MALYRA

Mezinárodní zkušenosti a možnosti využití standardizovaných přístupů v domácí péči

Beata Raisová, 7. 10. 2026

Proč potřebujeme standardizaci v DP?

- **Rostoucí komplexita:** Pacienti v domácím prostředí vyžadují stále složitější úkony.
- **Autonomie sestry:** Domácí péče je vysoce nezávislá; sestra potřebuje jasná vodítka.
- **Digitální transformace:** Propojení standardů péče s klinickými softwary a elektronickou dokumentací.

Přehledové srovnání úrovní standardizace

Země	Primární úroveň standardizace	Hlavní hodnoticí / klasifikační nástroj	Zapojení e-Health v terénu
Německo	Národní (rigidní legislativní standardy)	Pflegegrade (1–5), expertní standardy DNQP	Vysoké (povinná elektronická dokumentace)
UK	Národní regulace, lokální klinické postupy	Rámce CQC (inspekce), standardy NICE	Plná integrace v rámci systémů NHS
USA	Federální i státní regulace	Nástroj OASIS (povinný pro Medicare/Medicaid)	Velmi vysoké (napojení na úhrady)
Kanada	Regionální (provinční autonomie)	Metodika interRAI-HC (komplexní geriatrické hodnocení)	Heterogenní (dle jednotlivých provincií)
Švýcarsko	Regionální (kantonální) s národní metodikou	Systém RAI-HC (Resident Assessment Instrument)	Vysoké (sdílená e-dokumentace, LEP/NANDA)

Německo

Kategorizace a expertní standardy

- **Kategorizace potřeb:** Celonárodně standardizovaný systém posuzování soběstačnosti rozděluje pacienty do **5 stupňů péče (Pflegegrade)**.

- **Klinické standardy:** Německá síť pro rozvoj kvality v ošetřovatelství (**DNQP**) definuje závazné expertní standardy pro klíčové oblasti domácí péče: prevence dekubitů, pádů, management bolesti, propuštění, chronické rány, kožní integrita, nutrice, kontinence, ústní hygiena, demence a posílení vztahů.

- **Silná stránka:** Vysoká právní jistota, jasně měřitelná kvalita, silná e-Health dokumentace.

Velká Británie (UK)

Klinická excelence pod hlavičkou NHS

- **Garance kvality:** Národní institut pro zdraví a péči (**NICE**) vydává klinická doporučení, která jsou standardem i pro domácí komunitní ošetřovatelství (*District Nursing*) a sociální péči.

- **Inspekční dohled:** Nezávislý regulátor **Care Quality Commission (CQC)** kontroluje poskytovatele domácí péče na základě 5 standardizovaných otázek (Je péče bezpečná? Efektivní? Ohleduplná? Reagující na potřeby? Dobře vedená?).

- **Filosofie:** Silný důraz na **person-centred care** (péči zaměřenou na člověka) a zapojení pacienta do rozhodování.

USA

Standardizace řízená finanční úhradou

- **Podmínka úhrady:** Federální programy *Medicare* a *Medicaid* striktně podmiňují proplacení domácí ošetřovatelské péče odesláním standardizovaného datového souboru **OASIS** (Outcome and Assessment Information Set).
- **Obsah OASIS:** Detailně mapuje zdravotní stav pacienta, kognitivní funkce, emoce a schopnosti ADL (všední činnosti).
- **Klinická terminologie:** Široké uplatnění standardizovaných ošetřovatelských jazyků (např. klasifikace **NANDA-I**, **NIC**, **NOC, OMAHA**).
- **Silná stránka:** Obrovské množství standardizovaných dat pro benchmarking kvality a predikci rizik.

