý systém nejen inovativní, ale i využitelný. Česká delegace se zástupci MPSV ČR vyhodnotila jako pro ČR potenciálně přínosný systém hodnocení soběstačnosti a potřeb uživatelů sociálních služeb interRAI. Islandské kolegy obdobným způsobem zaujal externí systém hodnocení kvality sociálních služeb, *Značka kvality v sociálních službách*.

5.2 Závěry z aktivity recipročních studijních pobytů

Oba dva studijní pobytu (z české strany složen ze zástupců odborné veřejnosti a veřejné správy, z islandské strany tvořeny ze zástupců partnerské organizace a jiných domovů pro seniory) byly primárně zaměřeny na implementaci obou systémů popsaných níže. Vedlejším efektem, a součástí odborných programů v obou zemích, bylo pak seznámení s modifikací celého systému od doby prvního projektu, návštěvy poskytovatelů sociálních služeb, odborné workshopy a reciproční závěrečné hodnocení přínosů celého projektu.

5.3 Závěry z implementace Značky kvality v sociálních službách na Islandu

Hrozbou této aktivity byla obava, zda je možné kritéria, podle kterých je hodnocena kvalita pobytových služeb sociální péče a jejich jednotlivé váhy implementovat na zcela jiný systém a vnímání kvality v cizí zemi. Tyto obavy se však ukázaly jako liché. Systém kvality byl představen samostatnými workshopy v jednotlivých islandských domovech a byl přijat pracovníky a vedením jednotlivých domovů nejen v prvotní fázi sdělení základních informací, ale i v dalších fázích, tj. bezprostředně po procesu hodnocení a následně již v České republice v rámci seznámení s výsledky hodnocení. Rozdílnosti v hodnocení kvality služby, zejména vyplývající s rozdílných tradic či platné legislativy, se ukázaly jako marginální.

Islandští poskytovatelé vnímali výsledky externí certifikace Značky kvality v sociálních službách nejen jako velmi užitečnou zpětnou vazbu, která byla posléze využitelná pro inovace poskytovaných služeb, ale také jako systém logiky hodnocení a nastavení hodnotících hodnot, které jsou po drobné adaptaci využitelné pro islandské prostředí. Všechny zapojené subjekty pak avizovaly zveřejnění výsledků certifikace a jejich využití v marketingové činnosti jednotlivých domovů- S celým systémem byl seznámen i prezident Islandské asociace domovů pro seniory a zároveň prezident EURRAGu.

5.4 Závěry z implementace systému interRAI v ČR

Systém interRAI je protiváhou českého systému soběstačnosti v rámci řízení o příspěvku na péči dle zákona č. 108/2006 Sb. a přílohy č. 1. Prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. Systém interRAI jde ale dále, výstupy hodnocení jsou na Islandu používány i pro rozsah následně poskytované péče a stanovování koeficientů k přidělování, resp. redistribuci, státních dotací.

V rámci projektu se podařilo přeložit, tj. zprostředkovat základní systém interRAI do českého jazyka, včetně potřebných formulářů, dále zorganizovat samostatný workshop na Islandu, jehož tématem byl tento nástroj a naposledy zorganizovat workshopy u jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb v ČR v rámci návštěvy islandských expertů.

5.5 Medializace projektu

Výstupy projektu jsou natolik zajímavé a přínosné, že o nich opakovaně vyšly odborné články v časopisu Sociální služby. Realizátor projektu, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, dále připravuje v r. 2012 vydání odborné publikace, které bude zachycovat nejdůležitější výstupy obou projektů a která bude distribuována poskytovatelům sociálních služeb ČR a zástupcům veřejné správy.

6 Použité prameny a literatura

BARTH, M.: Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Altenpflege. Urban & Fischer Bei Elsevier, Juli 2002.

BODENHEIMER, T. S.: Improving Primary Care, Strategies and Tools for a Better Practice. Lange Medical Books, 2001.

Brussels Representative Office, EFQM-Introducing, Brusel, 2003.

BURROWS A. B., MORRIS J. N., SIMON S. E., HIRDES J. P., PHILLIPS CH. D.: Development of a Minimum Data Set-based Depression Rating Scale for use in nursing homes. Age Ageing, 2000.

FRIES B. E., SION S. E., MORRIS J. N., FLODSTROM C., BOOKSTEIN F. L.: Pain in US nursing homes: validation in pain scale for the Minimum Data Set. Gerontologist, 2001.

GROSS, KNON, LOBINGER: Qualitätsmanagement in der Pflege. Hanserverlag, München, 2005.

HANZL, V., MADĚRA, Z. Ověřování kvality ve Švýcarsku. Rezidenční péče 2/2009.

HARTMAIER S. L., SLOANE P. D., GUESS H. A., KOCH G. G., MITCHELL C. M., PHILLIPS CH. D.: Validation of the Minimum Data Set Cognitive Performance Scale: Agreement with the Mini-Mental State Examination. J. Gerontol. Med. Sci., 1995.

HAVRDOVÁ, Z.: Kompetence v praxi sociální práce. Praha, Osmium, 1999.

HAWKINS, P., SHONET, R.: Supervize v pomáhajících profesích. Praha, Portál, 2004.

HOLLICK, J.: Pflegevisite. Kohlmann, Stuttgart, 2004.

