



Evaluace projektu

„Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez přístřeší“

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0009641

Závěrečná evaluační zpráva

Konečná verze

Evaluační tým realizátora zakázky, 4G eval s.r.o.

Mgr. Barbora Latečková, vedoucí evaluačního týmu

Marie Körner, MBA, evaluátorka a manažerka kvality

JUDr. Renata Korečková, expertka zdravotně sociálního pomezí

doc. Ing. Oto Potluka, Ph.D., statistik a ekonom

4G eval s.r.o.

Říjen 2022



OBSAH

1.	ÚVOD	7
1.1	Stručný popis projektu	7
1.2	Účel a cíle závěrečné evaluace	8
1.3	Manažerské shrnutí	8
1.4	Doporučení	13
1.5	Executive Summary	15
2.	INFORMACE O HODNOCENÉM PROJEKTU	20
2.1	Teorie změny	20
2.2	Stakeholderi zapojení do závěrečné evaluace	22
3.	METODOLOGICKÝ PŘÍSTUP	25
3.1	Klíčové aspekty evaluace	25
3.2	Metody a nástroje sběru dat pro procesní evaluaci	26
3.3	Evaluační otázky a indikátory	27
3.4	Metodologická a jiná omezení	29
4.	EVALUAČNÍ ZJIŠTĚNÍ A ZÁVĚRY	29
4.1	Zjištění k efektivnosti	29
4.2	Závěr k efektivnosti	41
4.3	Zjištění k dopadům	43
4.4	Závěr k dopadům	70
5.	Příloha A – REVIDOVANÁ EVALUAČNÍ MATICE PRO ZÁVĚREČNOU EVALUACI	74
6.	Příloha B – DATA Z MĚSÍČNÍCH MONITOROVACÍCH ZPRÁV V PŘEHLEDOVÉ TABULCE	77
7.	Příloha C – SEZNAM RESPONDENTŮ ZÁVĚREČNÉ EVALUACE	82
8.	Příloha D – METODIKA SBĚRU KVANTITATIVNÍCH DAT	83
9.	Příloha E – METODIKA KAZUISTIK	85
10.	Příloha F – TYPIZOVANÉ PERSONY CS DLE TYPU POTŘEBNÉHO ZDRAVOTNÍHO OŠETŘENÍ ...	93
11.	Příloha G – KAZUISTIKY	95
12.	Příloha I – REVIDOVANÝ PODKLAD PRO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	145
13.	Příloha J – DETAILNÍ VYHODNOCENÍ DAT Z PILOTNÍCH ORDINACÍ	148
14.	Příloha K – TEXT ZADÁNÍ ANALÝZ PRO ÚZIS	154
15.	Příloha L – SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	157
16.	Příloha M – NEJČASTĚJI VYKAZOVANÉ DIAGNÓZY ORDINACÍ	160



Seznam diagramů

- Diagram 1 Teorie změny
- Diagram 2 Odhad dopadu projektu na četnosti výskytu hepatitidy
- Diagram 3 Odhad dopadu projektu na četnosti výskytu svrabu (na 1000 pacientů a měsíc) Praha a Pardubice
- Diagram 4 Odhad dopadu projektu na četnosti výskytu svrabu (na 1000 pacientů a měsíc) Olomouc a Ostrava

Seznam tabulek

- Tab. 1 Přehled stakeholderů v závěrečné evaluaci
- Tab. 2 Metody sběru dat v závěrečné evaluaci
- Tab. 3 Evaluační otázky pro závěrečnou evaluaci
- Tab. 4 Základní charakteristika datového vzorku
- Tab. 5 Počty osob CS odeslaných ke specialistům během pilotního provozu
- Tab. 6 Počty osob CS edukovaných v terénu během pilotního provozu
- Tab. 7 Počet vydaných potvrzení o bezinfekčnosti
- Tab. 8 Proočkovanost cílové skupiny a běžné populace
- Tab. 9 Počet výjezdů k ZZS k pacientům s COVID-19
- Tab. 10 Míra proočkovanosti pacientů CS v porovnání s běžnou populací
- Tab. 11 Četnost výskytu infekčních onemocnění
- Tab. 12 Průměry výskytu infekčních onemocnění na 1000 pacientů a měsíc
- Tab. 13 Četnost výskytu parazitárních onemocnění před projektem a během projektu
- Tab. 14 Základní charakteristika datového vzorku
- Tab. 15 Průměrné četnosti výjezdů ZZS na osobu
- Tab. 16 Průměrné četnosti hospitalizací na osobu

Seznam grafů

- Graf 1 Vývoj průměrného počtu ošetření (ordinace zapojené od dubna 2020)
- Graf 2 Vývoj průměrného počtu ošetření (ordinace zapojené od srpna 2020)
- Graf 3 Počet edukovaných osob CS v terénu v průběhu projektu
- Graf 4 Využívání služby rozdělení a přípravy léků
- Graf 5 Využívání služby doplatků na léky
- Graf 6 Počet terénních výjezdů PMT během projektu
- Graf 7 Vývoj průměrného počtu ošetření nejčastějších diagnóz (ordinace zapojené od dubna 2020)



- Graf 8 Vývoj průměrného počtu ošetření nejčastějších diagnóz (ordinace zapojené od srpna 2020)
- Graf 9 Vývoj relativních počtů výjezdů ZZS v ostravské ordinaci (na 1 pacienta) od roku 2014 do 2021
- Graf 10 Vývoj relativních počtů výjezdů ZZS v olomoucké ordinaci (na 1 pacienta) od roku 2014 do 2021
- Graf 11 Vývoj relativních počtů výjezdů ZZS v pardubické ordinaci (na 1 pacienta) od roku 2014 do 2021
- Graf 12 Vývoj nákladů na ošetření měřených počtem vykázaných bodů (ordinace zapojené od dubna 2020)
- Graf 13 Vývoj nákladů na ošetření měřených počtem vykázaných bodů (ordinace zapojené od srpna 2020)
- Graf 14 Průměrné náklady na jedno ošetření (body) Praha a Pardubice ve srovnání s Plzní
- Graf 15 Průměrné náklady na jedno ošetření (body) Ostrava a Olomouc ve srovnání s Plzní
- Graf 16 Vývoj relativních počtů hospitalizací v ostravské ordinaci (na 1 pacienta)
- Graf 17 Vývoj relativních počtů hospitalizací olomoucké ordinaci (na 1 pacienta)
- Graf 18 Vývoj relativních počtů hospitalizací pardubické ordinaci (na 1 pacienta)

Zkratky a akronymy

- 3E** Evaluační kritéria účelnost – účinnost – úspornost (z angl. *Effectiveness – Efficiency – Economy*)
- 5U** Evaluační kritéria účelnost – účinnost – úspornost – užitečnost – udržitelnost
- ABI** Index kotníkových tlaků (z angl. *Ankle brachial index*)
- AD** Azylový dům
- AIS** Ambulantní informační systém (název programu)
- AS** Armáda spásy
- CDZ** Centrum duševního zdraví
- CHIR** Chirurgie (zkratka nemocničního odd.)
- CS** Cílová skupina, případová studie
- COVID-19** Koronavirová nemoc 2019 (akronym z angl. *Coronavirus Disease, 2019*)
- ČES** Česká evaluační společnost
- ČSSZ/CSSZ** Česká správa sociálního zabezpečení
- ČR** Česká republika
- ČvT** Člověk v tísni
- DPP** Dohoda o provedení práce
- DSA** Domov sv. Anežky, Olomouc



EDS MPSV	Evidenční dotační systém Ministerstva práce a sociálních věcí
EFI	Oddělení Odbor Evropských fondů a investičního rozvoje Ministerstva zdravotnictví České republiky
EO	Evaluační otázka
EU	Evropská unie
GD	Skupinová diskuse (z angl. <i>Group Discussion</i>)
GDPR	Obecné nařízení o ochraně osobních údajů (z angl. <i>General Data Protection Regulation</i>), úplný název zní „Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (Obecné nařízení o ochraně osobních údajů)“
IBM SPSS	Softwarový balík pro statistickou analýzu (z angl. <i>Statistical Package for Social Sciences</i>), vlastněný firmou IBM
IDEAS	Mezinárodní evaluační asociace (z angl. <i>International Development Evaluation Association</i>)
ICHDK	Ischemická choroba dolních končetin
IS	Informační systém
IS ESF	Informační systém Evropského sociálního fondu
IZS	Integrovaný záchranný systém
ISIN	Informační systém infekčních nemocí
KA	Klíčová aktivita
KII	Rozhovor s klíčovým informantem (z angl. <i>Key Informant Interview</i>)
KONTROL	Srovnávací ordinace (zkratka v evaluační matici)
KÚ/KU	Krajský úřad (zkratka v evaluační matici – KU)
LNP	Léčebna následné péče
MMR-NOK	Ministerstvo pro místní rozvoj – Národní orgán pro koordinaci
MMZ	Měsíční monitorovací zpráva
MV (ČR)	Ministerstvo vnitra České republiky
MZ (ČR)	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NDC	Nízkoprahové denní centrum
NRHZS	Národní registr hrazených zdravotních služeb
OBP	Osoby bez přístřeší
OP	Občanská poradna, občanský průkaz
OPZ	Operační program Zaměstnanost
OTMZ	Odborný tým Ministerstva zdravotnictví ČR



OZP	Oborová zdravotní pojišťovna
PEZ	Průběžná evaluační zpráva
PMT	Preventivní mobilní tým
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
RBP ZP	RBP, zdravotní pojišťovna (název pojišťovny)
RL	Rodný list
ŘO	Řídící orgán
SLD	Středisko Samaritán pro lidi bez domova, Olomouc
SOC-MAG	Sociální pracovník Magistrátu (zkratka v evaluační matici)
SOC-SLUZBY	Zástupci relevantních sociálních služeb v daném městě (zkratka v evaluační matici)
SOUĐ	Insolvenční (krajský) soud (zkrácení pro účely evaluační matice)
TBC	Tuberkulóza
UNEG	Evaluační skupina Organizace spojených národů (z angl. <i>UN Evaluation Group</i>)
UO	Unikátní osoby
ÚP/UP	Úřad práce (zkratka v evaluační matici – UP)
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
V&O	Návštěva a pozorování (z angl. <i>Visit & Observation</i>)
VEZ	Vstupní evaluační zpráva
VHA	Virová hepatitida typu A
VHB	Virová hepatitida typu B
VOZP	Vojenská zdravotní pojišťovna
VZ	Veřejná zakázka
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZDRAV-SOC	Zdravotně sociální pracovník v nemocnici (zkratka v evaluační matici)
ZEZ	Závěrečná evaluační zpráva
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZPMV	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR
ZZS	Zdravotnická záchranná služba



1. ÚVOD

1.1 Stručný popis projektu

Projekt č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0009641 má název „**Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez přístřeší**“. Oficiální zkrácený název dle projektové žádosti zní „**Ordinace pro osoby bez přístřeší**“ (*Ordinace pro OBP*). Projekt byl zaměřený na problematiku bezdomovectví jako faktoru extrémního sociálního vyloučení a chudoby. Předmětem projektu bylo zajištění dostupnosti a vytvoření možnosti zdravotní péče pro osoby bez přístřeší a osoby ohrožené ztrátou přístřeší formou pilotního provozu pěti ordinací po dobu 24, resp. 18, resp 8 měsíců při splnění minimálního rozsahu služeb a personálního zajištění včetně podpory terénních služeb. Cílové skupině bylo vybrány dodavatelé služby/provozovatelé ordinací poskytnuto zdravotní ošetření, a to v rámci nutné a neodkladné péče a primární ambulanti péče doplněné o možnost specializované ambulanti péče. V rámci poskytovaných terénních sociálních služeb byl umožněn převoz osob bez přístřeší do zdravotnického zařízení a výjezdy na různá místa v terénu dle aktuálního výskytu klientů/pacientů. V zajišťování této služby v místech pobytu klientů/pacientů probíhala úzká spolupráce s pracovníky terénního programu, kteří zajišťují sociální služby v uvedených lokalitách a s lidmi žijícími na ulici pracují a znají místa jejich aktuálního pobytu. Návštěvy v terénu byly dopředu naplánovány za účelem převozu či edukace osob bez přístřeší na doporučení terénního pracovníka či na přímou opodstatněnou žádost osoby bez přístřeší. Práce personálu přímo v terénu zahrnovala první kontakt s pacientem, případný převoz do zdravotnického zařízení, edukaci pacientů, pomoc při zajištění základní hygieny pacientů. Na základě informací od terénních pracovníků nebo z jiné indikace byl proveden výjezd s přítomností lékaře. Přepravní vozidlo pro sociální službu bylo rovněž využíváno pro zajištění převozu pacientů do ordinace nebo jiného zdravotnického zařízení v případě identifikované potřeby v důsledku zdravotního stavu pacienta.

Přístup k základní zdravotní péči je ze zákona zaručen i pro osoby bez přístřeší a právní řád zaručuje všem zdravotní ošetření ve stávající síti zdravotních služeb. Časté odmítnutí při vyhledávání zdravotních služeb (ať už se jedná o hygienický stav, nedodržování léčebného režimu, přetíženost systému či odmítání ze zákonných důvodů dle §48 zákona o zdravotních službách), problémy s čerpáním těchto služeb (pokud je vyžadována úhrada služby, pokud klient nemá doklady či je problém s jeho ztotožněním¹, nebo péči čerpá mimo region uvedeného trvalého bydliště), vedou k nerovnostem v přístupu osob bez přístřeší k zdravotní péči. Dále zhoršená dostupnost specializovaných zdravotních služeb, které odpovídají potřebám pacientům bez přístřeší či jinak znevýhodněným, a zhoršené možnosti doléčení snižují efektivitu dalších služeb hrazených z veřejných rozpočtů.

Implementaci projektu měli na starosti úspěšní žadatelé tří dotačních výzev (třetí výzva byla vypsaná v průběhu projektu a nebyla evaluací sledována):

Program I. (implementováno 1. 4. 2020–31. 3. 2022)

- Olomouc – Charita Olomouc, název pilotního programu: „**Ordinace pro lidi v nouzi**“ (délka provozu: 24 měsíců)
- Ostrava – Armáda spásy, název pilotního programu: „**Ordinace pro chudé Ostrava**“ (délka provozu: 24 měsíců)

Program II. (implementováno 1. 8. 2020–31. 1. 2022)

- Praha – NADĚJE, název pilotního programu: „**Zvýšení dostupnosti zdravotní péče pro lidi bez přístřeší v Praze**“ (délka provozu: 18 měsíců)

¹ Novelizace zákona o občanských průkazech (zákon č. 269/2021 Sb.) přijatá v průběhu projektu administrativně zjednodušila ztotožňování osob CS bez průkazů.



- Pardubice – MUDr. Radoslav Svoboda, s.r.o., s partnerem SKP-CENTRUM o.p.s., název pilotního programu: „**Ordinace praktického lékaře pro osoby ohrožené sociálním vyloučením**“ (délka provozu: 18 měsíců)

Program III. (implementováno 1. 1. 2022–31. 8. 2022)

- Praha – Armáda spásy, název pilotního programu: „**Ordinace Armády spásy v Praze**“ (délka provozu: 8 měsíců)

Do evaluace byla rovněž zapojena srovnávací ordinace praktického lékaře, kterou provozuje Městská Charita Plzeň v Domově sv. Františka již od roku 2013. Praktický lékař dochází do ordinace z Polikliniky Bory.

1.2 Účel a cíle závěrečné evaluace

Hlavní účel evaluace projektu bylo ověření správnosti nastavení Klíčové aktivity 1 (KA1) – Podpora ambulantní zdravotní péče a terénních služeb, resp. dotačního programu a dalších souvisejících intervencí v rámci této klíčové aktivity s důrazem **na efektivnost a dopady (dvě evaluační kritéria závěrečné evaluace)**.

Cílem dopadové (sumativní) části evaluace bylo posoudit dosažené výstupy, míru jejich využití cílovými skupinami a potenciální přínosy k očekávaným dopadům. Na základě vyhodnocení evaluačních zjištění byla připravena doporučení k další činnosti. Účelem závěrečné evaluační zprávy bylo zkoumání dosažitelnosti dopadů, tedy výsledků projektů v kontextu poskytování zdravotní péče o osoby bez přístřeší, které se pokusily poskytnout podklady a doporučení pro případnou institucionalizaci tohoto typu služeb.

1.3 Manažerské shrnutí

ZVÝŠILA SE VYUŽITÁ KAPACITA SLUŽEB ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE ZAMĚŘENÉHO NA CS PROJEKTU V PILOTOVANÝCH MĚSTECH OPROTI VÝCHOZÍMU STAVU?

Počet pacientů z CS v ordinacích se zvýšil během realizace projektu o 2294 z původních 5917 (viz tabulka 4). Cíl projektu (min. 500 UO navštíví ordinaci během projektu) se podařilo splnit ve 3 ze 4 ordinací, tedy v Olomouci, Ostravě a Praze (v Pardubicích je populace osob CS menší, do 150 osob CS). Z dat IS ordinací je patrné, že po vstupu ordinací do projektu (1. duben, respektive 1. srpen 2020) došlo u některých z nich k nárůstu počtu ošetření osob bez přístřeší (Pardubice, Ostrava). Tento nárůst je způsoben náborem a intenzivnějším ošetřováním CS. V průběhu druhé poloviny projektu do jara 2022 počet ošetření zůstává relativně stabilní (Olomouc), nebo mírně klesá (Pardubice, Praha).

Model edukace osob z CS v terénu včetně pozvání do ordinace, případné ubytování a následné ošetřování v pobytové sociální službě fungoval efektivně. Bylo provedeno 2398 edukací osob CS a dále byly osoby CS 1399x odeslány ke specialistům (jedná se o měsíční součty z monitorovacích zpráv), 1292x byla poskytnuta služba „dávkovač léků“ (v průběhu projektu rostoucí poptávka viz graf 4) a 1268x byla poskytnuta služba doplatek na léky. **K potřebnosti této služby uvádíme, že na základě hloubkových rozhovorů s CS bylo zjištěno, že až 20 % osob z CS může mít potíže s doplácením (zejména dražších) léků.** Dalším negativem je, že některé bezdoplatkové léky na bázi opioidů mohou způsobovat závislosti, typicky byly stakeholdery zmiňovány léky proti bolesti. Přidruženým problémem vázaným na zhoršenou finanční situaci osob z CS je v kazuistikách několikrát zmiňovaný problém s jednorázovými výdaji na operační zákroky nehranené ze zdravotního pojištění. Z výše uvedených důvodů mohou mít pacienti z CS obtíže s adekvátním zaléčením. Dobrou praxí je v tomto případě srovnávací ordinace v Plzni, která umožňuje v lékárně v areálu Polikliniky Bory vydání léku zdarma osobám z CS, pokud mají recept z ordinace praktického lékaře z Domova sv. Františka (tedy z ordinace ošetřující osoby CS).

Oddlužení bylo využíváno méně než jiné služby, byla po něm také menší poptávka (jednotky osob CS měsíčně), s výjimkou období tzv. Milostivého léta. CS zpravidla prioritně řeší svůj zdravotní stav, řešení dluhové situace vyžaduje delší čas a vysokou motivaci. Dle oslovených poraden pro oddlužení ji poptávají



hlavně osoby CS pod střechem, typicky CS z azylových domů. Zvýšení nárůstu počtu pacientů ordinací a zároveň nerostoucí počet využívající služby oddlužení lze vysvětlit tím, že nárůst pacientů ordinací byl zaznamenán zejména díky oslovování osob CS v terénu – a osoby bez střechy nejsou primárními klienty služby oddlužení.

Efektivní spolupráci s následnými sociálními službami prokazují statistiky následných služeb v MMZ pro pacienty z CS, evidované ordinacemi (celkem 2213x jim byl vydáno potvrzení o bezinfekčnosti kvůli umístění do pobytové sociální služby), tedy byl naplněn cíl pomáhat CS s umísťováním do pobytové sociální a využívat návazné služby na sociálním pomezí (projekt nesbíral data o umístěných klientech, pouze o referovaných do služeb).

Odesílání a vyšetření u specialistů, pokud jsou odesláni z pilotní ordinace, je v kazuistikách popisováno jako bezproblémové. Jediná odbornost, která byla zmiňována CS častěji v kazuistikách jako obtížněji dostupná, byla stomatologická péče.

Preventivnímu mobilnímu týmu (PMT) se v projektu významně dařilo zachytávat osoby CS v terénu, přepravní vozidlo pro sociální službu bylo využíváno jak na přesun infekčních pacientů, tak na odvozy z terénu do zdravotnických zařízení. Úspěšné zachytávání osob CS v terénu prokazují četné kazuistiky (č. 10, 15, 18, 20, 22, 36, 39, 41, 51 a 52 a 56). Dle sociálních pracovníků je včasná intervence klíčová při prevenci akutních/septických stavů, které mohou končit v nejhorším případě amputací končetin, následnou invaliditou, a ještě tak zhoršují začlenění zpět do společnosti. Aktivita preventivního mobilního týmu byla důležitá i proto, že CS zpravidla neumí svou zdravotní situaci adekvátně vyhodnotit. Velmi důležité proto bylo i to, že se do terénu dostala všeobecná zdravotní sestra. Během pandemických vln se pak snižoval počet edukací ve prospěch převozu infekčních pacientů CS. Dobrou praxí (a mnohdy nezbytností) byl výjezd sociálních pracovníků spolu se sestrou a řidičem do terénu (znalost prostředí, kde se osoby CS vyskytují, tudíž větší efektivita výjezdů).

Míra proočkovanosti pacientů byla nižší než u většinové populace (viz tabulka 10), což lze očekávat. Ve všech cílových skupinách a u všech nemocí došlo ke snížení proočkovanosti, s jedinou výjimkou, kterou je ostravská CS u očkování proti chřipce. Toto je dáno zrušením některých plošných očkování. Velice pozitivní je ale efektivnost covidových převozů, která byla vyšší než u běžných odvozů ZZS. Efektivně se tedy dařilo zabráňovat šíření epidemie COVID-19 v populaci osob CS.