OASIS – klíčové body pro sběr dat

MALYRA

WHEN TO COLLECT OASIS DATA

POINT IN PATIENT CARE	REASON FOR ASSESSMENT	ASSESSMENT TIMEFRAME
Start of Care (SOC)	Further visits planned	5 calendar days after the SOC date (SOC = Day 0)
Recertification (RC) Follow-Up (FU)	A follow-up for **recertification**	The last 5 days of every episode (60 days from SOC)
Other Follow-Up (FU)	There is a **significant change** in the patient's condition	Within 2 calendar days of significant change in patent's condition
Transfer With Discharge	Patient is transferred to an inpatient facility & **discharged** from agency	Within 2 calendar days of the discharge/transfer/death date, or knowledge of a qualifying transfer to inpatient facility
Transfer Without Discharge	Patient is transferred to an inpatient facility but **not discharged** from agency	Within 2 calendar days of the discharge/transfer/death date, or knowledge of a qualifying transfer to inpatient facility
Resumption of Care (ROC)	Care resumes after an inpatient stay	Within 2 calendar days of facility discharge date, or knowledge of patient's return home
Death at Home	Patient passes away at home	Within 2 calendar days of the discharge/transfer/death date
Discharge	Discharge that is not to an inpatient facility	Within 2 calendar days of the discharge/transfer/death date

Kanada a Švýcarsko

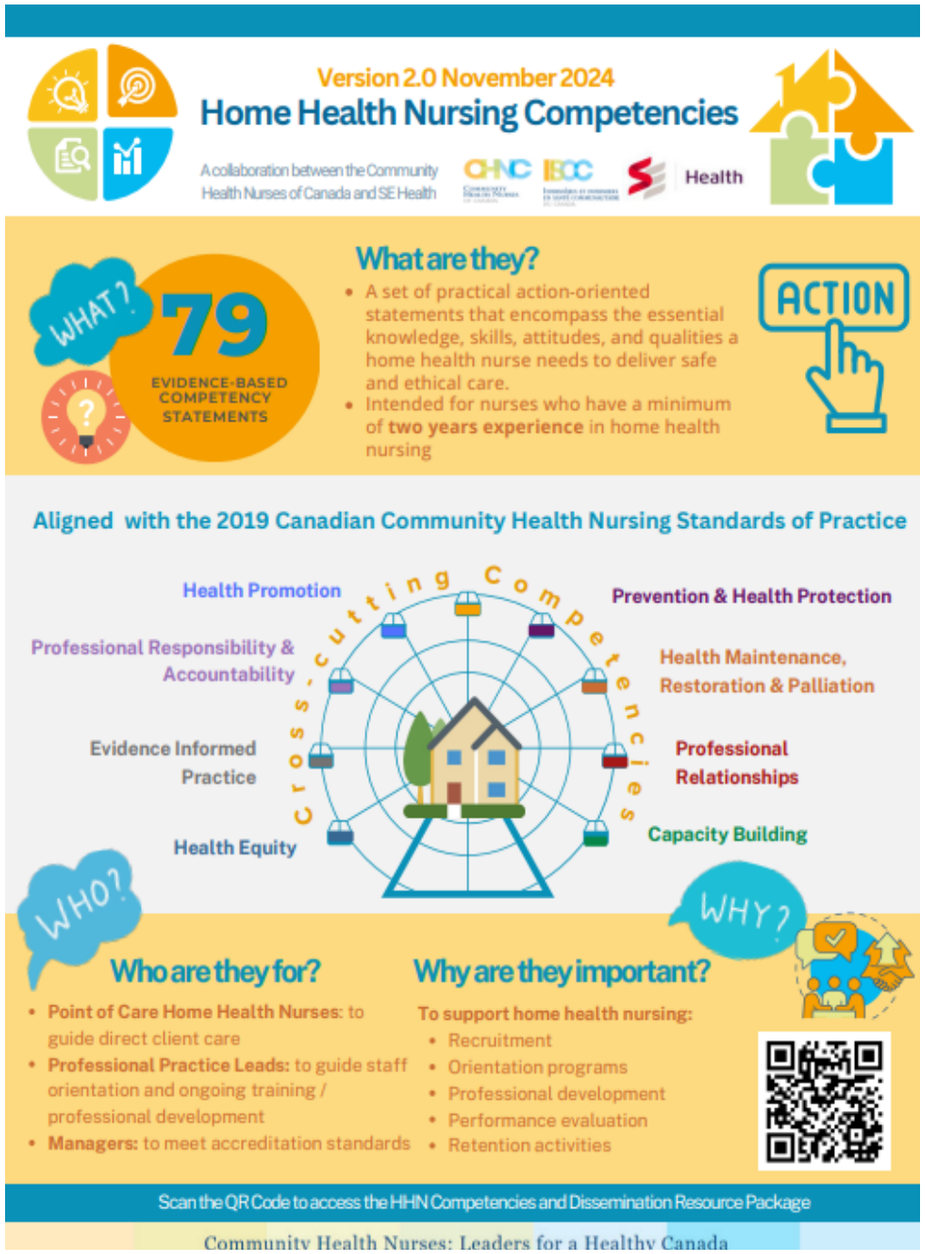
Decentralizované systémy se společným jmenovatelem