HORECKÝ, J.: Značka kvality v domovech pro seniory. Tábor, Sociální služby, březen/2010.

KOLEKTIV AUTORŮ: *Značka kvality v sociálních službách*, příručka. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2010.

KOPŘIVA, K.: Lidský vztah jako součást profese. Praha, Portál, 1997.

MATOUŠEK, O.: Metody a řízení sociální práce. Praha, Portál, 2003.

MAUELSHAGEN, A.: Qualitätsmanagement in der Pflege. Bildungsverlag EINS, Troisdorf, 2004.

MISTIAEN, P.: Quick scan' kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief in de care-sector. Nivel, 2003.

RECK-HOG, U.: Qualitätsmanagement in ambulanten Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen. Lambertus, Freiburg, 2002.

SEYS, D. M.: Kwaliteit van zorg: zorg voor kwaliteit: Analyse en beïnvloeding van frequentie en kwaliteit van bewonergerichte zorguitvoering door groepsleid(st)ers in de residentiële zwakzinnigzorg (Unknown Binding), 1987.

TOPEN, v. d. H.: Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot verantwoorde zorg onderzocht. CTG ZAio, Utrecht, 2006.

TOPINKOVÁ, E.: Systém interRAI pro hodnocení klientů v sociálních službách, 2011

WEBER'S: Webster dictionary, Merriam-Webster, 2002 edition.

WEIBLER, U.: Qualität in der Altenpflege. Iatros Verlag; Auflage: 1, 2005.

Internetové zdroje

www.znackakvality.info

www.nrno.cz

www.interrai.org

<http://cms.hhs.gov/providers/nursinghomes/nhi/>

7 Seznam zkratek, tabulek a obrázků

ADL	Základní sebeobslužné činnosti
AL	Assisted living
APSS ČR	Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
CPS	Cognitive Performance Scale
CRV	Centrální rozhlasové vysílání
EFQM	Evropská nadace pro řízení kvality
EPS	Elektrická požární směrnice
HC	Home care
CHA	Community health assessment
IADL	Instrumentální činnosti
IQD	Institut für Qualitätskennzeichnung von sozialen Dienstleistungen GmbH
ISO	International Organization for Standardization
LTFC	Long-term care facility
MDS	Minimum Data Set
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
QAP	System kvality ve Švýcarsku
QI	Quality indicators
RUG	Resource Utilization Groups
SD	Směrodatná odchylka
SMO ČR	Svaz měst a obcí ČR
SP	Subperspektiva
WHO	World Health Organization
ZQ	Značka kvality v sociálních službách

TABULKA 1 KLINICKÉ PROTOKOLY INTERRAI	64
TABULKA 2 ŠKÁLA ADL HIERARCHIE INTERRAI	68
TABULKA 3 ŠKÁLA OBTÍŽNOSTI V PROVÁDĚNÍ IADL	69
TABULKA 4 ŠKÁLA KOGNITIVNÍCH SCHOPNOSTÍ, CPS ŠKÁLA	70
OBRÁZEK 1 INTEGROVANÝ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ SYSTÉM INTERRAI	54
OBRÁZEK 2 VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ HODNOCENÍ INTERRAI	55
OBRÁZEK 3 MOŽNOSTI VYUŽITELNOSTI KOMPLEXNÍHO HODNOCENÍ V OBLASTI ZDRAVÍ	57
OBRÁZEK 4 VÝSKYT KLINICKÝCH PROBLÉMŮ S POTENCIÁLEM ŘEŠENÍ U KLIENTŮ DLOUHODOBÉ PÉČE V EVROPSKÉM PROJEKTU SHELTER (N= 4156)	67
OBRÁZEK 5 INDIKÁTORY KVALITY (IQ) VYCHÁZEJÍCÍ ZE SYSTÉMU INTERRAI	72

8 Přílohy

Seznam příloh

- Příloha č. 1 Program studijní cesty českých expertů na Island
- Příloha č. 2 Powerpointová prezentace - *Značka kvality v sociálních službách*
- Příloha č. 3 Zápis ze studijní cesty českých expertů na Islandu (14. – 22. 8. 2011)
- Příloha č. 4 Program studijní cesty islandských expertů v České republice (18. – 23. 9. 2011)
- Příloha č. 5 Děkovný dopis ředitelky domova Soltun Nursing Home Anny Bierna Jensdóttir
- Příloha č. 6 Dotazník InterRAI LTCF systému přeložený do českého jazyka
- Příloha č. 7 Zdravotní profil pacienta/klienta
- Příloha č. 8 Klinické protokoly

Příloha č. 1

Program studijní cesty českých expertů na Island

Příloha č. 2

Powerpointová prezentace - *Značka kvality v sociálních službách*

Příloha č. 3

**Zápis ze studijní cesty českých expertů na Islandu (14. – 22.
8. 2011)**

Příloha č. 4

Program studijní cesty islandských expertů v České republice

(18. – 23. 9. 2011)

Příloha č. 5

Děkovný dopis ředitelky domova Soltun Nursing

Home Anny Bierna Jensdóttir

Příloha č. 6

Dotazník interRAI LTCF systému přeložený do českého jazyka

Příloha č. 7
Zdravotní profil pacienta/klienta

Příloha č. 8

Klinické protokoly