Dobrou praxí je také umísťování ordinace přímo do komplexu sociálních služeb (Olomouc, Ostrava, Plzeň), či do blízkosti nízkoprahového denního centra (Praha) a také možnost umístit doprovázejícího psa do kotců pro pacienty-klienty (Městská Charita Plzeň, Armáda spásy Ostrava), čímž se efektivně přispívá ke snižování práhu pro vstup do služby/přijetí do péče.

PŘÍSPĚL PROJEKT KE ZLEPŠENÍ PÉČE O ZDRAVÍ OSOB Z CS?

Pokud jde o výskyt infekčních onemocnění CS (hepatitida, TBC, chřipka, černý kašel), **celkově lze říci, že pro většinu zkoumaných diagnóz se relativní počet onemocnění zvýšil.** V případě TBC se výskyt nepatrně snížil, což lze přičíst zvýšenému zachytu osob z CS v terénu (prokázanému v předchozí evaluační otázce k efektivnosti a v kazuistikách).

Metodou rozdílů v rozdílech bylo provedeno srovnání pilotních ordinací se srovnávací (nepodpořenou) ordinací v Plzni u relativní četnosti onemocnění hepatitidou – viz diagram 2 (metoda spočívá ve srovnání dat v rozdílném čase – před a během projektu, a srovnání ordinací v projektu a mimo něj). **Výsledkem je dopad projektu na zvýšení zachytu nemoci oproti srovnávací ordinaci v Plzni, která terénní službou a sestrou v terénu nedisponovala.** Podobně jako u hepatitidy můžeme odhadovat dopady i u dalších diagnóz. Nejen pro diagnózu hepatitidy, ale i pro diagnózy TBC a chřipky vycházejí odhady dopadů tak, že se relativní počty případů zvýšily. Detailní rozbor podle věku a pohlaví jsou uvedeny v Příloze J.

U parazitárních onemocnění (svrab, pedikulóza, helmintóza) došlo opět převážně ke zvýšení zachytu nemocí a metoda rozdílů v rozdílech ukázala na odlišnou situaci v Plzni (viz diagramy 3 a 4). Roli zde hraje také sezónnost a lokální ohniska onemocnění. Opakující se nákazy v terénu či v zasažených zařízeních přispívají



k opakované nálezce osob CS a k nutnosti provádět ošetření vícekrát (viz kazuistiky a data z MMZ). U helmintózy nebyl zaznamenán ani jeden případ v žádné z ordinací, a to ani před, ani během projektu. Při zpracování evaluačních otázek 2.1-1 a 2.1-2 se ukázalo, že relativní četnosti jednotlivých diagnóz se mezi zkoumanými ordinacemi výrazně liší. Je pravděpodobné, že to souvisí s individuální praxí, jak lékaři zapisují diagnózy do systémů.

PŘÍSPĚL PROJEKT KE ZLEPŠENÍ SOCIÁLNÍ SITUACE CS?

Vzhledem k tomu, že projekt nenaplnil indikátor 60000 a nebyla u podpořených osob naplněna tzv. bagatelní podpora, nedocházelo v rámci projektu k automatickému mechanismu nastavenému IS ESF² (a ověřování dat u ČSSZ a ÚP). Evaluace se proto zaměřila na výpovědi v kazuistikách coby zdroj dat, na data z MMZ a na rozhovory se sociálními pracovníky. Vzhledem k nízkým číslům oddlužení (viz data MMZ v příloze B) a nízkým počtům pravidelně pracujících osob CS v kazuistikách lze usoudit, že **primárním prokazatelným dopadem projektu je skutečně zlepšení péče o zdraví CS, nikoliv komplexní řešení jejich sociální situace. Většina kazuistik a data z MMZ prokazatelně udávají zejména bezprostřední sociální zabezpečení klienta** (obstarání dokladů, dávek v hmotné nouzi, podání žádostí do domovů, žádostí o invalidní či starobní důchod, doprovod na úřady práce). Úspěšné příklady sociálního začlenění se týkaly zejména osob CS pod střechou (žijících v některé z pobytových sociálních služeb). V kazuistikách bylo upozorováno také bezdomovectví po propuštění zaměstnanců během pandemie: zvláště ohroženi jsou agenturní pracovníci, kteří mají práci navázanou na bydlení v ubytovně, a také cizinci. Problémem, na který sociální služby narážejí, je zaplněnost či zhoršená dostupnost dlouhodobých pobytových služeb s možností doléčení, včetně bezbariérových zařízení, a zařízení pro CS se závislostmi. Azylové domy často neměly potřebnou kapacitu, ani in-house zdravotnický personál (sestry z pilotní ordinace měly v rámci projektu možnost více do těchto zařízení docházet). Objevovala se poptávka po častějších doprovodech poskytovaných sociální službou, zejména u klientů s menší pohyblivostí, viz kazuistiky č. 7 a 8 (tyto doprovody lze označit jako obecně rozšířenou dobrou praxi) a také poptávka po rehabilitacích pro invalidní pacienty žijící v pobytových sociálních službách.

JAKÉ JSOU PRAVDĚPODOBNÉ EKONOMICKÉ EFEKTY PROJEKTU NA ŠIRŠÍ SYSTÉM

Zde byla zkoumána data z ÚZIS, o která jsme požádali na základě předběžných zjištění o opakovaných hospitalizacích a odvozech ZZS. Analýza těchto dat v delším časovém horizontu (od r. 2014) tak umožnila i srovnání z doby před projektem, potažmo u některých ordinací i z doby před otevřením ordinace (viz příloha J). **Z delšího časového pohledu vidíme klesající trend podílů výjezdů ZZS u celé CS po zahájení projektu.** U CS, která se zdržuje v obvodu ordinací, je patrný mírný trend poklesu relativního počtu výjezdů. Na příkladu Pardubic je patrné, že výjezdy ZZS k pacientům, kteří méně často navštěvují ordinaci, jsou častější (průměrný počet primárních výjezdů na 1 pacienta z CS viz graf 9), u dlouhodobě fungující ordinace v Olomouci, kde jsou osoby monitorovány a relativně zaléčeny, je situace poměrně srovnatelná (viz graf 10). Přesto lze vysledovat i další snížení výjezdů ZZS k případům osob CS během samotného projektu. To potvrzují **zástupci sociálních služeb napříč zapojenými městy, kteří uvádějí, že přítomnost pilotní ordinace umožní konzultace složitých případů, kde si nejsou jisti, zda volat záchranku či nikoli**, a tedy nepotřebují pacienta preventivně umístit do nemocnice, pokud se obávají, že se zdravotní stav zhorší (typicky epileptické záchvaty, podezření na infarkt apod.) Tuto informaci (pozitivní efekt) potvrdili také přímo zástupci ZZS.

Z dat ÚZIS a orientačních nákladů za odvozy ZZS byl spočítán efekt na systém veřejných úhrad. Náklady na osoby z CS jsou v porovnání s běžnou populací o 345,70 Kč vyšší (osoba/ měsíc). **Pokud bude pro výpočet použit údaj z Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, nacházelo se v ČR celkem 23 800 osob bez domova (údaj z r. 2019), pak činí měsíčně rozdíl navíc na péči o CS celkem 8 226 803,20 Kč oproti běžné populaci, což je cca 100 mil. ročně navíc v péči o CS za odvozy ZZS.** Detailní kalkulace viz EO 2.3-1. Je nicméně doporučeno ještě s odstupem dvou let po projektu ověřit výsledky, aby se ukázalo, zda se podařilo snížit počty výjezdů ZZS tím, že se snížilo zatížení CS chronickými nemocemi.

² Informační systém Operačního programu Zaměstnanost Evropského sociálního fondu.



Podobně lze hodnotit pozitivní dopad projektu na snížení hospitalizací osob z CS. **Z dat ÚZIS lze pozorovat, že pacienti, kteří nenavštěvovali pravidelně ordinaci, leželi v nemocnici průměrně delší počet dní, oproti těm, kteří ji ve sledovaném období ordinaci navštívili 3x a více, a to ve všech sledovaných městech. Lze tedy pozorovat velký efekt prevence.** Z delšího časového pohledu vidíme také klesající trend podílů hospitalizací u celé CS po zahájení projektu. Tento trend vidíme sice i u běžné populace (vliv COVID-19), nicméně u olomoucké CS a také u pardubické CS je klesající trend u CS výrazně silnější (u olomoucké téměř dvakrát tak rychlý) než u běžné populace.

K hospitalizacím máme shodnou informaci od zdravotnického personálu (lékaři, sociálně-zdravotní pracovníci v nemocnicích) i sociálních pracovníků, totiž, že **chybí po propuštění z nemocnic/LNP návazné doléčení a pobytové služby (krátkodobé i dlouhodobé)**. Azylové domy v některých případech suplují i paliativní péči (péči o pacienty CS v terminálním stádiu nemoci, viz kazuistika č. 27). Problémem do budoucna jsou celkově obsazené kapacity zařízení na sociálně zdravotním pomezí, zatížených nyní ještě více uprchlickou vlnou z Ukrajiny (zejména ubytovny, ale i LNP), což se týká i (vytíženosti) ordinací praktických lékařů, potažmo se jedná o riziko budoucí možné replikace projektu.

V rámci odhadu ekonomických efektů zvýšených hospitalizací osob CS nebylo možné získat náklady na lůžkoden sledovaných osob CS, ani průměrný denní náklad, protože ty se řádově liší dle typu léčby. Nicméně pokud je ověřený náklad na odvozy zdravotnickou záchrannou službou oproti běžné populaci v řádech stovky milionů Kč ročně, **lze na základě vysoké četnosti hospitalizací i řádově vyšší nákladnosti hospitalizací oproti odvozům s poměrně velkou pravděpodobností dovodit, že náklad se bude pohybovat minimálně v řádech miliard korun ročně.** Pro potřeby decision-makerů je doporučeno uplatnit přesnější metodický postup uvedený ve zprávě (EO 2.3-3).

Co se týče vykazování výkonů (body), pak je patrné, že intenzita práce v pilotních ordinacích kolísala v průběhu času v závislosti na ročním období (v zimních měsících obvykle ordinace vykazují větší množství poskytnuté péče). Průměrné náklady na jedno ošetření sice mezi ordinacemi kolísají, ale rámcově se udržují na podobné úrovni. V ordinacích v Praze a Ostravě náklady vzrostly kvůli tomu, že došlo k vyššímu zachytu pacientů, v pardubické a olomoucké ordinaci jsou dlouhodobě celkové náklady ve stabilní výši. **Průměrné náklady na pacienta se rámcově pohybují na stejné úrovni v průběhu celého sledovaného období u všech zkoumaných ordinací.**

LZE NA ZÁKLADĚ VÝSLEDKŮ DOPORUČIT INSTITUCIONALIZACI SLUŽBY?

Na základě dat z primárních i sekundárních zdrojů lze jednoznačně doporučit projekt k replikaci v národních projektech (pravidla EU neumožňují replikaci stejného projektu), respektive ve všech krajských městech, kde dosud podpořená ordinace není. Mnozí klíčoví stakeholderi se shodují, že služby ordinace považují za nenahraditelné v současném systému péče, respektive k nim neexistuje alternativa. Situace mezi respondenty na úřadech v Krajech, mezi kterými proběhlo dotazníkové šetření, byla různorodější. Z odpovědí je zřejmé, že krajské odbory zdravotnictví si často neuvědomují specifika zdravotní péče o osoby CS a zvláštní potřeby této skupiny v systému zdravotních a sociálních služeb. Respondenti měli někdy tendenci považovat téma za čistě sociální. Někdy neměli jasný přehled o počtu osob bez přístřeší v kraji. V odpovědích opakovaně odkazují na poskytovatele sociálních služeb. Bezdomovectví často nevnímají jako specifickou překážku v přístupu k péči o zdraví, a tedy ani jako agendu pro odbor zdravotnictví.

Klíčových přínosů projektu (viz EO 2.4-1) uvádějí stakeholderi celou řadu **a projekt zaznamenal jednoznačné bezprostřední přínosy jak pro CS, tak pro pilotní ordinace a jejich fungování.** Počínaje hygienickým zázemím a ošetřením pro CS (včetně cizinců, u kterých je neakutní péče obtížnější), přes fakt, že se osoby z CS dostaly do péče, přes stávající bariéry a někdy i vlastní nedůvěru vůči zdravotnickému personálu (pomohla sestra v terénu a zvýšená depistáž), po nabídku celé řady služeb (rozdělení a příprava léků, úhrada léků, možnost dražších kvalitnějších převazů). **V souladu se závěry evaluace byly zmiňovány následující přínosy: záchyt vážnějších onemocnění a prevence akutních stavů, hospitalizace CS, zaléčení nemocí, prevence šíření nemoci ve většinové populaci a posouvání klientů do pobytových služeb.** Specialisty se sice nepodařilo systematicky zapojit a někdy udržet, ale byla posílena neformální síť specializované péče (sociální služby úžeji spolupracovaly se všemi odbornostmi včetně poskytovatelů primární péče). **Důležité pro**



budoucí fungování ordinace je vybavení ordinací, které zmiňují všechny pilotní ordinace (naopak srovnávací ordinace v Plzni je dle svých slov nedovybavena na některá vyšetření, zejména POCT diagnostiku a také EKG, kterou naopak pilotní ordinace využívají).

Sociální služby shodně uvádějí lepší kompetenci řešit složitější případy klientů a také lepší odhad na volání ZZS k akutním stavům (toto shodně potvrzují zástupci ZZS). Stejně tak došlo k prohloubení spolupráce ve všech čtyřech zařízeních mezi pilotní ordinací a sociální službou, usnadnění odesílání do pobytových služeb díky potvrzením o bezinfekčnosti zdarma (v běžné síti jsou hrazené).

Mezi hlavní negativní dopady lze zařadit zejména přerušení či snížení pravidelných finančních toků do ordinací a určitou destabilizaci provozu zejména v Olomouci po ukončení dotace, a administrativní zátěž projektu. Mezi systematicky neošetřenou část inovace patří to, že ordinacím nezůstalo po ukončení projektu automaticky přepravní vozidlo pro terénní sociální službu, a že klíčoví specialisté (zejména stomatology, ale také gynekologie, psychiatrie) nebyli přímo zapojeni do projektu v rámci širšího pojatého multidisciplinárního týmu. Ordinace také uvádějí, že po ukončení projektu bylo obtížné udržet personál z důvodu nízkého mzdového ohodnocení. Odborný tým Ministerstva zdravotnictví zaznamenalo menší zájem o inovace, pilotní testování a školení, což souvisí s udávaným administrativním vytížením a nutností „adaptace“ projektu a fungování ordinací na COVID-19. Ohledně školení ordinace (včetně srovnávací ordinace) uvádějí, že přínosem by bylo školení v drobné chirurgii pro praktické lékaře a ošetřování ran pro sestry. Sociální služby uvádějí shodně, že školení by potřeboval z druhé strany také zdravotnický personál o sociálních otázkách a specifikách komunikace s CS.

V projektovém modelu by ordinace chtěly pokračovat, ale je to po ukončení projektu možné v omezeném rozsahu, protože nemají k dispozici buď přepravní vozidlo pro terénní sociální službu, řidiče a/nebo také zdravotní sestru jako doprovod do terénu. Pro udržení rozsahu péče **by ordinace potřebovaly nastavit spolehlivé a dostatečné financování, nezávislé na aktuálních dotacích krajů či měst a zajistit možnost adekvátně uhradit náklady personálu, případně měly například možnost angažovat studenty medicíny** (praktický lékař ordinace by však musel mít možnost stát se garantem jejich výuky. Dobrou praxí je, že pilotní ordinace v Olomouci spolupracuje s Lékařskou fakultou a její studenti oboru Sociálního lékařství chodí na stáž do pilotní ordinace za praktickým lékařem, seznamují se s tím, co povolání obnáší, ačkoli stáže neumožňují přímou péči o pacienty. Možnost angažovat zdravotnický personál například z Ukrajiny (usilují o to dlouhodobě Pardubice, kde ale v současném systému zdlouhavě čekají na aprobaci). V souvislosti s nutností bonifikovat péči o CS zdravotními pojišťovnami, a pomoci tak zajistit udržitelné financování (Příloha I), byly v rámci společných konkrétně zmíněny tyto návrhy: podpora vybraných zařízení pečujících o CS, zvýšení četnosti některých výkonů, specifický kód péče o CS, zvýšení kapitačního paušálu, zahrnutí návštěvních hodin CS do celkové ordinační doby a zvýšení úhrady za účast na službách lékařské pohotovostní služby.

Dále byly v projektu úspěšně pilotovány nové výkony specifické pro CS (viz také příloha I), které by bylo vhodné nově vykazovat zdravotním pojišťovnám, vyžaduje to však změnu úhradové vyhlášky.

Je doporučeno rozšířit mezi zainteresované strany metodicky cenné dokumenty pro další replikaci: metodika ošetřování CS v karanténních domech (Ostrava), metodika práce terénního týmu, podrobná brožura projektu, souhlas s předáváním informací o klientovi-pacientovi CS v Pardubicích. Je rovněž doporučeno Odbornému týmu MZ nechat přeložit a rozšířit dostupnou zahraniční odbornou literaturu v oblastech: všeobecná doporučení k péči o osoby CS, kardiovaskulární nemoci, diabetes, chronická bolest a astma u osob CS. Je rovněž doporučeno realizovat dopadovou evaluaci po dvou letech od ukončení projektu a vygenerovat aktualizovaná data z ÚZIS k ověření dlouhodobých efektů projektu.



1.4 Doporučení

Z hlediska změn legislativy je doporučeno:

Č.	Znění doporučení	Adresát
1.	Rozšíření pobytů v azylových domech pro osoby CS s látkovými závislostmi v pobytových službách sociální prevence je již obsaženo v novele zákona o sociálních službách Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Bylo by však vhodné v rámci téže novely rovněž doporučit začlenění nějaké formy zdravotní péče pro CS pod nově přejmenovanou službu Nízkoprahová centra (NDC, noclehárny).	MZ
2.	Zavedení pouliční medicíny. Iniciovat změnu zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách, resp. ošetřit jeho znění tak, aby bylo možné ošetřovat CS v jejich přirozeném prostředí, a nikoli pouze poskytovat edukaci.	MZ
3.	Z hlediska změny zákonů pro účely práce sociálně-zdravotních pracovníků (Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů) je dále spatřován prostor v profesních předpisech zdravotně-sociálních pracovníků tak, aby mohli efektivně řešit potřeby CS (zmiňovanou absenci supervizí však bude řešit novela zákona o sociálních službách, konkrétně vytvoření § 115b - Supervizor v sociálních službách).	MZ
4.	Zjednodušit aprobační řízení pro zdravotnický personál z Ukrajiny (Zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta).	MZ

Z hlediska financování je doporučeno:

Č.	Znění doporučení	Adresát
5.	Nastavit spolehlivé a dostatečné financování ordinací ošetřující osoby CS, nezávisle na aktuálních dotacích z krajů či měst (samospráv). MPSV by mohlo hradit sociální část práce včetně úspěšného modelu preventivního mobilního týmu (s důrazem na propojení sociálně zdravotního pomezí), a zdravotní část péče by adekvátně ohodnotily zdravotní pojišťovny. Konkrétně jde o hrazení specifických nových výkonů zdravotní pojišťovnou (nezbytných pro ošetření osob CS), přímou podporu vybraných zařízení se statutem ordinace pro osoby bez přístřeší, a/nebo specifický zesilující kód ošetření pro CS (přičítací kód) pro zohlednění časové náročnosti ošetření (všechna doporučení jsou uvedeny souhrnně v příloze I).	MPSV, MZ, Zdravotní pojišťovny
6.	Pokud jsou Kraje zřizovateli nemocnic, dostatečně v nich posílit pozice sociálně-zdravotních pracovníků, aby byli součástí příjmových pracovišť a mohli pracovat s osobami CS již na akutních lůžkách a řešit jejich sociální situaci. Dále zajištění adekvátních prostor pro hygienické ošetření (k využití nejen pro osoby CS).	Kraje
7.	V případě replikace projektu v dalších městech formou dotace je doporučeno pořízení nástrojového vybavení na drobnou chirurgii (sterilizátor) a vyškolení praktického lékaře v drobné chirurgii a v dermatologii (kde má CS časté zdravotní potíže).	MZ



Z hlediska budování sociálně zdravotního pomezí je doporučeno:

Č.	Znění doporučení	Adresát
8.	Zvýšit koordinaci aktérů na meziresortní úrovni při přípravě zákona o dlouhodobé péči a při nastavení chystané dotace MPSV v roce 2023.	MZ, MPSV
9.	Přesvědčivá prezentace přínosů tohoto typu péče zejména pro Kraje (včasná léčba banálních potíží jako prevence závažných stavů končících invalidizací, šetření kapacit záchranné služby a urgentních příjmů nemocnic, ochrana veřejného zdraví díky testování, očkování a terénní depistáži, možnost posouvat osoby CS z ulice pod střechem díky sledování a stabilizaci zdravotního stavu). Seznámení odpovědných osob na krajských úřadech se specifickými okolnostmi péče o osoby bez přístřeší, prezentace dobré praxe včetně zdůraznění prospěchu, který přináší spolupráce sociálních služeb se zdravotními. Vysvětlení zvláštností a charakteristik této cílové skupiny a pojmenování potřeb odlišných od běžné populace, kvůli kterým nelze řešit její zdravotní problémy jako u běžné populace (mj. nutnost hygienického zázemí pro očištění před ošetřením, potřeba lůžek pro vyležení běžných onemocnění).	MZ
10.	Posílení bezbariérové kapacity na doléčení osob CS v podobě zvýšení kapacity bezbariérových azylových domů se zdravotní péčí (včetně tzv. mokřích domů pro osoby s látkovými závislostmi a odbornou péčí (zejména psychiatr, adiktolog), a pobytové služby pro propuštěné z nemocniční péče.	MPSV, Magistráty krajských měst
11.	Dostatečně vzdělávat personál na sociálně zdravotním pomezí („psychiatrické minimum“, komunikace s osobami CS, problematika sociální práce).	MZ
12.	Budou-li vznikat nové ordinace praktického lékaře pro osoby CS, měly by být součástí nízkoprahového centra či mít v blízkosti hygienické zázemí, neboť se to ukázalo opakovaně jako dobrá praxe a může to být podmínka zdravotních pojišťoven pro získání bonifikace.	MZ

Ostatní doporučení:

Č.	Znění doporučení	Adresát
13.	Posílit spolupráci s univerzitami (stáže v ordinacích pro studenty medicíny, propagace oboru všeobecného praktického lékařství, kde je akutní nedostatek lékařů), umožnit výkon práce v ordinacích před ukončením aprobace (systém garancí).	MZ
14.	V případě potřeby realizovat v pilotních ordinacích návazný projekt ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami, kdy by podobně jako u projektu mobilní hospicové péče MZ ČR měly zdravotní pojišťovny přehled v reálném čase o náročnosti péče o osoby CS.	MZ
15.	V případě pokračování pilotního projektu by byla vhodná větší variabilita týmů (délka a typ úvazku, podle potřeb dané ordinace). Převážná vozidla pro sociální službu nebylo možné hradit jako investici, ale je možné financovat například pronájem vozů (provoz, případně úvazek řidiče).	MZ
16.	Tam, kde je to již nyní možné, realizovat elektronickou datovou komunikaci namísto listinných propouštěcích zpráv z nemocnice (tato služba bude do několika let tak jako tak povinná na základě zákona o elektronizaci zdravotnictví č. 325/2021 Sb.).	Poskytovatelé zdravotních služeb



17.	Rozšířit mezi zainteresované strany metodicky cenné dokumenty pro další replikaci: metodika ošetřování CS v karanténních domech (Ostrava), metodika práce terénního týmu, brožura projektu, souhlas s předáváním informací o klientovi-pacientovi CS z pardubického týmu.	MZ
18.	Doporučujeme pro zjištění konkrétní výše úhrad pacientů pilotních ordinací za hospitalizace dodatečně zažádat ÚZIS o vygenerování těchto dat na základě rodných čísel v agregovaných souborech. Z hlediska dlouhodobého hodnocení efektů projektu pak doporučujeme opětovné ověření výsledků s odstupem dvou let po projektu a na základě dat z ÚZIS opět zhodnotit efekty dopadu na systém veřejných úhrad (snížení počtu výjezdů ZZS, snížení počtu hospitalizací v důsledku zajištění prevence a včasné léčby).	MZ, ÚZIS

1.5 Executive Summary

DID THE USED CAPACITY OF THE GENERAL PRACTITIONERS' OFFICES FOCUSED ON THE PROJECT TARGET GROUP IN THE PILOT CITIES INCREASED COMPARED TO THE BASELINE?