- **Společný nástroj:** Obě země se opírají o mezinárodní standardizovaný hodnoticí systém **interRAI / RAI-HC** (Home Care).
- **Metodika interRAI-HC:** Standardizované posouzení potřeb seniora v domácím prostředí, které automaticky generuje algoritmy pro plánování ošetřovatelské péče a kalkulaci rizikových škál (např. riziko pádů, podvýživy).

Kanadský model HHNC 2024

Cross-cutting competencies

- Kritické myšlení a analýza problémů
- Péče s ohledem na věk, rozvoj, kulturní aspekty
- Komunikační dovednosti v rámci multidisciplinárního týmu
- Identifikace a využití strategií k podpoře rozhodování pacienta
- Dokumentace a sdílení informací v rámci legislativního rámce
- Využití technologií s ohledem na ochranu dat



InterRAI

InterRAI – posouzení
zastupuje druhou generaci hodnotících systémů
Pozorování
Kognitivní funkce
Nálada
Komunikace
Mobilita
Sebepéče
IADL
Kontinence
Pády
Bolest
Fyzické prostředí
Sociální podpora
Formální služby
Diagnostický screening a posouzení rizik
Škály a ukazatele závažnosti
Klinické hodnotící protokoly
Indikátory kvality
Nástroje Casemixu

InterRAI

MALYRA

QOL-HC 1 interRAI™

interRAI™ Self-Reported Quality of Life Survey for Home Care

Interviewer Version

Date of Interview: ☐☐☐☐ Year ☐☐ Month ☐☐ Day

Interviewer ID: _____ Organization ID: _____

Person ID: _____

This survey has a variety of items about your quality of life. It also deals with how well _____ _____ [name of program] is providing services to you. The main focus of this survey is to learn what life is like for you personally.

I will read you a variety of statements about your experience with this organization and would like you to respond with how often that statement is true for you. There are no right or wrong answers.

Note to interviewers: USE THESE CODES AS NECESSARY.

- **6** Don't know
- **7** Prefer not to say
- **8** No response or cannot be coded from response (write down what is said)

A. Privacy

First, I'd like to talk with you about privacy.

For each statement, please answer with one of the following choices:

0 Never **1** Rarely **2** Sometimes **3** Most of the time **4** Always

_____ **A1. I can be alone when I wish.**

_____ **A2. I can have a private conversation when I wish.**

B. Food and Meals

The items that follow are about your meals.