During the project implementation, the number of unique patients from the target group (homeless persons, further referred to as HP) in the General practitioners' (GP) offices in the pilot cities increased from the initial 5,917 by 2,294 (see Table 4).

The project target (min. 500 unique patients visiting the pilot GP offices during the project) was met in 3 out of 4 office, i.e. in Olomouc, Ostrava and Prague. In Pardubice, the population of HP is smaller, up to 150 HP). The data from information systems (IS) of the offices show that after the GP offices joined the project (on 1 April and on 1 August 2020, respectively), Pardubice and Ostrava experienced an increase in the number of HP treated. This increase is attributed to the recruitment and more intensive treatment of HP. During the second half of the project until spring 2022, the number of treatments remains relatively stable (Olomouc) or slightly decreases (Pardubice, Prague).

The model of educating HP in the field, including invitation to the GP offices, possible accommodation and subsequent treatment in the residential social service have proven effective. There were 2,398 education sessions for HP, 1,399 were referred to specialists (monthly totals from GP offices monitoring reports). Over the project duration, the GP offices provided 1,292 medicine dispensers for which there was an increasing demand. Payments for medicine were supplemented 1,268 times. **As was established through in-depth interviews with HPs; up to 20% of them may have difficulties paying extra for (especially more expensive) medicines.** The problem of one-off expenses for surgery not covered by health insurance, mentioned several times in the case studies, further worsened their financial situation. An associated problem linked to the worsened financial situation of HPs is the problem of one-off expenses for surgery not covered by health insurance, which was mentioned several times in the case studies. Another negative is that some over-the-counter opioid-based medications can cause addiction. Stakeholders mentioned painkillers as a typical example.

For the reasons mentioned above, HP patients may have difficulties with adequate treatment. An example of good practice in this case is the comparative GP office in Plzeň. The pharmacy on the premises of the Bory Polyclinic is allowed to issue free medication to HP if they have a prescription from the GP's office of the St. Francis Home (i.e. from the office of the person treating HP).

Debt relief was used less than other, health relate services, and there was less demand for it (measured in units of HPs per month), except during the so-called Grace Summer. HP usually prioritize solving their health condition; solving the debt situation requires longer time and high motivation. According to the contacted debt counselling centers, it is mainly demanded by HP under roof, typically from asylum houses. The increase in the number of HP patients and the stagnating number of HP using debt relief services can be explained by the



fact that the increase in pilot GP patients was mainly due to outreach in the field; the homeless are not the primary clients of the debt relief service.

Effective cooperation of pilot GP offices with follow-up social services is demonstrated by the statistics of follow-up services in the monthly monitoring reports for registered HP patients. The certificate of no infection required for the placement in a residential social service has been issued to them 2,213 times. Thus the objective of helping HP with placement in a residential social service and use of follow-up services at the health-social borderline was met (the project did not collect data on clients placed, only on those referred to services).

Referrals and appointments with specialists, when referred from the pilot GP office, are described in case reports as seamless. The only specialty that was mentioned by HP more frequently as being more difficult to access was dental care.

As evidenced in a number of case studies, the preventive mobile team (PMT) was very successful in contacting HP in the field. The social service transport vehicle was used both for the transfer of infectious patients and for transport from the field to health facilities. The successful outreach to HP in the field is demonstrated by numerous case studies (no. 10, 15, 18, 20, 22, 36, 39, 41, 51 and 52 and 56). According to social workers, this is crucial in preventing acute/septic conditions that can end with amputation of limbs, followed by disability, further impairing re-integration into society. Including a general nurse in the activities of the PMT was therefore particularly important because HP usually cannot properly assess their health condition. During pandemic waves, the number of education sessions was reduced in favor of transporting infectious HP patients. It was good practice (and often necessary) for social workers to go out into the field with a nurse and driver (knowledge of the environment where HP are present, hence more effective trips).

Vaccination rates were lower than in the general population (see Table 10), which was to be expected. Due to the cancellation of some blanket vaccinations, there was a reduction in vaccination rates in all target groups and for all diseases, with the only exception being the Ostrava HP for influenza vaccination. However, the effectiveness of COVID-19-related transfers was higher than that of regular emergency medical services (EMS) transfers. Thus, the project was effective in preventing the spread of the COVID-19 epidemic in the HP population.

It is also good practice to locate the GP office directly in the social services complex (Olomouc, Ostrava, Plzeň), or near a low-threshold day centre (Prague). The possibility to place an accompanying dog in the patient-client pens (Municipal Charity Plzeň, Salvation Army Ostrava), effectively contributes to lowering the threshold for entering the service/admission to care.

HAS THE PROJECT CONTRIBUTED TO IMPROVING HEALTH CARE OF HP?

In terms of the incidence of infectious diseases in HP (hepatitis, TB, influenza, whooping cough), **overall, for most of the diagnoses studied, the relative number has increased.** In the case of TB, the incidence decreased slightly, which can be attributed to the increased identification of infected HP people in the field (demonstrated in the previous evaluation question on effectiveness and in the case studies).

A difference-in-differences method was used to compare pilot practices with a comparison (unsupported) practice in Plzeň for the relative incidence of hepatitis - see Figure 2. (The method involves comparing data at different times - before and during the project, and comparing practices in and out of the project.) **Evidence shows the impact of the project on increasing the detection of the disease as compared to the comparison (non-intervention) practice in Plzeň, which did not have a field service and a nurse on site.** Similar to hepatitis, impacts for other diagnoses have also been assessed with the result that the relative numbers of detected cases of TB and influenzas in the pilot GP offices have also increased. Detailed analyses by age and sex are presented in Annex J.

For parasitic diseases (scabies, pediculosis, helminthiasis), there was also a prevalent increase in disease detection; the difference-in-differences method showed a different situation in Plzeň (see Figures 3 and 4). Seasonality and local disease outbreaks also played a role. Recurrent infections in the field or in the affected



facilities contribute to the re-infection of HP and the need for multiple treatments (see case studies and data from monitoring reports). For helminthiasis, not a single case was recorded in any of the pilot offices, either before or during the project. In addressing evaluation questions 2.1-1 and 2.1-2, it became apparent that the relative frequencies of each diagnosis varied significantly between the pilot GP offices studied. This is likely to be related to individual practice in terms of how doctors enter diagnoses into systems.

HAS THE PROJECT CONTRIBUTED TO IMPROVING THE SOCIAL SITUATION OF THE HP?

Since the project did not fulfil indicator 60000 and the so-called "bagatelle support" was not fulfilled for the supported persons, the project did not use the automatic mechanism set up by the European Social Fund IS (and data verification with the Czech Social Security Administration and the Labor Office). The evaluation therefore focused on the findings from case studies as a data source, on data from the monitoring reports and on interviews with social workers. Due to the low numbers of defaulters (see monitoring reports data in Annex B) and the low numbers of regularly employed HP in the case studies, **it can be concluded that the primary demonstrable impact of the project is on improved health care of HP, not on comprehensively addressing their social situation. Most of the case studies and data from the monitoring reports demonstrate mainly improvements in the immediate social security of the HP** (obtaining documents, benefits in material need, applications to homes, applications for disability or old-age pensions, escorts to labor offices). Successful examples of social inclusion were mainly related to HP under roof (living in one of the residential social services). Homelessness after the dismissal of employees during the pandemic was also observed in the case studies. Agency workers with work linked to living in a dormitory and foreigners are particularly at risk. The problem faced by social services is the overcrowding or reduced availability of long-term residential services with the possibility of further treatment, including barrier-free facilities, and facilities for HPs with addictions. Asylum homes often did not have the necessary capacity, nor in-house medical staff (nurses from the pilot GP offices were able to visit these facilities as part of the project). The case studies also identified demand for more frequent escorts provided by the social services, especially for clients with decreased mobility, (see case studies 7 and 8). These escorts can be described as widespread good practice. Also identified was a demand for access to rehabilitation for disabled patients living in residential social services.

WHAT ARE THE LIKELY ECONOMIC EFFECTS OF THE PROJECT ON THE WIDER SYSTEM

Data from the Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic (ÚZIS) were requested to verify preliminary findings on repeated hospital admissions and EMS transports. Analysis of this data over a longer timeframe (from 2014 onwards) also allowed for comparisons before and after the project, and hence for some practices from before the opening of the practice (see Annex J). **From a longer term perspective, a downward trend in the proportion of EMS call-outs for the whole HP after the project started is evident.** For the HP that reside within the perimeter of the pilot GP offices, there is a slight downward trend in the relative number of call-outs. Using Pardubice as an example, it can be seen that ambulance calls to patients who visit the pilot GP office less frequently were more frequent (see Figure 9 for the average number of primary calls per HP patient), while the situation is relatively stable in the case of the long-term surgery in Olomouc, where people are monitored and relatively cured (see Figure 10). However, a further reduction in the number of ambulance trips to HP cases during the project can be traced. **This is confirmed by representatives of social services across the participating cities, who stated that the presence of the pilot GP office allowed for consultation of complex cases where they are not sure whether to call an ambulance or not**, and thus do not need to preemptively place the patient in hospital if they are worried that the health condition will deteriorate (typically epileptic seizures, suspected heart attack, etc.) This information (positive effect) was also confirmed directly by representatives of the respective EMS.

The effect on the public reimbursement system from the data of the ÚZIS and the indicative costs of ambulances were calculated. The costs for HP are 345.70 CZK higher (person/month) compared to the general population. If the figure from the Research Institute of Labour and Social Affairs is used for the calculation, there are 23,800 homeless persons in the country (2019 figure), then the extra monthly difference in HP care is CZK 8,226,803.20 compared to the general population, which is about CZK 100 million per year extra in HP



care for EMS referrals. (See EO 2.3-1 for a detailed calculation). It is recommended to test the results two years after the project completion to verify whether the number of EMS calls has been reduced by reducing the burden of chronic diseases on HP under the project.

The positive impact of the project on reducing HP hospital admissions has also been assessed. It can be observed from the ÚZIS data that patients who did not visit the surgery regularly stayed in hospital for a longer number of days on average, compared to those who visited the surgery 3 times or more during the period under study, in all cities surveyed. Thus, a large prevention effect can be observed. **From a longer term perspective, a downward trend in the proportion of hospitalizations for the whole HP after the project started is evident.** Although this trend is valid also for the general population (the impact of COVID-19), the downward trend in the HP is more significant stronger in the pilot Olomouc HP and in the Pardubice HP (almost twice as fast in the Olomouc HP) than in the general population.

Information from medical staff (doctors, social workers in hospitals) and social workers, confirms the lack of follow-up treatment and residential services (short and long term) after discharge from hospitals/aftercare hospitals (LNP). Asylums in some cases also substitute palliative care (care for HP patients in the terminal stage of illness, see case study 27).

In estimating the economic effects of higher hospital admissions of HP comparing to the general population, it was not possible to obtain the cost per bed day of the CS persons studied, nor the average daily cost, as these vary according to the type of treatment. However, if the verified cost of ambulance transfers compared to the general population is in the order of hundreds of millions of CZK per year, **it is quite likely that the cost will be at least in the order of billions of CZK per year, based on the high frequency of hospitalisations and the higher cost of hospitalisations compared to transfers.** For the needs of decision-makers it is recommended to apply a more precise methodological approach generated by the project, see EO 2.3-3.

Translated with www.DeepL.com/Translator (free version) Unresolved remains the overall occupied capacity of facilities on the health social borderline, now even more burdened by the refugee wave from Ukraine (especially dormitories, but also LNP), which also concerns the (busy) GP surgeries. The latter presents a risk for a possible future replication of the project.

From performance reporting (points) of the GP offices is evident that the intensity of work in the pilot practices fluctuated with the seasons. In the winter months, GPs usually report more care provided. Although the average cost per treatment varies between practices, it remains broadly similar. In the Prague and Ostrava pilot offices, costs have increased due to higher patient retention, while in the Pardubice and Olomouc pilot offices, total costs have been in the long-term stable. **The average cost per patient has been broadly the same throughout the entire period under review for all practices examined.**

CAN INSTITUTIONALIZATION OF THE SERVICE BE RECOMMENDED BASED ON THE RESULTS?

Based on information gathered during the evaluation from primary and secondary sources, the project can be unequivocally recommended for replication in national projects, or in all regional cities where there is no supported GP office yet. Many key stakeholders consider the services of the pilot GP offices irreplaceable in the current care system, that there is no alternative to them. The reactions were more mixed amongst respondents from the Regional Offices who participated in the survey. It is clear from their answers that the regional health departments are often unaware of the specificities of health care for HP and the special needs of this group in the health and social services system. Respondents sometimes tended to consider the topic as purely social and repeatedly referred to social service providers. They did not always have a clear picture of the number of homeless persons in their respective region. Homelessness has not been perceived as a specific barrier to accessing health care, and therefore not an agenda for the health department.

Stakeholders quoted a whole range of key benefits of the project (see EO 2.4-1). **There is clear evidence of immediate benefits for both, the target groups and the pilot GP offices.** These include availability of hygiene facilities; access to medical treatment for HP (including foreigners, for whom access to non-acute care



is more difficult); the fact that they actually sought medical care, in spite of existing barriers and sometimes inherent mistrust of health staff (mitigated by the field nurse and increased detection of cases in need of medical help); the range of services on offer (such as distribution and preparation of medicines and their reimbursement; the possibility of more expensive higher quality dressings. **Examples of cited benefits include: Timely diagnosis of more serious illnesses and prevention of acute conditions, hospitalizing HP, curing illnesses, preventing the spread of diseases in the general population, or moving clients into residential services.**

While medical specialists could not be systematically engaged and sometimes retained, the informal network of specialist care was strengthened. Social services worked more closely with all specialties, including providers of primary health care. **Important for the future functioning of the GP office taking care of HP is the equipment** (mentioned by all pilot offices). The comparative office in Plzeň is, according to its own words, under-equipped for some examinations, especially point-of-care testing (POCT) and electrocardiogram, both available in the pilot offices).

The social services consistently report better competence to deal with more complex client cases as well as improved ability to assess when to call the EMS for acute conditions (this is consistently confirmed by the EMS representatives). In all 4 pilot GP surgeries, there is evidence of a deepening cooperation with the social services, facilitating referrals to residential services thanks to free certificates of infection-free status (in the regular network they are paid).

The main negative impacts include the interruption or reduction of regular financial flows to the offices and a certain destabilization of operations, especially in Olomouc after the end of the subsidized period and the administrative burden of the project. Handing over the vehicle for the outreach social service after the end of the project, and not directly involving key specialists (mainly dentists, but also gynecologists, psychiatrists in the project as part of a broader multidisciplinary team were not systematically handled. The pilot GP offices also reported that it was difficult to retain staff after the project because of lower pay. The expert team of the Ministry of Health noted decreased interest of the project staff in innovation, piloting and training, attributed to the reported administrative workload and the need to 'adapt' the project and the functioning of the practices to COVID-19. GP offices (including the comparison office) reported that training in minor surgery for GPs and wound care for general nurses would be beneficial. The social services reported consistently that training would also be needed for medical staff on social issues and specifics of communication with HP.

The GP offices would like to continue with the project model, but this is only possible to a limited extent as they do not have a transport vehicle for the field social service, a driver and/or also a nurse as an escort to the field. **In order to maintain the scope of care, the GP offices would need reliable and sufficient funding, independent of regional or municipal subsidies, and ensure that the costs of staff can be adequately covered.** An option could be engaging medical students. However, the GP office would have to be able to become the guarantor of their training. An example of good practice is cooperation between the pilot GP office in Olomouc with the Faculty of Medicine; Students of Social Medicine complete an internship with the general practitioner and get to know what the profession entails, although the internships do not allow direct patient care. Offices should also be able to engage medical staff from other countries, for example, Ukraine. Pardubice has long sought to do so, but under the current system they have to wait a long time for approval. In connection with the need for health insurance companies to subsidize HP care and thus help ensure sustainable financing (Annex I), the following proposals were mentioned in the previous proposals by evaluators: Support for selected facilities caring for HP, increasing the frequency of certain procedures, a specific code for HP care, increasing the capitation rate, including HP visiting hours in the total surgery hours and increasing the payment for participation in emergency medical services.

In addition, the project successfully piloted HP-specific procedures (see also Annex I) that could be reported to health insurance companies. This however would require a change in the reimbursement decree.

It is recommended to the Ministry of Health to disseminate the following methodologically relevant documents among stakeholders: Methodology of Treatment of HP in Quarantine Houses (Ostrava), Methodology of Work of the Field Team, project brochure, consent to transfer information about the HP client-



patients in Pardubice. It is also recommended to translate and to make available to the expert team from the Ministry of Health selected key publications: general recommendations for the care of homeless persons, cardiovascular diseases, diabetes, chronic pain and asthma in HP. It is also recommended to conduct an impact evaluation two years after the end of the project and to generate updated data from the ÚZIS to determine the long-term effects of the project.

2. INFORMACE O HODNOCENÉM PROJEKTU

2.1 Teorie změny

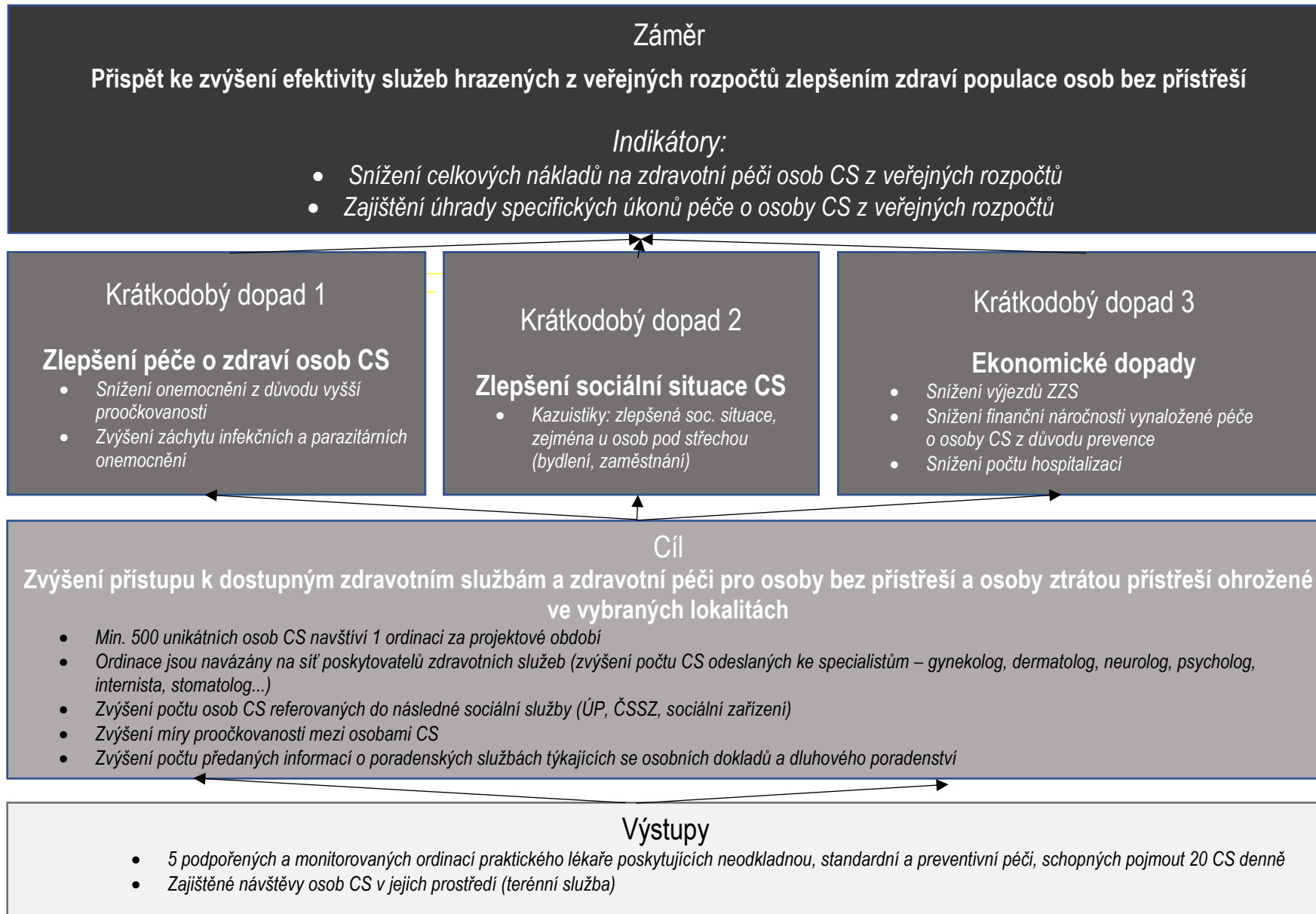
Závěrečná evaluace hodnotí výsledky pilotního provozu ordinací, tedy prokazuje naplnění dílčích kroků teorie změny (zobrazené v Diagramu 1 níže). Je hodnoceno nastavení cíle, klíčových aktivit, krátkodobých dopadů projektu. Indikátory výstupů, cíle i záměru jsou pro přehlednost uvedeny v diagramu.