For each statement, please answer with one of the following choices:

0 Never **1** Rarely **2** Sometimes **3** Most of the time **4** Always

_____ **B1. I get my *favorite* foods here.**

_____ **B2. I have enough variety in my meals.**

_____ **B3. I enjoy mealtimes.**

© interRAI 2013, RC 2008-2022 (3.2.1) www.interRAI.org Reproduction prohibited. Purchase interRAI forms at catalog.interRAI.org
ISBN: 978-1-62250-050-8

CA interRAI™ Contact Assessment (CA) Form Standard Version 1 interRAI™

A Screening Level Assessment for Intake to Home and Community Care

[CODE FOR LAST 24 HOURS UNLESS OTHERWISE SPECIFIED]

SECTION A. Demographic Information

1. NAME

a. (Given name) b. (Middle initial) c. (Family name)

2. SEX / GENDER IDENTITY

a. **Sex [Country Specific — Canada]** ☐☐
- **M** Male
- **F** Female
- **UN** Not assigned male or female

b. **Gender identity [Canada — Only]** ☐☐☐
- **M** Male
- **F** Female
- **OTH** Other gender identity
- **UNK** Not known
- **NA** Not applicable

c. **Person self-identifies gender as . . . [Canada — Only]**
Enter up to 15 characters
Do not include names, other identifiers

3. BIRTHDATE ☐☐☐☐ Year — ☐☐ Month — ☐☐ Day

4. MARITAL STATUS ☐
- **1** Never married
- **2** Married
- **3** Partner / significant other
- **4** Widowed
- **5** Separated
- **6** Divorced

5. NUMERIC IDENTIFIERS [COUNTRY SPECIFIC — CANADA]

a. **Healthcare identification number**

b. **Province or territory issuing healthcare identification number**

c. **Case record number**

6. POSTAL CODE OF USUAL LIVING ARRANGEMENT [COUNTRY SPECIFIC — CANADA]

7. AGENCY IDENTIFIER [COUNTRY SPECIFIC — CANADA]

8. INDIGENOUS IDENTITY [COUNTRY SPECIFIC — CANADA]
Person identifies as First Nations, Métis, or Inuit
0 No **1** Yes
- a. **First Nations** ☐
- b. **Métis** ☐
- c. **Inuit** ☐

9. PRIMARY LANGUAGE [COUNTRY SPECIFIC — CANADA] ☐☐☐
- **eng** English
- **fra** French

10. INTERPRETER NEEDED ☐
0 No **1** Yes

11. REASONS FOR REFERRAL

12. LOCATION OF ASSESSMENT ☐
- **1** Community
- **2** Hospital (excluding emergency department)
- **3** Emergency department
- **4** Other

SECTION B. Intake and Initial History

1. ASSESSMENT REFERENCE DATE
☐☐☐☐ Year — ☐☐ Month — ☐☐ Day

2. REFERRAL DETAILS

a. **Time frame for initiation of ordered treatments in community**
- **0** Not ordered
- **1** Treatment already initiated in community
- **2** 48 hours or more
- **3** 24 to less than 48 hours
- **4** 12 to less than 24 hours
- **5** Less than 12 hours

- a. **Administration of medication (other than IV)** ☐
- b. **Indwelling catheter** ☐
- c. **IV therapy** ☐
- d. **Wound care** ☐
- e. **Other (specify)** _____ ☐