Realizace aktivity **KA1** podpora ambulantní zdravotní péče a terénních služeb zajišťovala ambulantní a terénní služby v 5 pilotních ordinacích (Ostrava, Olomouc, Pardubice a Praha). Výstupem bylo *5 podpořených a monitorovaných ordinací poskytujících neodkladnou, standardní a preventivní péči, schopných pojmout 20 osob z CS denně (výstup 1) a zajištěné návštěvy osob CS v jejich prostředí (terénní služba) (výstup 2)*. Díky nabízené ambulantní i terénní péči a osvětě došlo ke *Zvýšení přístupu k dostupným zdravotním službám a zdravotní péči pro osoby bez přístřeší a osoby ztrátou přístřeší ohrožené ve vybraných lokalitách (cíl)*. Naplnění tohoto cíle vedlo ke třem hlavním **krátkodobým dopadům** (*Zlepšení zdravotních služeb osob z CS, Zlepšení sociální situace CS, Ekonomické dopady*). Záměrem projektu pak bylo *Přispět ke zvýšení efektivity služeb hrazených z veřejných rozpočtů zlepšením zdraví populace osob bez přístřeší (záměr)*.

V rámci procesní evaluace došlo k revizi Teorie změny u Krátkodobého dopadu 2 – Zlepšení sociální situace CS. Dílčí úspěchy lze doložit prostřednictvím kazuistik, ale není možné zjišťovat u podpořených osob jejich zapojení na trhu práce či sociální situaci (nelze dosledovat v rámci podpořených osob v IS).



Diagram 1 – Teorie změny





2.2 Stakeholderi zapojení do závěrečné evaluace

Do závěrečné evaluace byli zapojení stakeholderi vybráni ze širšího seznamu identifikovaného ve vstupní fázi.

Tabulka 1 – Přehled stakeholderů v závěrečné evaluaci

Kategorie	Popis a role (tučně v závorce uvedeny zkratky pro evaluační matici)
Financující subjekt	<p>Ministerstvo zdravotnictví (MZ) je ústředním orgánem státní správy na úseku zdravotní péče a ochrany veřejného zdraví, vykonává zdravotnickou vědecko-výzkumnou činnost, řídí poskytovatele zdravotních služeb v přímé řídicí působnosti, upravuje zacházení s návykovými látkami, přípravky, prekursory a pomocnými látkami, vyhledávání, ochranu a využívání přírodních léčivých zdrojů, přírodních léčebných lázní a zdrojů přírodních minerálních vod, léčiva a prostředky zdravotnické techniky pro prevenci, diagnostiku a léčení lidí, zdravotní pojištění, zdravotnický informační systém a elektronické zdravotnictví, používání biocidních přípravků a uvádění biocidních přípravků a účinných látek na trh. Je koordinátorem zdravotní péče poskytované v ČR a předkladatelem legislativy v této oblasti. MZ je v tomto případě příjemcem dotace i poskytovatelem dotace v dotaci. Pilotní ordinace jsou dotované subjekty. MZ ze státního rozpočtu spolufinancuje projekt podílem 22,44 % z celkových způsobilých výdajů.</p> <p>Odborný tým MZ (interní a externí pracovníci)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Odbor zdravotních služeb – odborná gestorka problematiky související s bezdomovectvím, odborný gestor konference a kulatého stolu (GESTOR) - Odbor Evropských fondů a investičního rozvoje (EFI) - zajišťuje věcnou i finanční realizaci projektu, je hlavním kontaktním a koordinačním útvarem, projektový manažer – management projektu a vykazování vůči donorovi - Oddělení veřejných zakázek (VZ) – odpovídá za veškeré procesy související s VZ - Odbor právní – zajišťuje součinnost v oblasti právní/legislativní problematiky - Interní evaluátor – zodpovědný za interní evaluaci projektu, externí pracovník - Odborný konzultant – externí poradce na DPP, tematický poradce se zkušeností se sociálně zdravotním pomezím - Odborná gestorka, odborný konzultant, interní evaluátor a projektový manažer tvoří pro účely evaluace Odborný tým MZ (OTMZ) - Finanční manažer – zodpovědný za finanční kontrolu a kontrolu uznatelnosti nákladů - Metodici ordinací (METODIK) – externí pracovník, připravuje (spolu s personálem ordinace) měsíční a příp. také textové části půlročních monitorovacích zpráv (doložení dokladů z účetnictví), jedná se o zaměstnance implementujících subjektů, připravuje podklady pro evaluace, provádí dohled nad poskytováním terénní a ambulantní služby a jejich vzájemné integrace, koordinuje spolupráci mezi zdravotníky a pracovníky sociální služby, je seznámen s terénními programy, provádí návrh letáků, podílí se na přípravě odborných témat pro plánovanou konferenci a této se účastní. Dále se účastní odborného jednání u kulatého stolu. Komunikuje s MZ.



Implementátor	<p>Implementujícími subjekty provozujícími pilotní ordinace jsou na základě dotační výzvy 3 neziskové organizace a 1 ordinace praktického lékaře v partnerství s poskytovatelem sociálních služeb. Subjekty jsou tedy v souladu s textem výzvy poskytovateli zdravotních služeb všeobecného praktického lékaře v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. Někteří jsou zároveň poskytovateli sociálních služeb v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a to služeb pobytových, terénních a ambulantních, případně s tímto poskytovatelem spolupracují.</p> <p>Program I. (implementují 1. 4. 2020 – 31. 3. 2022)</p> <ul style="list-style-type: none">• Olomouc – Charita Olomouc, název pilotního programu: „Ordinace pro lidi v nouzi“ (délka provozu: 24 měsíců)• Ostrava – Armáda spásy (AS), název pilotního programu: „ORDINACE PRO CHUDÉ OSTRAVA“ (délka provozu: 24 měsíců) <p>Program II. (implementují 1. 8. 2020 – 30. 1. 2022)</p> <ul style="list-style-type: none">• Praha – NADĚJE, název pilotního programu: „Zvýšení dostupnosti zdravotní péče pro lidi bez přístřeší v Praze“ (délka provozu: 18 měsíců)• Pardubice – MUDr. Radoslav Svoboda, název pilotního programu: „Ordinace praktického lékaře pro osoby ohrožené sociálním vyloučením“ (délka provozu: 18 měsíců) s partnerem SKP-Centrum <p>Program III. (implementují 1. 1. 2022 – 31. 8. 2022)</p> <ul style="list-style-type: none">• Praha – Armáda spásy, název pilotního programu: „Ordinace Armády spásy v Praze“ (délka provozu: 8 měsíců) <p>Personální složení ordinací</p> <ul style="list-style-type: none">• Lékař (ošetřuje osoby CS) (LEKAR)• Všeobecná sestra (taktéž plní funkcí terénního pracovníka – osvěta během edukační činnosti projektového vozidla) (SESTRA)• Řidič (řídí projektové vozidlo) (RIDIC)• Administrativní pracovník (plní administrativní úkoly a vykazování péče) – podpora osob CS pacientů bez pojištění a pro případy práce se sociální službou (ADMIN) <p>Dále s účastí v projektu souhlasily dvě tzv. srovnávací ordinace (KONTROL) v Brně a v Plzni. Ordinace v Plzni pro účely projektu vygenerovala tytéž datové sestavy jako pilotní ordinace. Praktický lékař dochází do ordinace v Domově sv. Františka ze soukromé Polikliniky Bory. Domov provozuje Městská charita Plzeň, zdravotnické zařízení spolufinancuje Magistrát města Plzně. Praktická lékařka v Brně byla kontaktována zejména kvůli triangulaci kvalitativních dat, zejména trendy v péči o CS, epidemiologická situace, navštěvují ji pouze jednotky osob CS.</p>
Cílová skupina	<p>Osoby ohrožené bezdomovectvím (tvoří dvě podskupiny: pod střechou a bez střechy, viz Příloha F: Typizované situace osob CS). Vzhledem k tomu, že projekt neplní indikátor 60000 a není u podpořených osob naplněna tzv. bagatelní podpora, nedochází v rámci projektu k automatickému mechanismu nastavenému IS ESF a ověřování dat u ČSSZ a ÚP.</p>
Poskytovatelé zdravotních služeb	<p>Ambulantní specialisté, se kterými pilotní ordinace spolupracují (SPECIALISTA) – zajišťují specializovanou péči na základě poukazu na vyšetření a ošetření od praktika či jiného specialisty, zjištěná relevantní pracoviště:</p> <p>Ostrava</p> <ul style="list-style-type: none">• Gastroenterolog a osteolog, nestátní zdravotnické zařízení Bormed <p>Olomouc</p> <ul style="list-style-type: none">• Traumatoložka, Fakultní nemocnice Olomouc <p>Pardubice</p> <ul style="list-style-type: none">• Plicní lékařka, Poliklinika Vektor



	<p>Sociálně-zdravotní pracovníci nemocnic (ZDRAV-SOC) – odborně vzdělaný personál, který pomáhá řešit situaci osob na sociálně zdravotním pomezí.</p> <p>Zdravotnická záchranná služba (ZZS) – zajišťuje odbornou přednemocniční neodkladnou péči (PNP), operuje v integrovaném záchranném systému (IZS). PNP je definována jako péče o postižené na místě jejich úrazu nebo náhlého onemocnění, v průběhu jejich transportu k dalšímu odbornému ošetření a při jejich předání poskytovateli akutní lůžkové péče.</p>
Poskytovatelé sociálních služeb (SOC-SLUZBY)	<p><i>Praha</i></p> <ul style="list-style-type: none">• NADĚJE Praha – NADĚJE Praha realizuje integrovaný program devíti sociálních služeb (azylové domy, noclehárny, nízkoprahová denní centra a terénní programy). Pracovníci těchto služeb spolupracují ohledně řešení situace klientů / pacientů s pilotní ordinací. <p><i>Pardubice</i></p> <ul style="list-style-type: none">• SKP-CENTRUM o.p.s (partner žadatele) provozující Nízkoprahové denní centrum Pardubice a Terénní program, oboje jsou registrované sociální služby (NDC) – PARTNER PROJEKTU, je místně i provozně provázáno s ordinací praktického lékaře. Klienti NDC jsou častými a pravidelnými pacienty ordinace. Sociální a zdravotní pracovníci spolu úzce a oboustranně spolupracují. <p><i>Ostrava a Praha</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Armáda spásy – sociální pracovníci AS posílají CS dále na specializované poradny a zároveň jim pomáhají zařídit osobní doklady, aby mohli tyto služby čerpat. <i>Domov Přístav Ostrava – Kunčičky</i> (Armáda spásy, pobytové zařízení se zvláštním režimem pro lidi bez domova v seniorském věku), v Praze <i>Domov Přístav</i> – domov se zvláštním režimem a Centrum sociálních služeb K. Larssona. <p><i>Olomouc</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Charita Olomouc – registrované soc. služby: Azylový dům pro muže, AD pro ženy, AD pro osoby se sníženou soběstačností (doléčení, umístění nesoběstačných klientů), Nízkoprahové denní centrum, Noclehárna pro muže, Noclehárna pro ženy, Terénní program, Krizová pomoc, Dluhová poradna, Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (méně často v souvislosti s CS), a další sociální služby využívané CS už v malé míře.
Orgány a instituce státní správy	<p>Krajský úřad (KÚ) – dotazníkové šetření (KÚ)</p> <p>Magistrát, Oddělení správních agend – vydává osobní doklady osobám CS (MATRIKA)</p>
Zdravotní pojišťovny	<p>Pojišťovny (POJISTOVNA) hradí zdravotní péči/výkony pro osoby CS. Hrazení samotných zdravotních výkonů probíhalo z projektu (finanční úhrady zdravotních pojišťoven byly po dobu pilotního provozu pozastaveny). Zdravotní pojišťovny hradily laboratorní služby v pilotních ordinacích. V ordinacích byly prováděny nové zdravotní výkony, které momentálně nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.</p> <p>Poznámka evaluátorů: Zdravotní pojišťovny byly konzultovány během závěrečné evaluace v 5/2022 prostřednictvím OTMZ a budou osloveny s výsledky evaluace k další diskusi.</p>



3. METODOLOGICKÝ PŘÍSTUP

3.1 Klíčové aspekty evaluace

Navržený **přístup (tzv. evaluační design)** vycházel z kritérií 3E, resp. 5U, která jsou definována dle metodiky MMR-NOK pro evaluace v programovém období 2014-2020, jejíž aktuální verze je dostupná online³. Primární význam mělo v tomto případě především posouzení očekávaných dopadů a efektivnosti. Evaluace byla prováděna v souladu s Etickým kodexem evaluátora České evaluační společnosti (ČES)⁴, jakož i Formálními standardy provádění evaluací ČES⁵.

Metodický přístup byl založený na **konzultacích a dialogu** s cílem maximálního zapojení stakeholderů a zohledněním jejich připomínek, například lékařského personálu, k interním indikátorům změny v evaluační matici, přehledu stakeholderů, předkládaným či alternativním zdrojům dat. Návrh závěrečné evaluační zprávy (hlavní zjištění, závěry a doporučení) byl zaslán stakeholderům ke komentářům. Vypořádání komentářů bylo zohledněno ve finální verzi závěrečné zprávy. Podoba informačního letáku výsledků evaluace byla rovněž konzultována se zadavatelem.

Zadání této evaluace vyžadovalo nutnost zhodnocení výstupů a jasných doporučení pro další činnost a s ohledem na případnou institucionalizaci služby. Evaluační tým proto použil principy „**Utilization-focused evaluation**“⁶. Evaluátoři formulovali zjištění, závěry a doporučení tak, aby bylo zřejmé, ke kterým evaluačním otázkám a okruhům se vztahují. Doporučení jsou konkrétní a realizovatelná.

Jednalo se o smíšenou **procesní a dopadovou evaluaci**, přičemž evaluační design byl **kvazi-experimentální** u vybraných kauzálních a deskriptivních otázek, kde bylo nutno prokázat souvislosti mezi inovací a dopadem. Evaluace využívala kvantitativních a kvalitativních metod sběru dat. Příčinná souvislost mezi výslednými změnami a projektem byla hodnocena mj. díky rekonstruované teorie změny programu (**theory-based evaluation**) a dále s využitím řady statistických analytických metod.

V jádru přístupu k dopadové evaluaci byly **statistické kvazi-experimentální metody** využívané pro kontrafaktuální dopadové evaluace (metoda rozdílů v rozdílech a přerušované časové řady – viz detailně Příloha 9). Kontrafaktuální dopadové evaluace vycházejí z pojetí dopadu, který vyjadřuje rozdíl mezi situací pozorovanou (*observable – factual*) na konci intervence a situací, která by nastala, pokud by k intervenci nedošlo (*non-observable – counterfactual*). Cílem evaluace dopadu bylo změřit efekt přičitatelný intervenci.⁷ Evaluační tým za tímto účelem identifikoval tzv. srovnávací ordinaci nepodpořenou projektem, které paralelně k projektu poskytují zdravotní služby pro cílovou skupinu. Jedná se o ordinaci praktického lékaře v Plzni, která rovněž spolupracuje se sociální službou. Dále byla kontaktována praktická lékařka v Brně, zejména kvůli kvalitativním datům (trendy v péči o CS, epidemiologická situace, ověření možné spolupráce se sociální službou).

Druhým stěžejním zdrojem dat byly **kazuistiky**, jak sbírané samotnými evaluátory v terénu, tak byly použity příklady sociálně-terénní práce v měsíčních monitorovacích zprávách pilotních ordinací.

³ https://dotaceeu.cz/Dotace/media/SF/FONDY%20EU/2014-2020/Dokumenty/Metodick%C3%A9%20dokumenty/Metodika%20c5%99%3%adzen%3%ad%20program%5%af/Metodika-rizeni-programu_v1.pdf navštíveno 1.2.2021

⁴ https://czecheval.cz/p%C5%99%C3%ADlohy/dvitek_etickykodex_ces.pdf navštíveno 15.1.2021.

⁵ https://czecheval.cz/Dokumenty%20-%20archiv/ces_formalni_standardy_evaluaci_short_5_.pdf navštíveno 15.1.2021.

⁶ PATTON, M. (2008): Qualitative Research and Evaluation Methods, 4. vydání. Thousand Oaks, CA: Sage, str. 173.

⁷ https://www.mpsv.cz/documents/20142/848077/Metodika_CIE_MPSV_131015.pdf/cbe02b6d-4042-6801-14a5-1f40cd597a7d navštíveno 15.1.2021.



Evaluační otázky a podotázky, zdroje informací a metody sběru informací jsou prezentovány ve formě **evaluační matice (viz Příloha A)**. Odpovědi na stejnou evaluační otázku byly, kde to bylo možné, sbírány různými členy evaluačního týmu, různými metodami a z různých zdrojů. Takováto **triangulace** zlepšila přesnost informací a pomohla snížit případnou zaujatost.

Závěry jsou sestaveny na základě evaluačních zjištění pro každé evaluační kritérium (efektivnost, dopady) a jsou hodnoceny ve škále (vysoké – spíše vysoké – spíše nízké – nízké) na konci zhodnocení každého kritéria (kapitoly 4.2 a 4.4). Doporučení jsou konkrétní, realizovatelná a s přidanou hodnotou. U každého z nich je uveden adresát. Doporučení jsou dostatečně podložena konkrétními zjištěními a závěry (kapitola 1.4).

3.2 Metody a nástroje sběru dat pro procesní evaluaci

Navržená kombinace metodických nástrojů vychází ze specifík daného dotačního programu, evaluačních cílů a evaluační matice přiložené v Příloze A. Použité metody pro sběr dat byly kvantitativní i kvalitativní:

- **Analýza sekundárních dat včetně statistických (Review).** Sekundární údaje poskytly základní informace o stavu před projektem i během jeho implementace a o cílové skupině. Součástí analýzy bylo studium podkladů od zadavatele. Na základě anonymizovaných dat z pilotních i srovnávací ordinace byla vytvořena databáze údajů pro statistickou analýzu.
- **Polostrukturované rozhovory se stakeholdery (Key Informant Interviews – KII, případně skupinové rozhovory (Group Discussion – GD, dále jen rozhovory))** byly vedeny s vybranými stakeholdery. Rozhovory jsou nejlepším nástrojem pro porozumění kontextu a rozsahu nastalých změn, důvodů, proč změny nastaly/nenastaly. Evaluační tým uskutečnil osobní rozhovory ve všech pilotních ordinacích i ve srovnávací ordinaci a s osobami CS. V případě ostatních stakeholderů byly rozhovory uskutečněny většinou telefonicky či online viz Příloha C – Seznam respondentů závěrečné evaluace.
- **Návštěva a pozorování (Visit and Observation – V&O).** V&O slouží nejlépe k pochopení kvalitativních dat, potřeb jednotlivých aktérů, jejím motivacím a k identifikování možných překážek úspěšné realizace projektu. Bylo využito pro závěrečnou evaluaci při návštěvách pilotních ordinací a při rozhovorech s CS v jejich prostředí.

Tabulka 2 – Metody sběru dat závěrečné evaluaci

Zdroje informací (zkratka v evaluační matici)	Metody sběru dat
SEKUNDÁRNÍ ZDROJE	
Podklady od zadavatele (úložiště SharePoint), projektová dokumentace, texty výzev, Informační systémy ordinací pilotní i srovnávací (IS, MMZ), data ÚZIS, metodiky, koncepce, odborná literatura (Sekundární)	Review
PRIMÁRNÍ ZDROJE	
Hlavní cílová skupiny	
Osoby bez přístřeší (CS)	KII, kazuistiky
Vedlejší cílová skupina	
Lékař (LEKAR)	GD, V&O
Všeobecná sestra (SESTRA)	GD, V&O
Administrativní pracovník pilotní ordinace (ADMIN)	GD, V&O
Řidič (RIDIC)	GD, V&O
Metodici – zástupci implementujících subjektů (METODIK)	GD, V&O
Praktický lékař srovnávací ordinace (KONTROL)	KII, V&O
Ministerstvo zdravotnictví	



Zdroje informací (zkratka v evaluační matici)	Metody sběru dat
Odborný tým (OTMZ)	GD
Odbor Evropských fondů a investičního rozvoje (EFI)	KII
Poskytovatelé zdravotních služeb	
Ambulantní specialisté (SPECIALISTA)	KII
Zdravotně sociální pracovníci nemocnic (SOC-ZDRAV)	KII
Zdravotnická záchranná služba (ZZS)	KII
Poskytovatelé sociálních služeb	
Zařízení provozující sociální služby, zpravidla partnerská/zadatelská organizace (SOC-SLUZBY)	KII, GD
Orgány a instituce státní správy	
Magistrát – správní agenda (MATRIKA)	KII
Kraje (KRAJ)	KII (dotazník)
Poradna pro oddlužení (PORADNA)	KII

3.3 Evaluační otázky a indikátory

Evaluační kritéria, otázky, podotázky, indikátory, zdroje informací a metody sběru dat jsou uvedeny ve **zrevidované evaluační matici pro závěrečnou evaluaci v Příloze A**. Vycházejí z rekonstruované teorie změny, procesních rozhovorů a jsou v souladu s požadavky zadavatele na ověření dopadu a procesu implementace. Matice byla revidována i s ohledem na dostupnost dat.