b. **Referral to initiate or continue rehabilitation services** ☐
0 No **1** Yes

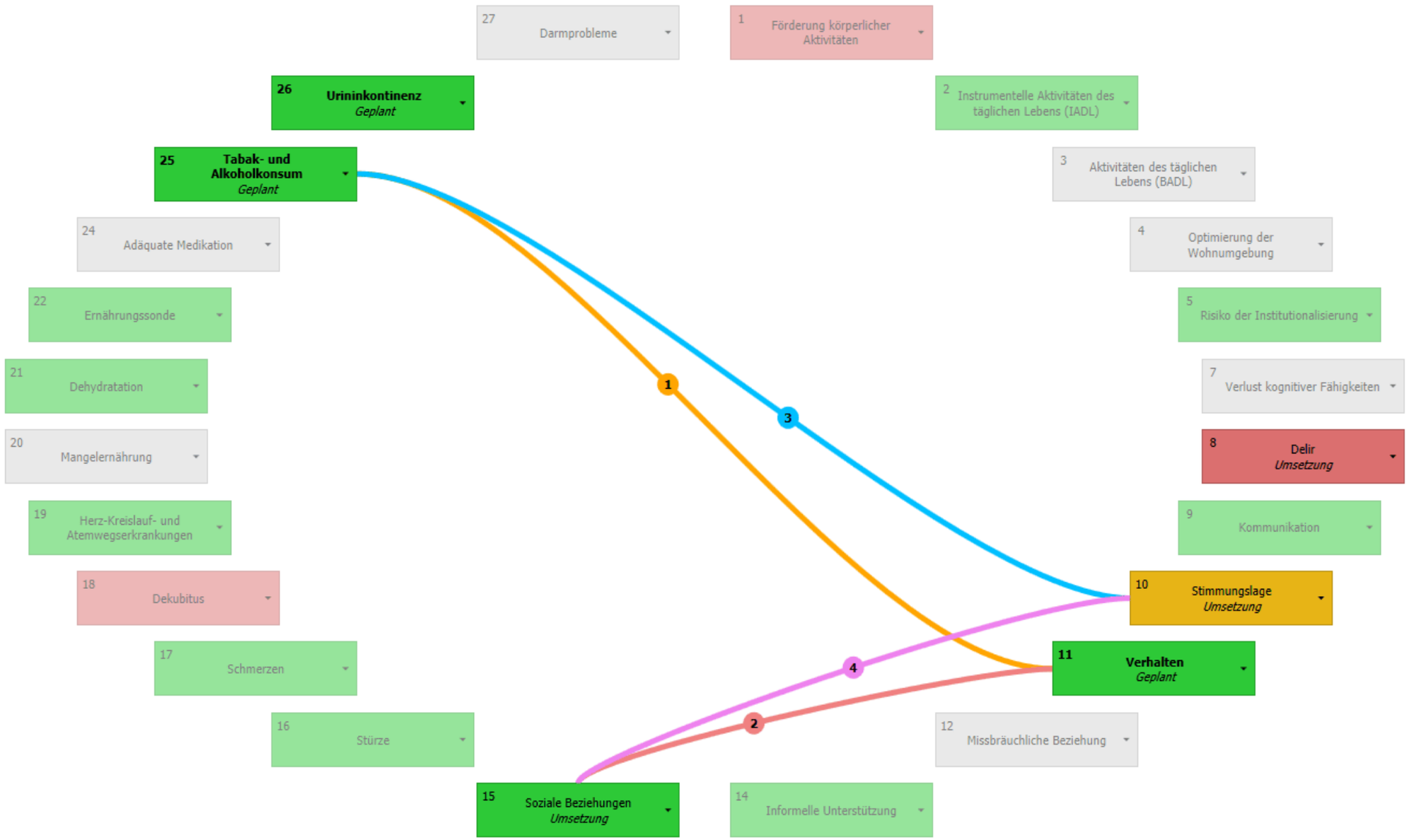
c. **Referral to initiate or continue palliative services** ☐
0 No **1** Yes

3. EXPECTED LIVING ARRANGEMENT DURING SERVICE PROVISION ☐
- **1** Alone
- **2** With spouse / partner only
- **3** With spouse / partner and other(s)
- **4** With child (not spouse / partner)
- **5** With parent(s) or guardian(s)
- **6** With sibling(s)
- **7** With other relative(s)
- **8** With nonrelative(s)