Tabulka 3 – Evaluační otázky pro závěrečnou evaluaci

Otázky a podotázky	
1. KRITÉRIUM EFEKTIVNOST	
1.1. Zvýšila se využitá kapacita služeb ordinace praktického lékaře zaměřeného na CS projektu v pilotovaných městech oproti výchozímu stavu?	
1.1-1 Zvýšila se návštěvnost ordinací (využívání zdravotnických služeb) před a během intervence?	
1.1-2 Došlo ke zvýšení počtu osob CS odeslaných k lékaři specialistovi? (adiktologie, ortopedie, chirurgie, gynekologie, dermatovenerologie)	
1.1-3 Jaký je celkový počet edukovaných osob CS v terénu? (zdravý životní styl, očkování, hygiena)	
1.1-4 Zvýšil se počet využitých poradenských služeb týkajících se získání osobních dokladů?	
1.1-5 Zvýšil se počet osob CS využívajících dluhové poradenství?	
1.1-6 Došlo ke zvýšení počtu osob CS využívajících následné sociální služby?	
1.1-6 Zvýšila se míra proočkovanosti CS? (vyhodnocení proočkovanosti na vybrané vakcíny - TBC, tetanus, VHA, VHB, chřipka, COVID-19)	
1.1-7 Byla zajištěna primární prevence mezi osobami CS ve formě výjezdů projektového vozidla do terénu?	
2. KRITÉRIUM DOPADY	
2.1. Přispěl projekt ke zlepšení péče o zdraví osob CS?	
2.1-1 Snížil se výskyt infekčních onemocnění CS (hepatitida, TBC, chřipka, černý kašel) (v komparaci se srovnávací skupinou?)	
2.1-2 Došlo ke snížení počtu parazitárních onemocnění v průběhu realizace projektu (svrab, pedikulóza, helmintóza) v komparaci se srovnávací skupinou?	
2.1-3 Došlo ke snížení počtu onemocnění z důvodu proočkovanosti CS? (TBC, tetanus, černý kašel) v komparaci se srovnávací skupinou?	
2.2. Přispěl projekt ke zlepšení sociální situace osob CS?	
2.2-1 Mělo zvýšené odesílání do návazných sociálních služeb pozitivní vliv na celkovou sociální situaci CS?	
2.3. Jaké jsou pravděpodobné ekonomické efekty projektu na širší systém?	
2.3-1 Došlo ke snížení výjezdů ZZS v podpořených ordinacích (sledování dat před a během intervence)?	
2.3-2 Došlo ke snížení finanční náročnosti vynaložené péče o osoby CS (finanční vyčíslení dle finančního bodování úkonů)?	



2.3-3 Došlo ke snížení počtu hospitalizací osob CS v nemocnicích, kteří byli v péči praktického lékaře projektu v důsledku služby?

2.4. Lze na základě výsledků doporučit institucionalizaci služby?

2.4-1 Jaké přínosy realizace projektu spatřují jednotlivé skupiny kategorie klíčových aktérů?

2.4-2 Jaké negativní dopady identifikují klíčoví aktéři projektu?

2.4-3 Plánují ordinace pokračovat v poskytování služby v současném rozsahu i bez podpory projektu? (včetně projektového vozidla)

2.4-4 Pokud NE, co by pro to potřebovali?

2.4-5 Navrhují stakeholderi bonifikovat náročnost ošetření CS?

2.4-6 Lze souhrnně na základě dosažených zdravotních, sociálních a ekonomických efektů doporučit institucionalizaci služby? (z pohledu zakotvení v zákonech, vzdělávání personálu, udržitelného financování)

3.4 Metodologická a jiná omezení

U velké části cílové skupiny (2294 osoby z 8211) nebylo možné v datech pozorovat její zdravotní minulost, ale do projektu se zapojila. Naopak existuje velká skupina (4961 osoba z 8211), u které víme, jak vypadal její zdravotní stav před realizací projektu, ale už nevíme, co se s ní děje v době realizace projektu. Důvodem je, že pracujeme s daty jen ve vybraných ordinacích, zatímco pacienti mohou navštěvovat různé ordinace (nebo nemusí navštěvovat žádnou ordinaci). U některých z ordinací byl počet osob, které navštěvovaly stejnou ordinaci, tak malý, že nemělo nakonec smysl uvažovat o porovnání jejich zdravotního stavu před a během projektu jen na základě dat z ordinací. Tento nedostatek jsme se snažili napravit pomocí dat z centrálního systému NRHZZS, ve kterém tyto informace vidíme agregovaně za celou ČR.

Druhým limitem se do jisté míry ukázaly různé způsoby vykazování diagnóz lékaři jednotlivých ordinací. Předpokládali jsme, že CS bude rámcově "stejně nemocná", tj. budou se ukazovat ve všech ordinacích podobné četnosti onemocnění konkrétními nemocemi. Tak tomu však nebylo. Proto jsme analyzovali polovinu nejčastěji indikovaných diagnóz v každé ordinaci (tj. náš předpoklad je, že pacienti trpí stejnými nemocemi, jen lékaři je zřejmě vykazují v kombinaci s jinými kódy dle individuálního odborného posouzení lékaře) viz příloha K.

Kazuistiky realizované v terénu ve druhé vlně bylo obtížné realizovat v plánované délce vzhledem k proměnlivému počasí, a bylo nutno zkrátit časově zejména dotazník této vlně dotazování (respondenti odcházeli, nečekali, až na ně přijde řada). Rovněž výrazný (i když částečně očekávaný) byl drop-out osob CS pro opakované dotazování (obtížná opakovaná kontaktáž, ze 74 osob CS oslovených v 1. vlně bylo zpracováno celkem 28 hloubkových kazuistik). Pro dosycení vzorku byly využity příklady sociálně terénní práce z měsíčních monitorovacích zpráv (minikazuistiky), které jsou součástí přílohy G.

4. EVALUAČNÍ ZJIŠTĚNÍ A ZÁVĚRY

4.1 Zjištění k efektivnosti

EO 1.1. ZVÝŠILA SE VYUŽITÁ KAPACITA SLUŽEB ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE ZAMĚŘENÉHO NA CS PROJEKTU V PILOTOVANÝCH MĚSTECH OPROTI VÝCHOZÍMU STAVU?

EO 1.1-1 Zvýšila se návštěvnost ordinací (využívání zdravotnických služeb) před a během intervence?

Pro období před vstupem do projektu a během něj máme z každé projektové ordinace (z informačních systémů) k dispozici jednak počet unikátních pacientů a také počet výkonů pro každého pacienta. Můžeme tak



pro účely této evaluační otázky vypočítat počet výkonů na osobu a měsíc. Počet pacientů v ordinacích se zvýšil během realizace projektu o 2294 (viz tabulka 4).

Tabulka 4 - Základní charakteristika datového vzorku

Ordinace	Počet unikátních pacientů celkem	Počet unikátních pacientů před projektem	Počet unikátních pacientů v projektu	Vykazované indikátory unikátních pacientů	Změna počtu pacientů	Začátek měření	Vstup do projektu	Konec projektu
Praha	5190	3708	1482	1214	1482	02.01.2015	01.08.2020	31.01.2022
Pardubice	366	259	184	455	107	01.11.2016	01.08.2020	31.01.2022
Olomouc	1264	1051	598	685	213	02.01.2015	01.04.2020	31.03.2022
Ostrava	1391	899	986	931	492	02.01.2018	01.04.2020	31.03.2022
Celkem	8211	5917	3250	3285	2294			

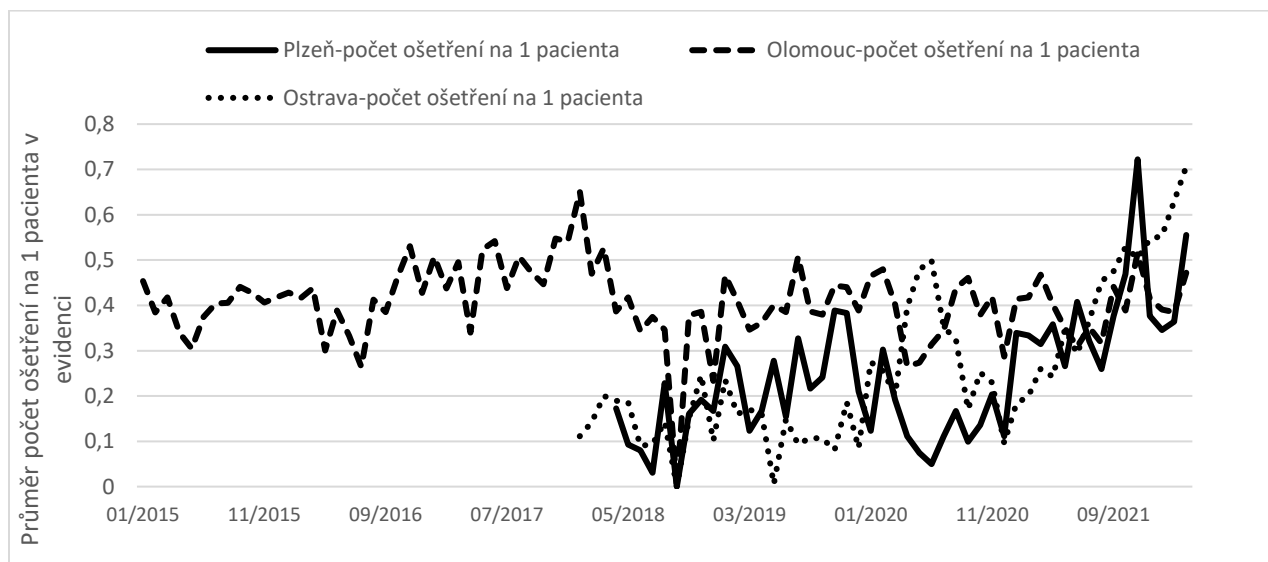
Pozn: Data z ordinace v Olomouci jsou k dispozici od roku 2008, ale pro srovnatelnost jsme použili data od roku 2015. Zdrojem dat jsou informační systémy zapojených ordinací. Možné rozdíly v počtu unikátních pacientů v monitorovacích indikátorech a evaluačním souboru mohou vzniknout způsobem, jakým jsou data generována a jaké databázové dotazy byly použity.

Zdroj: Data z IS

Při analýze změn počtu pacientů je nutné upozornit na možné metodologické úskalí. Jde o to, že z dat z ordinací poznáme pacienty, kteří byli ošetřováni jak před, tak během projektu. Nicméně už nevíme, co se stalo s pacienty, kteří byli ošetřováni před projektem, ale během projektu už ne. Odstěhovali se? Jsou plně zdraví, že nepotřebují chodit k lékaři? Obdobně jsme na tom u skupiny pacientů, kteří se nově objevili v ordinacích během projektu, ale neznáme jejich historii.

Porovnáme-li si kódy ošetřovaných pacientů v období před projektem a během něho, vidíme, že relativně stálou klientelu mají ordinace v Olomouci (385 pacientů) a Ostravě (494), což je přibližně třetina z celkového počtu pacientů ošetřených v celém sledovaném období před i během projektu. V Pardubické ordinaci je takových pacientů 77 (něco přes jednu pětinu). V Praze jsme dokonce nenašli ani jednoho (to je dáno specifikem velkého města a tím, že pacienti mohou snadno přejít k jiné ordinaci).

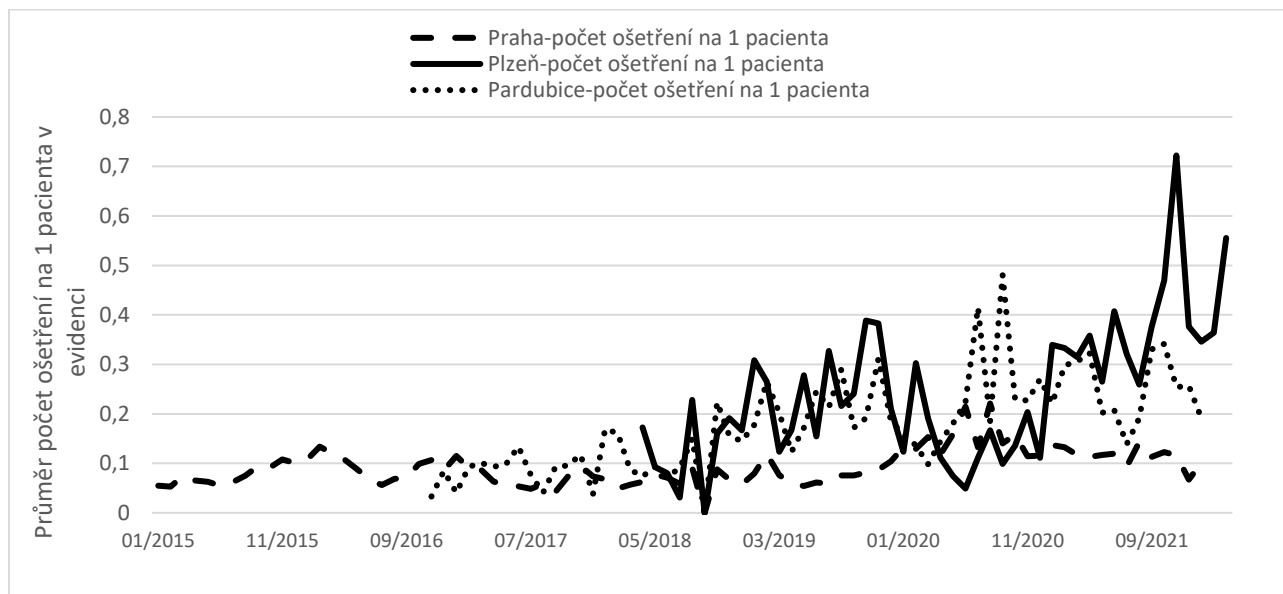
Graf 1: Vývoj průměrného počtu ošetření (ordinace zapojené od dubna 2020)



Zdroj: Data IS



Graf 2: Vývoj průměrného počtu ošetření (ordinace zapojené od srpna 2020)



Zdroj: Data IS

Z obou grafů (1 a 2) je patrné, že po vstupu ordinací do projektu došlo u některých z nich k nárůstu počtu ošetření osob bez přístřeší (Pardubice, Ostrava). Jde o důsledek terénní a edukativní práce a intenzivnější ošetřování cílové skupiny. Takový nárůst u kontrolní ordinace v Plzni zpočátku nevidíme, nastupuje až v průběhu času. V průběhu dalších fází zapojení v projektu počet ošetření zůstává relativně stabilní (Olomouc), nebo mírně klesá (Pardubice, Praha). Ve srovnání s kontrolní ordinací (Plzeň) je intenzita péče v projektových ordinacích na začátku projektu vyšší, v druhé fázi implementace projektu nižší. Tento vývoj přičítáme Hawthornskému efektu, kdy i vědomí toho, že plzeňská ordinace je součástí projektu jako kontrolní skupina, vedlo k nárůstu počtu ošetření (nikoli však počtu pacientů, respektive průměrný počet ošetření na pacienta vzrůstal).

EO 1.1-2 Došlo ke zvýšení počtu osob CS odeslaných k lékaři specialistovi?⁸

V rozhovorech s CS je odesílání a vyšetření u specialistů popisováno jako bezproblémové, bez negativních zkušeností (kazuistiky č. 3, 4, 32, 46, 50). Potvrzuje to i praktická lékařka ze srovnávací (projektem nepodpořené) ordinace v Brně, která sdělila, že CS se od specialistů „*nikdy nevrátili bez ošetření*“.

Počet odeslaných osob ke specialistům se liší ordinaci od ordinace, celkově však průměrné měsíční počty korespondují s celkovým počtem osob z CS, s výjimkou Prahy, která slouží primárně jako „první záchytné místo“ pro CS a dále s nimi pracuje sociální služba. S dokončením záchytu nových CS v Ostravě v průběhu projektu (viz MMZ 2021/10/OSTRAVA) souvisí i pokles CS odeslaných ke specialistům v Ostravě na konci projektu (gastroenterolog i osteolog v Ostravě: „*Poslední dobou přísun opadá, už tu delší dobu nikdo nebyl. Popravdě jsem nepátral, co je toho příčinou.*“), zatímco v Pardubicích (plicní lékařka) hlásí na konci projektu stabilní počet CS. Podobně se vyjadřuje traumatoložka z FN v Olomouci („*Přísun pacientů z ordinace pro lidi bez domova je dlouhodobý, protože ordinace funguje mnoho let. V tomto směru se počty nezměnily.*“).

Jediná odbornost, která byla zmiňována CS jako obtížněji dostupná, je stomatologická péče (kazuistiky č. 28, 29, 30, 41 a 43), a to zejména v Praze a Ostravě.

⁸ Specialisty se ve zprávě rozumí všechny odbornosti včetně poskytovatelů primární péče (stomatologie, gynekologie a porodnictví), dále dermatologie, psychiatrie atd.).



Dobrou praxí je zajištění jinak obtížně dostupné specializované zubní péče pro osoby CS formou hromadné objednávky CS na vyšetření v Olomouci na Klinice zubního lékařství FNOL prostřednictvím pracovníků Charity Olomouc. (Zdroj: MMZ/2021/09/OLOMOUC).

Tabulka 5 - Počty osob CS odeslaných ke specialistům během pilotního provozu

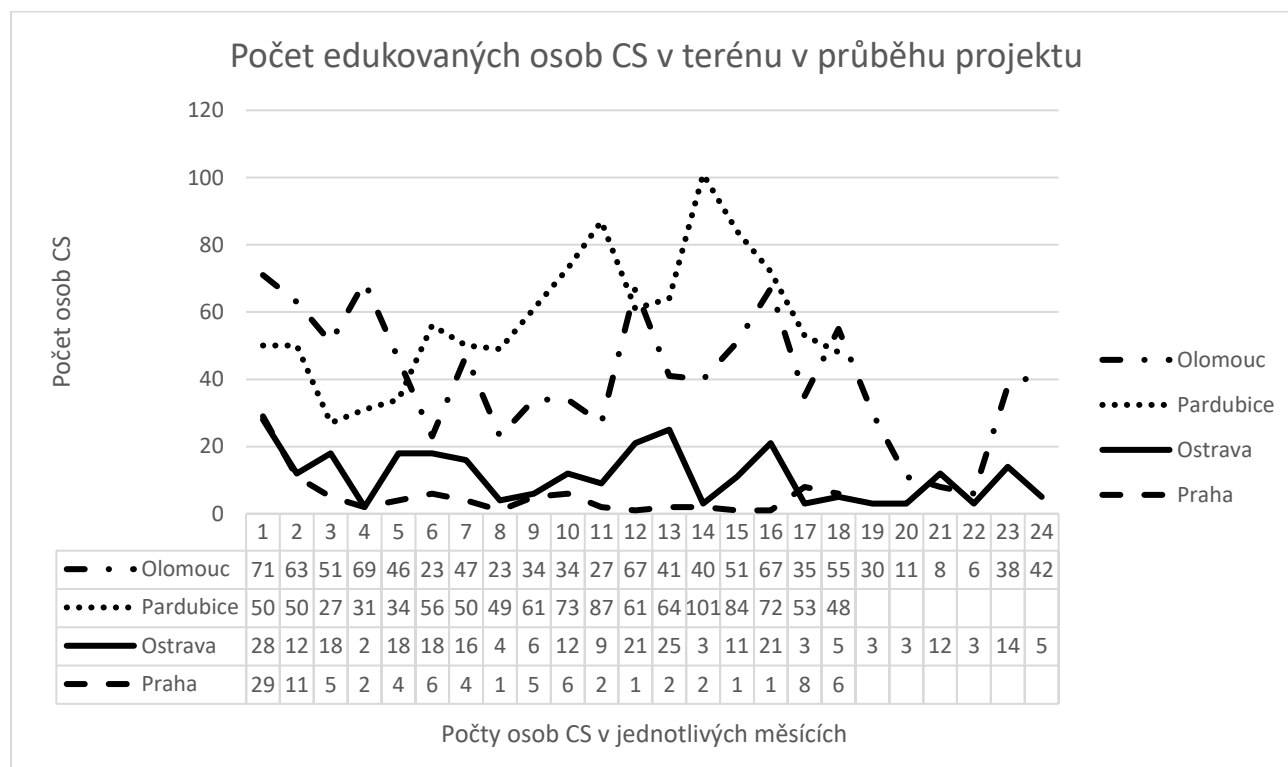
Pilotní ordinace	Celkový počet odeslání osob CS za projekt	Průměrný měsíční počet odeslání pacientů CS během projektu
Olomouc	465	24
Pardubice	106	6
Ostrava	614	27
Praha	214	11
CELKEM	1399	-

Zdroj: Data MMZ

EO 1.1-3 Došlo ke zvýšení celkového počtu edukovaných osob CS v terénu?

Níže je uveden graf, který popisuje počet edukovaných osob CS v terénu v průběhu projektu. Bylo zjištěno, že tam, kde ordinace fungují již déle, jsou pacienti naučeni vyhledávat pomoc sami a ordinaci znají. Zdůvodnění poklesu edukovaných osob, který pokračuje směrem ke konci projektu, je také fakt, že terénní program již ve větší míře v posledních měsících nenarážel na nové klienty (viz MMZ 2021/10/OSTRAVA), což se týká zejména Pardubic a Ostravy; v Praze byl terénní program omezen zejména dlouhodobým onemocněním a indispozicí terénní sestry.

Graf 3: Počet edukovaných osob CS v terénu v průběhu projektu



Zdroj: Data MMZ



V tabulce 6 jsou uvedeny celkové počty edukovaných osob v terénu ve všech ordinacích (nejedná se o UO, ale o měsíční součty možných opakujících se osob z CS).

Tabulka 6 - Počty osob CS edukovaných v terénu během pilotního provozu

Pilotní ordinace	Celkový počet edukací osob CS za projekt	Průměrný měsíční počet edukací osob CS
Olomouc	979	41
Pardubice	1051	58
Ostrava	272	11
Praha	96	5
CELKEM	2398	-

Zdroj: Data MMZ

Úspěšné zachytávání CS v terénu prokazují také kazuistiky (č. 10, 15, 18, 20, 22, 36, 39, 41, 51 a 52 a 56). Ukázalo se jako klíčové při prevenci akutních/septických stavů, které mohou končit amputací končetin, následnou invaliditu a obtížným návratem zpět do běžného sociálního prostředí (úspěšné příklady prevence těžkých stavů díky terénní službě viz kazuistiky č. 3, 24, 35, 40). Vedoucí terénních služeb z Ostravy v rozhovoru uvedla, že klíčová je zejména „rychlost zachytu nových klientů na ulici“.

Část klientů-pacientů v terénu **se vyhýbá lékařskému ošetření a nemocnicím** (č. 6, 7, 11, 21, 40) a často nejsou schopni svůj zdravotní stav adekvátně posoudit (kazuistika č. 7: „*Sama jsem si to neuměla vyhodnotit, jak je to akutní. A mám odpor k doktorům.*“ – Tato klientka Domova v Olomouci, dříve na ulici, je po amputaci pravé končetiny pod kolenem z doby před projektem). V jiné kazuistice č. 40 tento problém s neochotou nechat se ošetřit terénní služba vyřešila tak, že pacientku naučila si převazovat nohu sama a kontrolovala správnost převazu.

Zdravotní péče pokračuje také v azylových domech: běžné je docházení sester na azylové domy za účelem intenzivních převazů, například obden (výrazné zdravotní zlepšení a velký efekt viz například kazuistika č. 35).

Mladí lidé (poměrně častá, typizovaná persona č. 1 bez střechy) zase zpravidla nejsou motivováni k ošetření, protože nemají závažná onemocnění - i když mohou být ve špatném hygienickém stavu a mít různá infekční či parazitární onemocnění (kazuistiky č. 20 a 38, rozhovory se sociálními pracovníky).

EO 1.1.-4 Zvýšil se během projektu počet využitých následných sociálních poradenských služeb týkajících se získání osobních dokladů?

Dle dat z MMZ (viz Příloha B) vyplývá, že poradenství (doporučení) k získání dokladu typu OP dostávaly měsíčně řádově jednotky osob CS (s výjimkou Prahy, kde počet osob CS dosahoval do 20 osob měsíčně). Důvodem je dle metodika ordinace v Praze, že pilotní ordinace v Praze je prvním kontaktním místem pro osoby CS, které se v Praze dostávají z terénu zpravidla v těžkém stavu a bez dokladů, o které někde přišly (ztráta, odcizení). Dále pak byl zaznamenán v průběhu projektu nárůst v Olomouci kvůli novelizaci zákona o občanských průkazech (nabyla účinnosti dne 2.8.2021, jedná se zákon č. 269/2021 Sb.), viz níže.

Olomouc ke zmíněné novelizaci uvádí: „*V průběhu srpna 2021 evidoval terénní program v Olomouci vyšší zájem o pomoc při vyřizování občanských průkazů. Došlo ke zrušení „zelených“ dokladů nahrazujících na dobu určitou OP a navýšení poplatku za novou žádost za OP ze 100 na 200 Kč. To se promítlo i do žádostí o MOP, díky které klienti peníze na nové OP prostřednictvím ÚP mohou získat.*“ (Zdroj: MMZ/2021/08/OLOMOUC).

Situaci dokresluje poznámka metodičky z ordinace v Olomouci: „*Lze v obecné rovině říct, že klienti, kteří pobírají sociální dávky nebo disponují jiným příjmem finančních prostředků, mají své osobní doklady v*



pořádku. Pakliže je ztratí nebo jsou okradeni, projevují zájem o jejich znovuobnovení (většinou kvůli prokázání totožnosti při proplacení složenky). Soběstačnější si je zvládají vyřídit sami, ti méně soběstační se obracejí na terénní pracovníky nebo pracovníky denního centra. Lidé bez domova, kteří si peníze obstarávají žebráním, sběrem kovů případně sběrem papíru, osobní doklady víceméně neřeší.“ (zdroj: MMZ/2020/10/OLOMOUC).

Již v procesní evaluační zprávě byla zmíněna chystaná novelizace Zákona o občanských průkazech, která mohla mít potenciálně negativní vliv na ztížení ztotožňování osob CS. Novela nabyla účinnosti dne 2.8.2021 (Zákon č. 269/2021 Sb.). Zástupkyně úřadu správní agendy občanských průkazů v Ostravě, která často prováděla ztotožňování osob CS bez dokladů, změnu popsala takto: „Paradoxně nyní ubylo svědeckých výpovědí, pro nás je to ulehčení, jsme v kontaktu s ostravskou charitou. Oni jim zajišťují rodný list, protože teď musí, nebo s nimi chodí hromadně a podají svědeckou výpověď.“ Na novelizaci se tedy sociální služby i správní úřady adaptovaly, byla přijata pozitivně.

EO 1.1-5 Zvýšil se během projektu počet osob z CS využívajících dluhové poradenství?

Počet osob využívajících dluhové poradenství zůstal stabilně v řádech jednotek osob za měsíc ve všech městech (viz data MMZ). Jedná se o službu, kterou využívají zejména klienti pod střechem, kteří mají zároveň alespoň nějaký příjem (typicky důchod), ze kterého dluhy splácí. Z kazuistik vyplývá, že oddlužení je pro CS až tím posledním krokem, nejprve si musí udržet zdraví, dostat se pod střechem a případně si také najít práci či alespoň brigádu (podle různého stupně invalidity, která je u osob CS častá). Klienti pod střechem často nemají příjem (ani starobní důchod, pokud nemají odpracován odpovídající počet roků – kazuistika č. 2), ze kterého by mohli splátky platit.

„Přestože Charita Olomouc disponuje službou zabývající se dluhovým poradenstvím, je využívána spíše lidmi ze „vzestupné spirály“, tedy lidmi, kteří jsou bezdomovectvím ohroženi. Lidé ve squatech či na ulici, s nimiž jsou terénní pracovníci v kontaktu, nemají zájem tuto problematiku řešit, pracovníci se v terénu s dotazy na možnost oddlužení neseškávají.“ (Zdroj: MMZ/2020/10/OLOMOUC).

Evaluátoři ověřili míru využívání dluhových poraden před a během projektu s poradnami pro oddlužení v Olomouci, Ostravě a Pardubicích. Všechny shodně uvedly, že míra využívání služeb osobami CS je již několik let stabilní, výkyvy zaznamenali pouze v době období Milostivých lét. Pokud CS takové služby čerpají, jedná se o osoby pod střechem.

EO 1.1-6 Došlo ke zvýšení počtu osob CS využívajících následné sociální služby?

Na základě informací z pilotních ordinací je obtížné dosledovat další cestu pacienta do oblasti sociálních služeb (dle metodika v Praze toto umožňuje například systém propojených údajů v Praze u klientů-pacientů v NADĚJI – jedná se o příklad dobré praxe). Na základě informací od metodičky z Olomouce přibližně 90% pacientů využije nějakou z následných sociálních služeb, poskytovaných v komplexu Charity.

Dobrá praxe: Komplex sociálně-zdravotních služeb Charity Olomouc – ordinace je umístěna v komplexu služeb Samaritán, CS areál i pracovníky dobře znají a pravidelně tyto prostory navštěvují. Klientům/pacientům je zde k dispozici hygienické zázemí a šatník Centra materiální pomoci (mj. z důvodu prevence parazitárních onemocnění) i služby NDC. Pracovníci sociálních služeb pomáhají zajistit návazné služby a podporu. Ordinace zajišťuje vstupní kontroly zájemců o pobytové služby či poskytuje tzv. leženku do noclehárny (jednodenní pobyt na rekonvalescenci, není však bezbariérový). Důležité je, že sociální služby se mohou spolehnout, že vstupní prohlídka skutečně proběhne, nikoli pouze na papíře, což dle vedoucí terénní služby v Ostravě bývá praxe některých běžných ordinací. V lednu 2022 rozšířila Charita pobytové služby – Azylový dům pro osoby se sníženou soběstačností (AD Kosmy a Damiána), zdvojnásobila se kapacita lůžek ze 30 na 60. Kapacita byla ihned obsazena.

Zdroj: MMZ, OLOMOUC.

Data MMZ proto umožňují prokazatelně vysledovat pouze počty vydaných potvrzení o bezinfekčnosti jako zástupného indikátoru. Toto potvrzení potřebují CS, aby mohly být přijaty do pobytové sociální služby. Z čísel v MMZ není patrný trend, průkazy jsou vydávány průběžně, nejvíce v Praze, čemuž odpovídá větší počet pacientů z CS.



Tabulka 7 – Počet vydaných potvrzení o bezinfekčnosti

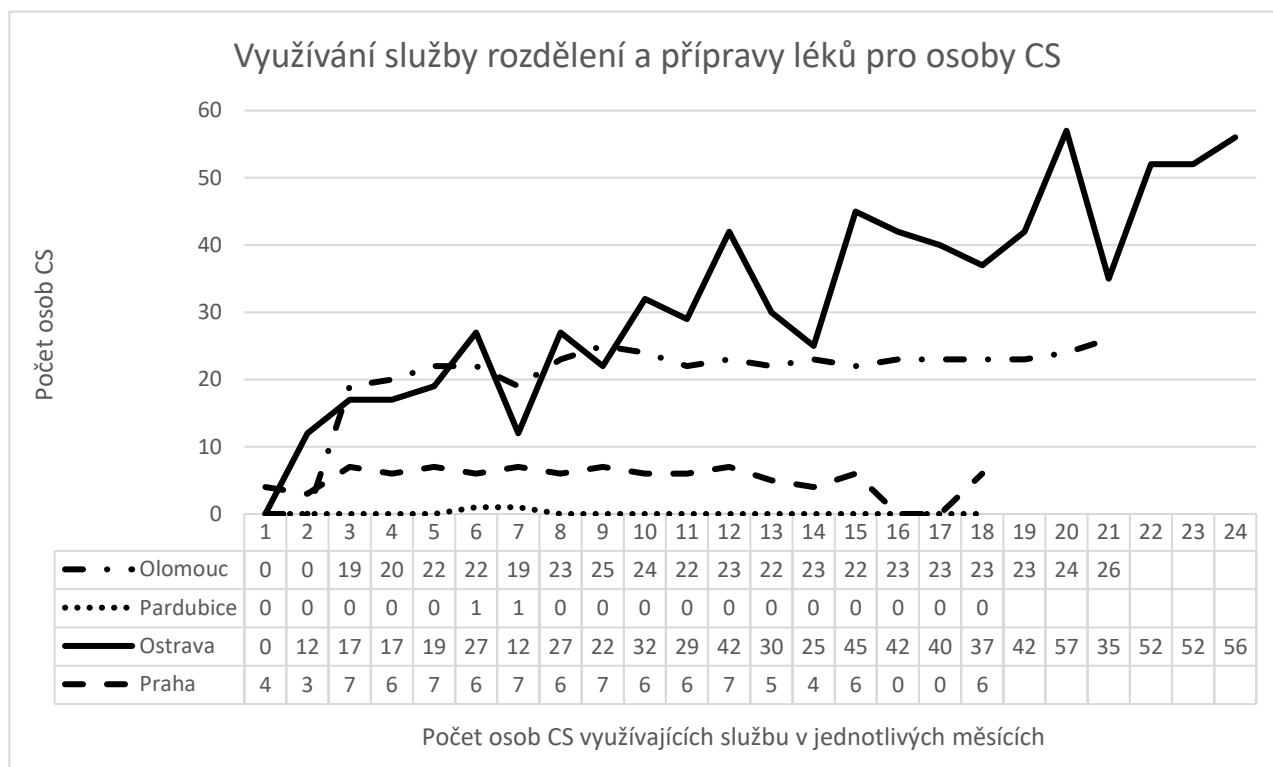
Pilotní ordinace	Počet vydaných potvrzení o bezinfekčnosti během projektu
Olomouc	487
Pardubice	85
Ostrava	463
Praha	1178
CELKEM	2213

Zdroj: Data MMZ

Čísla v tabulce vydaných potvrzení o bezinfekčnosti jsou vysoká a prokazují referování CS do pobytových služeb, rovněž viz četné kazuistiky (č. 15, 22, 23, 27, 29, 35, 48 a 54).

Rostoucí poptávka je po službě rozdělení a přípravy léků (za celou dobu využito 1292x osobami CS – nejedná se o unikátní osoby, ale součet měsíčních záznamů, viz také graf 4). Využívání služby dokládají také kazuistiky z Ostravy a Olomouce (č. 9, 27 a 28). Pardubice a Praha nemají v současnosti na tuto službu kapacitu.

Graf 4: Využívání služby rozdělení a přípravy léků



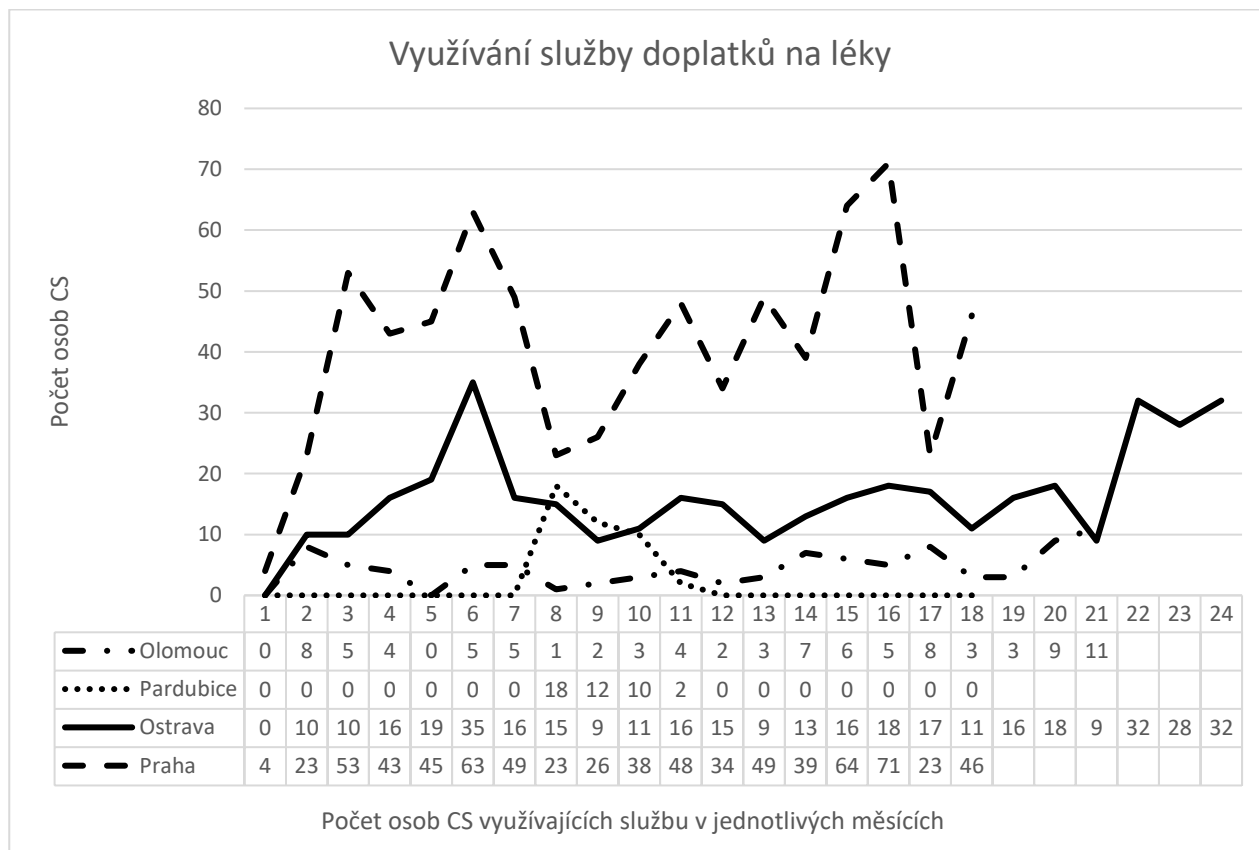
Zdroj: Data MMZ

Problematika doplatků na léky

Velmi využívanou službou mezi osobami CS jsou doplatky na léky, sociální služby zpravidla disponují fondem na jejich úhradu a byly hrazeny také z projektu.



Graf 5: Využívání služby doplatků na léky



Zdroj: Data MMZ

Dle dat z MMZ vyplývá, že léky byly doplacený/poskytnuty zdarma 1268 neunikátním osobám CS. Dopláčení léků představuje pro CS obecně komplikaci (viz kazuistiky č. 4, 5, 23, 26, 31, 41, 47, 49). Zmínilo je jako problém 6 z 28 CS v rámci hloubkových rozhovorů, tj. přibližně 20% dotazovaných osob CS. Dle MMZ Ostrava (MMZ/2020/04/OSTRAVA) zhruba 90 % jejich klientů zvládá vyzvednout si lék v lékárně a následně jej užívat, zbylá skupina CS nemá prostředky na lék, pro který neexistuje bezdoplatková varianta, v tom případě je jim lék vydán v ordinaci.)

V kazuistikách jsme nicméně vysledovali i případ, kdy se zvedly doplatky během samotného sledovaného období („Bral jsem 8 léků bezdoplatkových, ale nyní už je 6 z nich s doplatkem,“ viz kazuistika č. 34), a je tedy možné očekávat spíše větší finanční zatížení CS. Bezdoplatkové léky nemusí být dostupné pro některá závažnější onemocnění (např. č. 26, antikoagulační lék vázaný na předpis kardiolog s doplatkem 1000 Kč), některé bezdoplatkové léky zase vytvářejí závislosti či mají vedlejší účinky, a nejsou ideální variantou.

Dokládají to záznamy v MMZ: „Zdravotní pracovníci řeší dlouhodobě problém spojený se současným nastavením systému doplatku léků na bolest. Návykové léky na bolest, např. Tramal nebo složeniny s Tramalem – Doreta, Tramylpa, Foxis, jsou bez doplatku, jsou tedy lékaři obecně předepisovány často. Zdravotní pracovníci již evidují několik jedinců s vytvořeným návykem na tyto léky. Nenávyková (kvalitní) analgetika, např. Novalgin, jsou v současnosti s výrazným doplatkem, takže si je lékaři charitní ordinace nemohou dovolit většině pacientů předepsat. Analgetikum typu Diclofenac, které je také bez doplatku a lékař jej předepisuje, je problematické v tom, že je zátěžové na žaludek a charitní pacienti (se závislostí na alkoholu) mají často náběhy na žaludeční vředy a jiné záživací potíže léky (zdroj MMZ/2020/11/OLOMOUC). Závislost osoby CS na Tramalu zmiňuje např. kazuistika č. 35.



Přidruženým problémem vázaným na špatnou finanční situaci je nedostatek prostředků na jednorázové výdaje na specifické zákroky (chybějících 5000 Kč na žilní zákrok v kazuistice č. 43, nebo 13000 Kč na zubní můstek v kazuistice u č. 49).

Příklad dobré praxe vydávání léků: Srovnávací ordinaci v Plzni, umístěnou v areálu Charity Plzeň, provozuje soukromá Poliklinika Bory. Pokud mají osoby CS recept z pilotní ordinace, dostanou v Poliklinice Bory lék zdarma. Provoz ordinace včetně doplatků dofinancovává Magistrát města Plzně již osmým rokem.

(Zdroj: Rozhovor s lékařem srovnávací ordinace v Plzni)

EO 1.1-7 Zvýšila se míra proočkování CS?

Pro období před vstupem do a během projektu máme k dispozici z dat NRHZZS informaci o proočkování jednotlivých cílových skupin (dle dodaných informací z ordinací) a běžné populace ve třech ordinacích⁹. Můžeme tak pro účely této evaluační otázky porovnat proočkování jednotlivými vakcínami v cílové skupině a běžné populaci (viz tabulku 8).

Tabulka 8: Proočkování cílové skupiny a běžné populace

	Datum	Ostrava (CS)	Olomouc (CS)	Pardubice (CS)	Všechny sledované ordinace (CS)	Běžná populace
Proočkování CS TBC	01.01.2018	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
	31.12.2021	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Proočkování CS tetanus	01.01.2018	23,6%	25,8%	26,0%	25,2%	25,0%
	31.12.2021	10,6%	11,5%	14,6%	11,4%	17,2%
Proočkování CS VHA	01.01.2018	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	31.12.2021	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Proočkování CS VHB	01.01.2018	1,4%	0,5%	0,5%	0,8%	7,8%
	31.12.2021	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%	5,3%
Proočkování CS chřipka	01.01.2018	10,0%	13,8%	3,1%	12,1%	11,4%
	31.12.2021	10,3%	8,5%	4,7%	8,8%	11,1%
Proočkování CS covid-19	31.12.2021	41,9%	29,2%	44,8%	33,9%	66,3%
CELKEM		996	2129	192	3317	10500850

Zdroj: NRHZZS, k 25.5.2022

Pokud srovnáme stav proočkování CS před projektem a v jeho průběhu ve srovnání s běžnou populací, vidíme snížení u tetanu o -5,9 % a u chřipky o -2,9 %. Naopak u VHB je změna u CS oproti běžné populaci +1,8 %. Ve všech cílových skupinách a nemocech došlo ke snížení proočkování (obdobnou situaci vidíme i u běžné populace), s jedinou výjimkou, kterou je ostravská CS u očkování proti chřipce.