4. EXPECTED RESIDENTIAL / LIVING STATUS DURING SERVICE PROVISION [COUNTRY SPECIFIC — CANADA] ☐☐
- **1** Private home / apartment / rented room
- **2** Assisted living / semi-independent living / board and care
- **3** Mental health residence — e.g., psychiatric group home
- **4** Group home for persons with physical disability
- **5** Setting for persons with intellectual disability
- **6** Psychiatric hospital / unit
- **7** Homeless (with or without shelter)
- **8** Long-term care facility (nursing home)
- **9** Continuing care hospital / unit
- **10** Rehabilitation hospital / unit
- **11** Hospice facility / palliative care unit
- **12** Acute care hospital
- **13** Correctional facility
- **14** Other

© interRAI 1994-2022 (10.0) www.interRAI.org Reproduction prohibited. Purchase interRAI forms at catalog.interRAI.org
ISBN: 978-1-62250-214-4

Perigon – na základě Inter-RAI



www.malyra.cz

Možnosti využití v ČR

- **Zavedení jednotného hodnoticího nástroje:** Inspirace kanadským/švýcarským modelem **interRAI-HC** pro objektivní posuzování stavu pacienta při příjmu do domácí péče.

- **Propojení standardů s financováním:** Podobně jako u amerického systému OASIS navázat úhrady od zdravotních pojišťoven na objektivní, elektronicky dokumentované výsledky péče (odklon od pouhého vykazování výkonů).

- **Implementace expertních standardů:** Převzetí konceptu německého **DNQP** pro národní tvorbu klinických doporučených postupů v domácím prostředí.

- **Rozvoj e-Health:** Povinná standardizace elektronických záznamů ošetřovatelského procesu pro zajištění kontinuity a bezpečí pacienta v terénu.

Strategie pro management DP

MALYRA

1. „Jedno zadání, mnohonásobné využití“ (Single Entry, Multi-use)

2. Radikální eliminace staré byrokracie (One In, Two Out)

3. Mobilní e-Health technologie přímo u lůžka

4. Algoritmická podpora rozhodování (Automatizace)

5. Přesun administrativní zátěže na administrativní personál

Digital Healthcare Transformation - Strategic Pillars

Změna je nevyhnutná

MALYRA

Pilíře změny: Komplexní reforma domácí péče

Moderní a efektivní domácí péče

1. LEGISLATIVNÍ ZMĚNY

- **Novela zákona o zdr. službách:** Komunitní ošetřovatelství jako obor
- **Reforma sociálně-zdravotního pomezí:** Sdílení dat sester a soc. pracovníků
- **Legislativní ukotvení** e-Health a bezpečnost

2. POSÍLENÍ KOMPETENCÍ SESTER

- **Autonomie v preskripci:** Samostatné předepisování pomůcek
- **Příjem a hodnocení pacienta:** Rozhodování o frekvenci návštěv
- **Rozšíření pravomocí v terénu:** Modifikace péče dle skórovacích systémů

3. ÚHRADOVÝ MECHANISMUS

- **Odklon od „minutové" péče:** Platba za dny či epizodu péče
- **Finanční bonifikace za výsledky:** Pay-for-Performance, bez dekubitů
- **Úhrada za manažerský čas:** Koordinace péče s rodinou a e-plánování

Národní expertní standardy - Právní ochrana sester

Závěr

- Standardizace **není byrokratická zátěž**, ale klíčový nástroj pro udržitelnost a bezpečnost domácí péče.
- Pokročilé zahraniční modely jasně ukazují, že budoucnost domácí péče spočívá v
  - **datově řízeném managementu,**
  - **integraci sociálně-zdravotního pomezí**
  - **vysoké autonomii všeobecných sester.**

Zdroje

- https://interrai.org/instruments/
- https://www.cqc.org.uk/about-us
- https://getlimeai.com/what-is-oasis/
- cdn-home-health-nrsg-competencies-2024
- home-health-comps-dissemination-resource-pkg-2024
- cms.gov/medicare/quality/home-health
- https://web.root.ch/perigon-health
- https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/
- VORL_CAPs_im_Kreis_interRAIHC
- https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12876434/