⁹ Požadavek na proočkování, potažmo celá analýza ÚZIS se po dohodě s metodikem ordinace v Praze vztahovala pouze k Pardubicím, Olomouci a Pardubicím, nikoli k Praze, a to z několika důvodů. Pilotní ordinaci v Praze navštěvuje velké množství jednorázových pacientů z CS (nenavštěvují ordinaci vícekrát – nelze hodnotit efekt prevence), Praha není registrující ordinací, osoby CS se tam nemusí zdržovat a odcházejí zase do jiných měst, je zde velké množství cizinců apod. Dále v Praze probíhaly další intervence, klíčové pro zdraví CS, jako humanitární ubytování, pro evaluátory by bylo těžké v datech připočítat, který efekt patří ordinaci a který např. zajištěnému zalečení v humanitárním ubytování. Soubor všech těchto faktorů Prahu z analýzy vyloučil.



V datech uvádíme údaje pro tuberkulózu a VHA, ale neanalyzujeme výsledné rozdíly. „*Plošné očkování proti tuberkulóze je v ČR zrušeno od listopadu 2010 (novelizací vyhlášky MZ ČR č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem). Již dva roky před tím, v březnu 2009, bylo zrušeno přeočkovávání jedenáctiletých dětí.*“ (VZP, <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/jak-je-to-s-ockovanim-proti-tuberkuloze>). Povinné očkování zůstalo pouze u vysoce rizikových dětí. Tím se vysvětlují údaje v tabulce.

Očkování proti tetanu by se mělo opakovat každých 15 let. Provádí se při úrazech, poraněních a nehojících se ranách, u nichž je nebezpečí onemocnění tetanem, případně jako prevence u vybraných zákroků. (VZP, <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/ockovani-proti-tetanu>)

V případě očkování proti COVID-19 je patrné, že CS je méně proočkována ve srovnání s běžnou populací (tabulka 10), nicméně pokud se ale podíváme na výjezdy ZZS v datech ÚZIS (tabulka 9), lze vidět, že oproti běžné populaci v Ostravě a Olomouci byly relativní počty výjezdů na osobu k CS celkem 2,1 krát vyšší oproti běžné populaci. V Pardubicích to bylo jen 1,03 krát (ve své podstatě stejná relativní četnost výjezdů). Přidáme-li k tomu informaci, že relativní počet výjezdů ZZS na osobu v celé populaci CS (Ostrava, Olomouc, Pardubice) oproti běžné populaci byl 7,05 krát vyšší, vidíme, že výsledky ohledně COVID-19 jsou lepší, než u ostatních typů výjezdů. Byť je proočkování CS proti COVID-19 nižší než u běžné populace, CS k případům COVID-19 volala ZZS méně často, než tomu bývá v případě jiných onemocnění.

Tabulka 9: Počet výjezdů k ZZS k pacientům s COVID-19 (srovnání CS a běžná populace)

Cílová skupina (Obyvatelé bez přístřeší)	Absolutní počet	Přepočet na 1 pacienta CS	Běžná populace (Okresy)	Absolutní počet	Přepočet na 1 obyvatele okresu
CS(OBP) Ostrava	23	0,023	Běžná populace Ostrava	3366	0,011
CS(OBP) Olomouc	41	0,019	Běžná populace Olomouc	2155	0,009
CS(OBP) Pardubice	2	0,010	Běžná populace Pardubice	1775	0,010

Pozn.: Evidovaní acienti se záznamem v Informačním systému infekčních nemocí (ISIN), pozitivní výsledek testu na Covid-19 v časovém rozmezí 14 dní před výjezdem ZZS až 2 dny po výjezdu ZZS.

Zdroj: Data ÚZIS, ISIN



Tabulka 10: Míra proočkování pacientů CS v porovnání s běžnou populací

Ostrava (CS = 996)	01.01.2018	31.12.2021
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) TBC	0,0%	0,0%
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) tetanus	23,6%	10,6%
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) VHA	0,0%	0,0%
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) VHB	1,4%	0,2%
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) chřipka	10,0%	10,3%
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) covid-19	x	41,9%
Olomouc (CS = 2 129)		
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) TBC	0,0%	0,0%
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) tetanus	25,8%	11,5%
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) VHA	0,0%	0,0%
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) VHB	0,5%	0,0%
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) chřipka	13,8%	8,5%
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) covid-19	x	29,2%
Pardubice (CS = 192)		
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) TBC	0,0%	0,0%
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) tetanus	26,0%	14,6%
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) VHA	0,0%	0,0%
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) VHB	0,5%	0,0%
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) chřipka	3,1%	4,7%
Proočkování CS (% podíl vůči celkové CS) covid-19	x	44,8%
Běžná populace (Populace = 10 500 850)		
Proočkování (% podíl vůči celkové populaci) TBC	0,2%	0,1%
Proočkování (% podíl vůči celkové populaci) tetanus	25,0%	17,2%
Proočkování (% podíl vůči celkové populaci) VHA	0,0%	0,0%
Proočkování (% podíl vůči celkové populaci) VHB	7,8%	5,3%
Proočkování (% podíl vůči celkové populaci) chřipka	11,4%	11,1%
Proočkování (% podíl vůči celkové populaci) covid-19	x	66,3%

Zdroj: Data ÚZIS, NRZHS, 25.5.2022

EO 1.1-8 Byla zajištěna primární prevence mezi osobami CS ve formě výjezdů projektového vozidla do terénu?

Ve všech ordinacích fungoval preventivní mobilní tým (PMT), na základě vytvořené metodiky s názvem „Jednání se zájemcem o službu preventivního mobilního týmu a základní nástroje“. Byly uskutečňovány převozy do zdravotnických zařízení, pilotní ordinace, ubytoven a pobytových zařízení (převazy), ale i do karanténních domů kvůli covidovým pacientům CS (Ostrava – Radvanice, Olomouc na Nových sadech, na sv. Kopečku, Praha – Covid Hotel „Neklanka“, Pardubice – karanténní byty v Husinecké ul.) a do lékáren. Během pandemických vln se snižoval počet edukací ve prospěch převozu infekčních pacientů (bylo dáno také četnými onemocněními personálu ordinací, viz procesní evaluační zpráva). Byly nabízeny spacáky a iglú. Jak je patrné z grafu 6, terénní program byl významně omezen v Praze kvůli onemocnění členů PMT. Naopak významný byl

„Vozidlo nám velice pomohlo, v covidu jsme převáželi infekční pacienty, kteří by jinak jeli buď MHD, nebo by tam nedojeli vůbec.“

Pilotní ordinace, Olomouc



v Ostravě, kdy podíl „covidových“ převozů na výjezdech byl až 75 % a suploval služby Zdravotnické dopravní služby.

Model edukace CS na ulici včetně pozvání do ordinace a případné ubytování a následné ošetřování v pobytové sociální službě fungoval efektivně – viz předchozí statistiky následných služeb v MMZ u EO 1.1.-6). Některé klienty se však z různých důvodů nedaří ubytovat (problémy s dodržováním pravidel, mají partnera, se kterým chtějí být, či psa, nevydrží bez alkoholu, omezená kapacita a bariérovost některých AD).

Dobrá praxe: V Plzni na přelomu roku 2021 a 2022 v komplexu sociálních služeb Charity (Domov Sv. Františka – noclehárna) postavili také dva kotce pro psy doprovázející osoby CS. Mají také dvě přepravy přímo uvnitř zařízení. Umožnilo to ubytovávat CS, která by jinak do zařízení nepřišla.

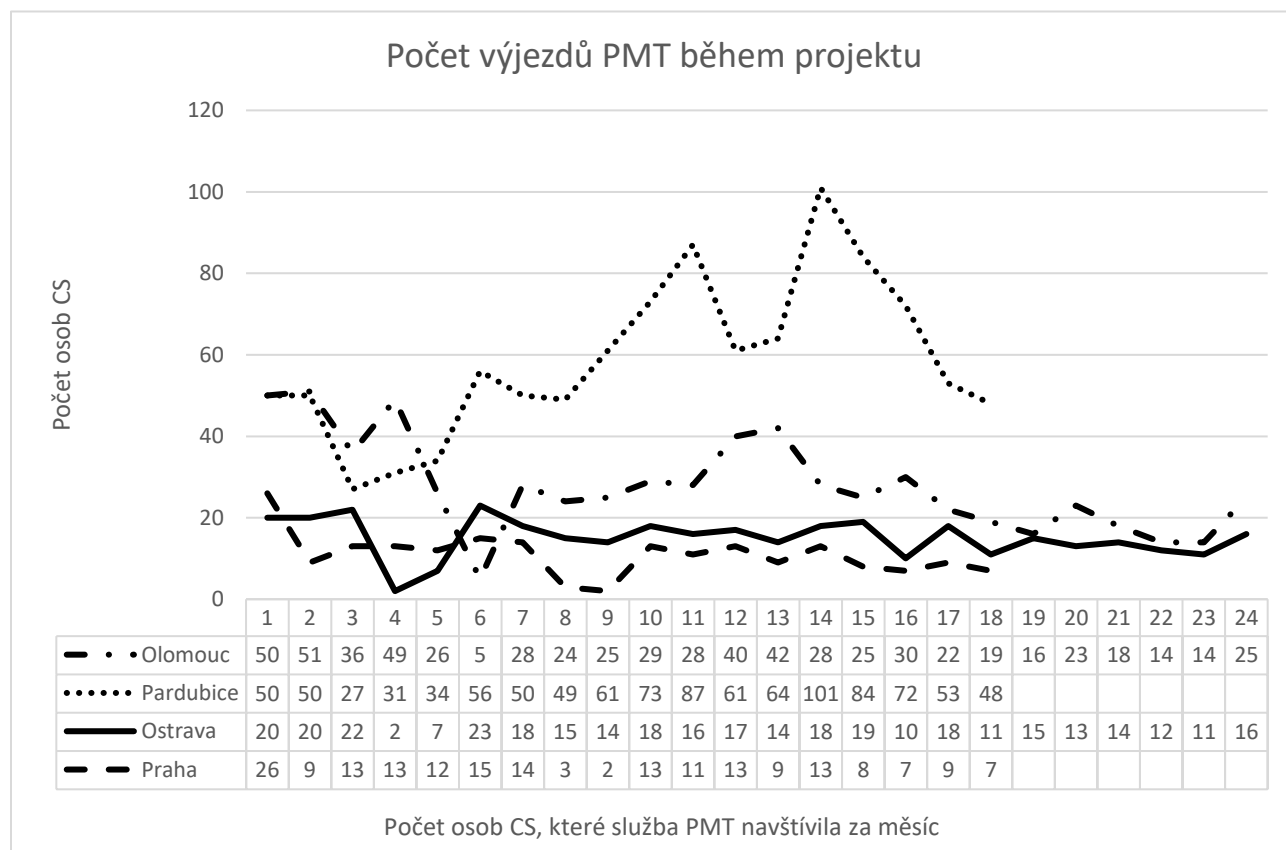
(Zdroj: Rozhovor se sociální službou Charita Plzeň)

Ordinace přitom zdůrazňují nutnost odvézt pacienty hned: „Klienti mají zájem o edukaci v terénu, případně o materiál k ošetření, resp. krytí ran – ochotně přijímají pomoc „tady a teď“. Setkáváme se ovšem se sníženými volnými vlastnostmi klientů – jakmile není klient okamžitě převezen do ordinace, má chvíli čekat na auto nebo se sám do ordinace přepravit, o ošetření ztratí zájem“ (MMZ/2020/09/PRAHA).

Dobrá praxe: K PMT v Ostravě se připojoval sociální pracovník z terénního programu Adelante, což se ukázalo se jako nezbytné – zlepšil orientaci v místech pobytu CS, došlo také k posílení důvěry v nové tváře/pracovníky PMT, jezdilo se už na předem vytipovaná místa, větší efektivita výjezdů.

(Zdroj: MMZ/2020/06/OSTRAVA a MMZ/2020/08/OSTRAVA).

Graf 6: Počet terénních výjezdů PMT během projektu



Zdroj: Data MMZ



Počet terénních výjezdů koreluje s počtem edukovaných osob v grafu 3. Příčinou navýšení a postupného snížení je, že po zvýšeném zachytu díky terénnímu vozidlu už byly nové osoby CS v terénu identifikovány, a výjezdy byly méně časté. V Ostravě působí terénní pracovníci služby Armády spásy Adelante, kteří zachycují a monitorují mnoho pacientů mimo projekt v rámci sociální služby, proto jsou čísla v grafu poměrně nízká. V Praze byl počet výjezdů služby omezen kvůli indispozici terénní sestry.

4.2 Závěr k efektivnosti

Efektivnost je hodnocena jako spíše vysoká. Počet pacientů z CS v ordinacích se zvýšil během realizace projektu o 2294 z původních 5917 (viz tabulka 4). Cíl projektu (min. 500 UO navštíví ordinaci během projektu) se podařilo splnit ve 3 ze 4 ordinací (s výjimkou Pardubic, kde je populace osob CS menší, do 150 osob CS). Z dat IS ordinací je patrné, že po vstupu ordinací do projektu (1. duben, respektive 1. srpen 2020) došlo u některých z nich k nárůstu počtu ošetření osob bez přístřeší (Pardubice, Ostrava). Tento nárůst je způsoben zvýšenými výjezdy za cílovou skupinou a intenzivnějším ošetřováním CS. V průběhu druhé poloviny projektu do jara 2022 počet ošetření zůstává relativně stabilní (Olomouc), nebo mírně klesá (Pardubice, Praha).

Model edukace osob z CS v terénu včetně pozvání do ordinace, případné ubytování a následné ošetřování v pobytové sociální službě fungoval efektivně. Bylo provedeno 2398 edukací osob CS a dále byly osoby CS 1399x odeslány ke specialistům (jedná se o měsíční součty z monitorovacích zpráv), 1292x byla poskytnuta služba „dávkač léků“ (v průběhu projektu rostoucí poptávka viz graf 4) a 1268x byla poskytnuta služba doplatků na léky. K potřebnosti této služby uvádíme, že na základě hloubkových rozhovorů s CS **bylo zjištěno, že až 20 % osob z CS může mít v potíže s doplácením (zejména dražších) léků.** Dalším negativem je, že některé bezdoplatkové léky na bázi opioidů mohou způsobovat závislosti, typicky byl stakeholdery zmiňovány léky proti bolesti. Přidruženým problémem vázaným na zhoršenou finanční situaci osob z CS je v kazuistikách několikrát zmiňovaný problém s jednorázovými výdaji na operační zákroky nehrzené ze zdravotního pojištění. Z výše uvedených důvodů mohou mít pacienti z CS obtíže s adekvátním zaléčením. Dobrou praxí je v tomto případě srovnávací ordinace v Plzni, která umožňuje v lékárně v areálu Polikliniky Bory vydání léku zdarma osobám z CS, pokud mají recept z ordinace praktického lékaře z Domova sv. Františka.

Oddlužení bylo využíváno méně (v jednotkách osob CS měsíčně), byla po něm také menší poptávka, CS zpravidla prioritně řeší svůj zdravotní stav, řešení dluhové situace vyžaduje delší čas a vysokou motivaci. Poptávají ji CS pod střechem, typicky CS z azylových domů. Zvýšení nárůstu počtu pacientů ordinací a zároveň nerostoucí počet referovaných do těchto služeb oddlužení lze vysvětlit tím, že nárůst pacientů ordinací byl zaznamenán zejména díky oslovení osob CS v terénu – a osoby bez střechy nejsou primárními klienty poraden pro oddlužení.

Efektivní spolupráci s následnými sociálními službami prokazují statistiky následných služeb v MMZ pro pacienty z CS, evidované ordinacemi (celkem 2213x jim bylo vydáno potvrzení o bezinfekčnosti kvůli umístění do pobytové sociální služby), tedy byl naplněn cíl pomáhat CS s umísťováním do pobytové sociální a využívat návazné služby na sociálním pomezí (projekt nesbíral data o umístěných klientech, pouze o referovaných do služeb).

Odesílání a vyšetření u specialistů, pokud už k nim jsou CS objednáni, je v kazuistikách popisováno jako bezproblémové. Jediná odbornost, která byla zmiňována CS častěji v kazuistikách jako obtížněji dostupná, byla stomatologická péče.

Výrazně se v projektu dařilo PMT zachytávat osoby CS v terénu, přepravní vozidlo pro sociální službu byla využíváno jak na přesun infekčních pacientů, tak na odvozy z terénu do zdravotních zařízení. Úspěšné zachytávání osob CS v terénu prokazují četné kazuistiky (č. 10, 15, 18, 20, 22, 36, 39, 41, 51 a 52 a 56). Dle sociálních pracovníků je to klíčové při prevenci akutních/septických stavů, které mohou končit v nejhorším případě amputací končetin, následnou invaliditou, a ještě tak zhoršují začlenění zpět do společnosti. Aktivita preventivního mobilního týmu byla důležitá i proto, že CS zpravidla neumí svou zdravotní situaci adekvátně vyhodnotit. Velmi důležité proto bylo zejména to, že se do terénu dostala všeobecná zdravotní sestra. Během pandemických vln se pak snižoval počet edukací ve prospěch převozu infekčních pacientů CS. Dobrou praxí



(a mnohdy nezbytností) byl výjezd sociálních pracovníků spolu se zdravotní sestrou a řidičem do terénu (znalost prostředí, kde se CS vyskytují, tudíž větší efektivita výjezdů).

Míra proočkovanosti pacientů byla nižší než u většinové populace (viz tabulka 10), což lze očekávat. Ve všech cílových skupinách a u všech nemocí došlo ke snížení proočkovanosti, s jedinou výjimkou, kterou je ostravská CS u očkování proti chřipce. Toto je dáno zrušením některých plošných očkování. Velice pozitivní je ale efektivnost covidových převozů, která byla vyšší než u běžných odvozů ZZS. Efektivně se tedy dařilo zabráňovat šíření epidemie COVID-19 v populaci osob CS.

Dobrou praxí je vydávání doplňkových léků zdarma pro CS v lékárně Polikliniky Bory, přijdou-li CS s receptem ze srovnávací ordinace, umístování ordinace přímo do komplexu sociálních služeb (Olomouc, Ostrava, Plzeň), či do blízkosti nízkoprahového centra (Praha), možnost umístit doprovázejícího psa do kotců (Městská Charita Plzeň, Armáda spásy Ostrava) a výjezd sociálních pracovníků spolu se zdravotní sestrou a řidičem do terénu (znalost prostředí, kde se CS vyskytují, větší efektivita).



4.3 Zjištění k dopadům

EO 2.1 PŘISPĚL PROJEKT KE ZLEPŠENÍ PÉČE O ZDRAVÍ OSOB Z CS?

EO 2.1-1 Snížil se výskyt infekčních onemocnění CS (hepatitida, TBC, chřipka, černý kašel) (ve srovnání se srovnávací skupinou?)

Pro CS podpořené projektem jsou četnosti a podíly CS s těmito nemocemi uvedeny v Tabulce 11. Pro **hepatitidu** jsme použili kódy diagnóz B1xx (jde o celou skupinu diagnóz), doplněnou o výkony B251, B581, B942, K701, K712-716, K73xx, K752, O984, P353, Z205, Z246. V případě **TBC** jde o skupinu diagnóz A1xx. **Chřipku** zahrnují kódy diagnóz J09, J10xx, a J11xx (opět jde o celé dvě skupiny). **Černý kašel** spadá pod skupinu diagnóz A37xx. Data jsme očistili o situace, kdy se hlavní diagnóza shodovala s vedlejší (tj. stejný kód diagnózy se objevil dvakrát), abychom stejnou diagnózu během jednoho vyšetření nezapočítávali dvakrát.

Pro možnost srovnání mezi ordinacemi (s různou délkou dat před účastí projektu, délkou účasti v projektu, a různým počtem pacientů), jsou relativní četnosti spočítány tak, že dělíme počet vykázaných diagnóz počtem pacientů/tek za dané období (tj. před projektem, nebo během něj). To následně dělíme počtem měsíců, které sloužily jako základ pro předprojektové období, respektive délkou projektu. Vše nakonec násobíme 1000 (tyto relativní četnosti uvádíme v tabulce 12).

V datech jsme eliminovali případy, kdy se v hlavní a vedlejší diagnóze během jednoho ošetření objevila stejná diagnóza, abychom ji nezapočítali dvakrát.

Tabulka 11 – Četnost výskytu infekčních onemocnění

Ordinace	Hepatitida před projektem	Hepatitida během projektu	TBC před projektem	TBC během projektu	Chřipka před projektem	Chřipka během projektu	Černý kašel před projektem	Černý kašel během projektu
Praha	466	162	4	5	83	2	0	0
Pardubice	0	0	3	0	0	0	0	0
Olomouc	16	14	27	2	605	68	1	0
Ostrava	98	197	0	0	23	110	2	5
Plzeň (kontr. 1.4.2020)	2	5	2	0	7	0	0	0
Plzeň (kontr. 1.8.2020)	3	4	2	0	7	0	0	0
Infekční onemocnění celkem (projektové ordinace)	580	373	34	7	711	180	3	5

Pozn.: Dovolíme si upozornit na to, že je patrné nejednotné používání kódů diagnóz mezi ordinacemi.

Zdroj: Data IS

Celkově lze říci, že pro všechny zkoumané diagnózy se relativní počet onemocnění zvýšil, nebo jen nepatrně snížil (TBC). Vysvětlujeme si to tím, že ordinace se díky projektu více zaměřily na pacienty z CS a zlepšil se záchyt onemocnění (a proto by bylo vhodné udělat evaluaci dopadů s odstupem dvou až tří let, aby se ověřilo, zda se relativní počty onemocnění snížily díky poskytnuté péči a osvětě). Nárůst počtu případů hepatitidy je patrný ve všech ordinacích, a to i v té kontrolní. Nárůst je patrný zejména v Praze (a vzhledem k velikosti cílové skupiny v Praze její efekt převážil nad ostatními ordinacemi) (viz tabulka 12).

V projektových ordinacích se relativní počet diagnóz TBC snížil pro ordinace v Olomouci a Pardubicích, a také kontrolní ordinace v Plzni. Praha a Olomouc zaznamenaly snižující se podíl chřipky, zatímco v Ostravě byl zaznamenán opačný trend.



Tabulka 12 – Průměry výskytu infekčních onemocnění na 1000 pacientů a měsíc

Ordinace	Hepatitida před projektem	Hepatitida během projektu	TBC před projektem	TBC během projektu	Chřipka před projektem	Chřipka během projektu	Černý kašel před projektem	Černý kašel během projektu
Praha	1,876	6,073	0,016	0,187	0,334	0,075	0,000	0,000
Pardubice	0,000	0,000	0,257	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Olomouc	0,242	0,975	0,408	0,139	9,137	4,738	0,015	0,000
Ostrava	4,037	8,325	0,000	0,000	0,948	4,648	0,082	0,211
Plzeň (kontr. 1.4.2020)	1,042	1,722	1,042	0,000	4,167	0,000	0,000	0,000
Plzeň (kontr. 1.8.2020)	1,218	1,739	0,812	0,000	3,247	0,000	0,000	0,000
Infekční onemocnění celkem (projektové ordinace)	0,485	1,366	0,028	0,026	0,595	0,659	0,003	0,018

Pozn: Aby bylo možné porovnávat jednotlivé ordinace mezi sebou, je průměr vypočten jako počet případů daného onemocnění na 1000 pacientů a měsíc. Tím pádem výsledek není ovlivněn ani velikostí ordinace, ani délkou zapojení ordinace do sledování dat.

Zdroj: Data IS

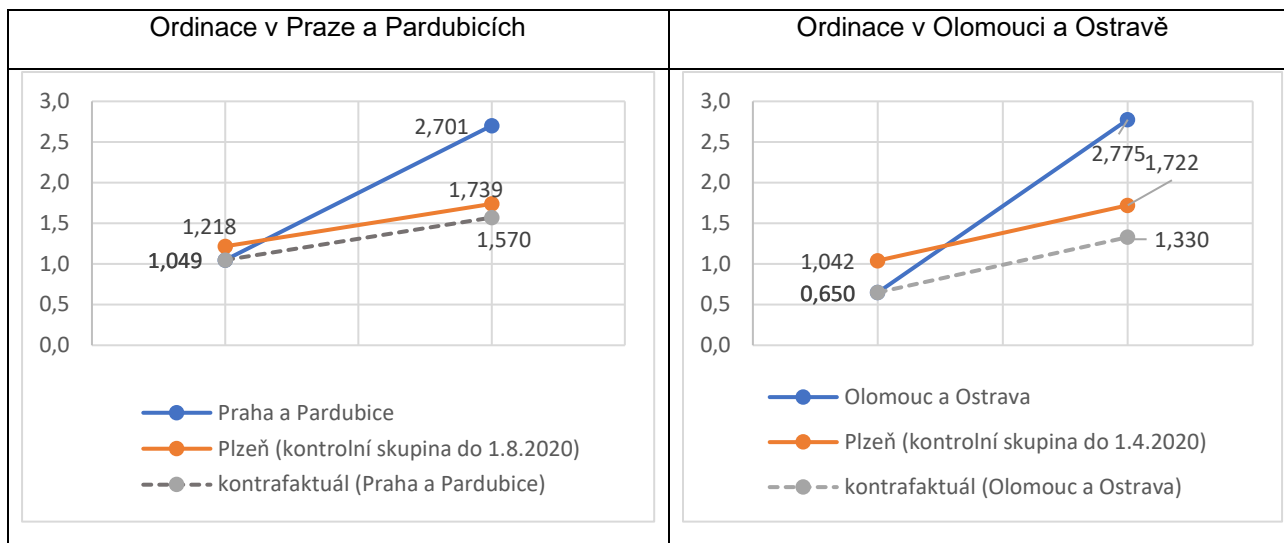
Z porovnání relativních podílů vidíme následující charakteristiky:

1. Ve zkoumaných ordinacích se zvyšuje relativní podíl hepatitidy u mužů, ale u žen klesá (viz příloha I). U žen je podíl hepatitidy vzhledem k velikosti cílové skupiny mnohem častější, proto je její pokles významný pro tuto část cílové skupiny.
2. Ve všech ordinacích (vyjma Ostravy) došlo k poklesu četnosti onemocnění chřipkou jak u mužů, tak u žen (v Olomouci bylo snížení onemocnění chřipkou velmi výrazné).
3. TBC nebylo u žen v průběhu řešení projektu zaznamenáno (před projektem ano).

Pro názornost uvádíme grafické znázornění aplikace metody rozdílů v rozdílech pro relativní četnosti onemocněním hepatitidy. Pro ordinace v Praze a Pardubicích (jde o ordinace vstupující do projektu 1.8.2020) vychází odhad dopadu záporně, tj. vzrůst onemocnění ve výši -1,131 případů hepatitidy (na 1000 pacientů a měsíc), zatímco v případě ordinací v Olomouci a Ostravě (ordinace vstupující do projektu k 1.4.2020) vychází odhad dopadu také záporně, tj. vzrůst onemocnění, dokonce silnější -1,445 případů hepatitidy (na 1000 pacientů a měsíc). Metoda rozdílů v rozdílech vychází z údajů v tabulce 11.



Diagram 2 – Odhad dopadu projektu na četnosti výskytu hepatitidy



Pozn: Hodnoty jsou průměry výskytu hepatitidy na 1000 pacientů a měsíc.

Zdroj: Data IS

Obdobně jako u hepatitidy můžeme odhadovat dopady i u dalších diagnóz. Nejen pro diagnózu hepatitidy, ale i pro diagnózy TBC a chřipky vycházejí odhady dopadů tak, že se relativní počty případů zvýšily (pro TBC je kontrafaktuálně odhadnutý vzrůst počtu případů na 1000 pacientů a měsíc cca. o 0,879 – Praha a Pardubice, a o 0,914 pro Olomouc a Ostravu, u chřipky je to o 3,093, respektive 2,929 případů na 1000 pacientů a měsíc více). V případě černého kašle je odhad pro všechny ordinace pozitivní (tj. došlo k poklesu relativní četnosti tohoto onemocnění).

Co se týče dopadů projektu na nemocnost mužů a žen z cílové skupiny, je patrné, že hepatitidou bývají léčeny hlavně ženy (relativní četnost případů u žen 2,237 vůči 0,343 případů u mužů v období před projektem, viz Příloha I). Velký podíl na těchto údajích mají pacienti z Prahy a Olomouce. Nicméně v průběhu projektu se podařilo relativní četnost tohoto onemocnění snížit zejména u žen (na 1,751 případů na 1000 pacientů a měsíc) oproti mužům, kde došlo k nárůstu na 1,218 případů na 1000 pacientů a měsíc.

Analýza dle věku ukazuje, že docházelo k relativnímu nárůstu incidence hepatitidy u středních ročníků a mladších (zejména, Ostrava, Praha a kontrolní ordinace v Plzni), zatímco v Olomouci se dařilo relativní počet incidencí hepatitidy snižovat (vyjma starší generace CS, podrobněji Příloha I). Toto bylo ale kompenzováno nárůstem u olomoucké střední věkové skupiny. Situace střední věkové skupiny v Ostravě, Praze a kontrolní ordinaci v Plzni se také zhoršila. U ostatních diagnóz a věkových skupin se situace buď zlepšila, nebo byla stabilní (jedinou výjimkou je pražská střední věková skupina a TBC, a ostravská střední generace CS trpící na chřipku).

EO 2.1-2 Došlo ke snížení počtu parazitárních onemocnění v průběhu realizace projektu (svrab, pedikulóza, helmintóza) ve srovnání se srovnávací skupinou? (doplněno o nejčastější diagnózy)

Pro základní statistiku byly využity následující kódy diagnóz: Svrab (B86), Pedikulóza (B85x), a Helmintóza (B81x, B82x, B83x). V datech jsme eliminovali případy, kdy se v hlavní a vedlejší diagnóze během jednoho ošetření objevila stejná diagnóza, abychom ji nezapočítali dvakrát.

Svrab

Celkově se relativní podíl onemocnění svrabem ve sledovaných ordinacích zvýšil z 1,730 na 2,747 případů na 1000 pacientů a měsíc. Při odhadu dopadů projektu na vývoj četnosti svrabu, vychází pro ordinace v Pardubicích a Praze vzrůst z 3,322 na 8,820 případů na 1000 případů a měsíc a odhad dopadu pak jako nárůst ve výši 7,354 případů na 1000 pacientů a měsíc. V případě ordinací v Ostravě a Olomouci jsme



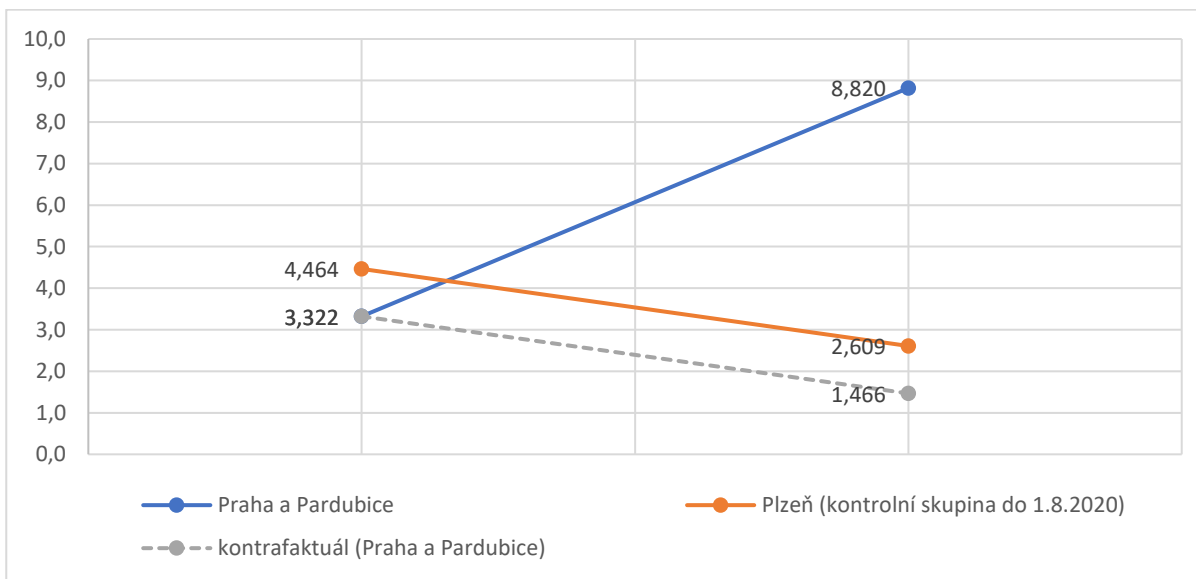
zaznamenali pokles z 3,373 na 2,907 případů na 1000 pacientů a měsíc. Odhad dopadu je nárůst 1,466 případů na 1000 pacientů a měsíc. To je dáno tím, že srovnávací ordinace v Plzni zaznamenala pokles relativní četnosti svrabu přibližně na polovinu.

U onemocnění svrabem se situace u mužských pacientů zhoršila ve všech ordinacích, s výjimkou Olomouce. Výrazné zlepšení v olomoucké ordinaci stojí za celkovým zlepšením v počtu četností svrabu u pacientů (pokles z 2,058 případů na 1,666 případů na 1000 pacientů a měsíc). U žen došlo k mírnému zlepšení (navíc ženy byly méně často ošetřovány kvůli svrabu ve srovnání s muži). V této kategorii došlo ke zvýšení relativní četnosti onemocnění v Pardubicích a Ostravě.

Všechny tři námi zkoumané věkové kategorie dosáhly souhrnně snížení relativní četnosti onemocnění svrabem. Nicméně se výsledky liší mezi ordinacemi. Výrazného snížení dosáhla ordinace v Olomouci u všech kategorií. Naproti tomu v pardubické a ostravské ordinaci se četnosti onemocnění zvýšili pro středně a starší cílovou skupinu.

Roli zde hrají lokální ohniska epidemií těchto vysoce infekčních onemocnění, viz MMZ Ostrava. *V tuto chvíli tedy u osob bez přístřeší ve městě Ostrava registruje sociální služba Terénní program Adelante zvyšující se výskyt svrabu, který není schopna nijak řešit. Ani jedna z nemocnic na území města po diagnóze svrab osobu bez přístřeší neošetří ani nehospitalizuje. Jsou propuštěni automaticky do domácího ošetření. V rámci výskytu infekčních chorob byly po domluvě s garantem projektu tyto posílány do Fakultní nemocnice Ostrava. Bohužel, v případě svrabu je tento neřešen ani ve FN. I osobě bez přístřeší se sníženým intelektem a ustanoveným opatrovníkem je svrab pouze diagnostikován, dostane předpis na pořízení masti a informační letáček. Takto je osoba bez přístřeší propuštěna do domácího ošetření (Zdroj: MMZ/2022/03/OSTRAVA)*

Diagram 3 – Odhad dopadu projektu na četnosti výskytu svrabu (na 1000 pacientů a měsíc) Praha a Pardubice

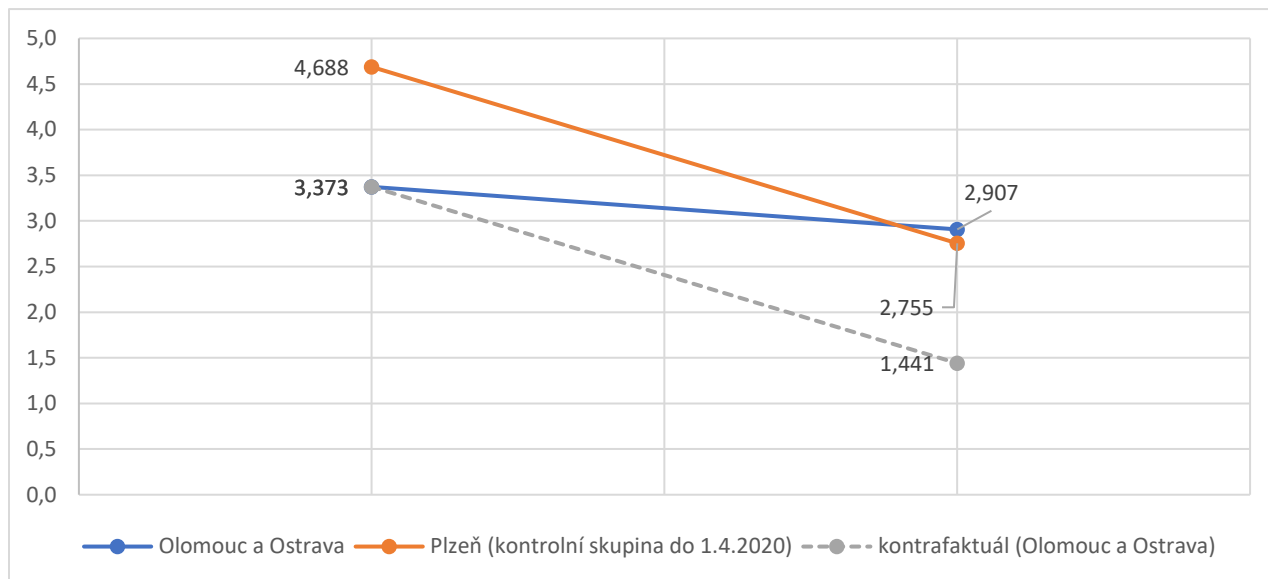


Pozn: Hodnoty jsou průměry výskytu svrabu na 1000 pacientů a měsíc v ordinacích v Praze a Pardubicích (projektové ordinace) a Plzni (srovnávací ordinace).

Zdroj: Data IS



Diagram 4 – Odhad dopadu projektu na četnosti výskytu svrabu (na 1000 pacientů a měsíc) Olomouc a Ostrava



Zdroj: Data IS

Pedikulóza

V případě odhadu dopadů na četnosti pedikulózy dostáváme také záporné odhady dopadu (Praha a Pardubice -5,865 a Ostrava a Olomouc -7,375). U pedikulózy se situace za všechny ordinace u mužů mírně zhoršila. Výrazný nárůst četností tohoto onemocnění se patrně u pražské ordinace, mírný nárůst pak u pardubické ordinace. Pokles v olomoucké ordinaci tak nedokázal kompenzovat výrazný nárůst četností zejména v pražské ordinaci. V případě pedikulózy se četnosti onemocnění zvyšovaly napříč věkovými skupinami, byť u té nejstarší došlo k nejvyššímu nárůstu. Tento nárůst je dán zejména ordinací v Ostravě, kde došlo k výraznému nárůstu četnosti u této skupiny (přibližně 9 krát oproti stavu před projektem, naopak nejmladší skupina pacientů v Ostravě na tom byla lépe). Naopak jsme zaznamenali pokles u všech skupin v Olomouci.

Helmintóza

U helmintózy jsme nezaznamenali žádné případy v žádné z ordinací, a to ani před ani během projektu. Z tohoto důvodu neděláme žádné odhady vývoje ani dopadů. Dále grafy detailně viz Příloha J.

Tabulka 13 – Četnost výskytu parazitárních onemocnění před projektem a během projektu

	Svrab před	Svrab během projektu	Pedikulóza před	Pedikulóza během projektu	Helmintóza před	Helmintóza během projektu
Praha	1439	493	2582	1575	0	0
Pardubice	37	36	2	2	0	0
Plzeň (kontr. do 1.4.2020)	9	8	12	0	0	0
Plzeň (kontr. do 1.8.2020)	11	6	12	0	0	0
Olomouc	535	43	1534	226	0	0
Ostrava	57	178	92	564	0	0
Celkem (projektové ordinace)	2068	750	4210	2367	0	0

Zdroj: Data IS



Porovnání ordinací dle nejčastějších diagnóz

Při zpracování evaluačních otázek 2.1-1 a 2.1-2 se ukázalo, že relativní četnosti jednotlivých diagnóz se mezi zkoumanými ordinacemi liší. Je pravděpodobné, že to souvisí s praxí, jak lékaři zapisují do systémů diagnózy.

Abychom data očistili o tento potenciální rozdíl, rozhodli jsme se udělat analýzu na nejčastěji vykazovaných diagnózách v systémech před zahájením projektu (viz příloha M). Předpokládáme tak, že běžné nemoci jsou napříč ordinacemi podobné. Z každé ordinace jsme vybrali polovinu četností ze všech registrovaných diagnóz. Náš předpoklad je následující: Osoby bez přístřeší trpí stejnými běžnými nemocemi, není důvod předpokládat, že pacienti z Pardubic jsou rozdílní od těch v Ostravě. Výběr poloviny nejčastějších diagnóz umožnil ze vzorku odstranit vzácné nemoci, kde se zastoupení těchto nemocí může mezi ordinacemi lišit. Pro srovnání uvádíme v následující tabulce základní informaci o zvolených diagnózách, včetně jejich seznamu.

Tabulka 14: Základní charakteristika datového vzorku

Ordinace	Počet diagnóz	Podíl na všech diagnózách před projektem	Seznam diagnóz
Praha	4	50,8%	L97; Z108; B852; I10
Pardubice	8	52,0%	Z000; I10; I259; M5496; J00; J069; Z235; E119
Olomouc	33	50,0%	I10; M5456; B852; J042; Z235; L97; L010; L309; Z027; I830; T348; B86; L011; Z000; L029; R739; G409; S913; M796; J118; L089; S462; S819; J069; I702; S911; L088; L984; R32; S610; J209; J449; L84
Ostrava	16	50,0%	Z000; L97; J069; I10; J180; M545; U6975; E119; Z251; Z022; F102; A46; L80; I803; L309; B353
Plzeň	15	51,5%	I10; J209; J069; C810; K30; M5450; J00; J459; L984; Z000; M1396; M5449; E118; L309; I802

Pozn: Seznam diagnóz je seřazen podle četností sestupně od nejčastějších k těm nejméně častým v každé ordinaci.

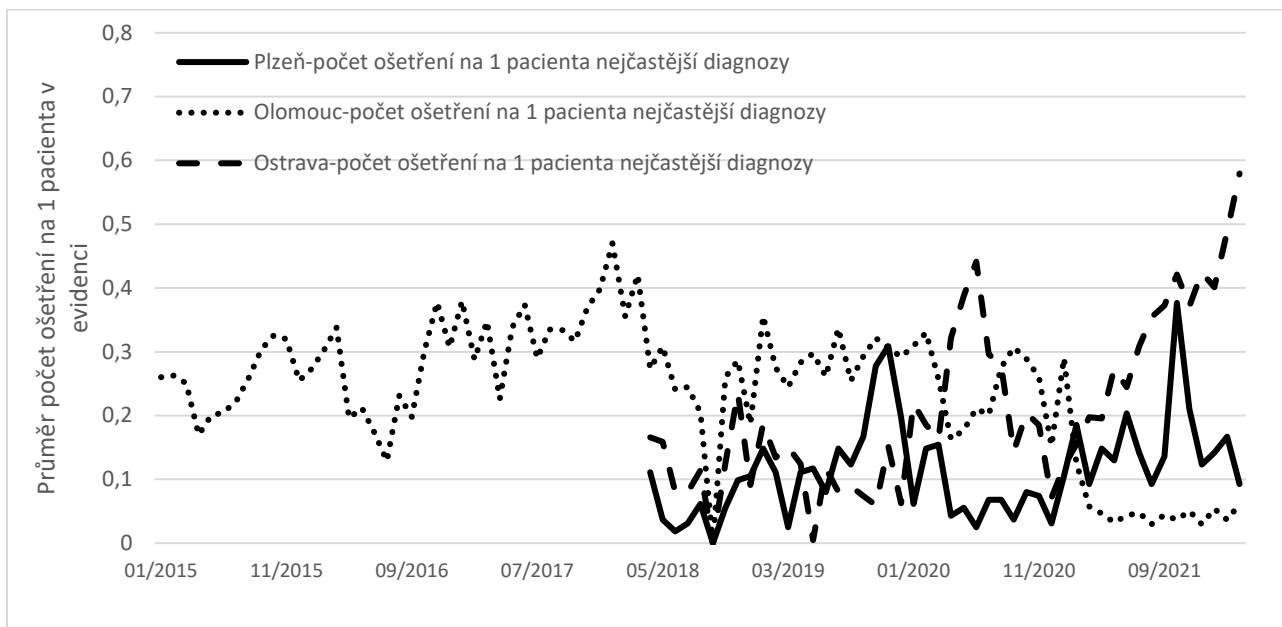
Zdroj: Data IS

Z tabulky je patrné, že například ordinace v Olomouci evidovala diagnózy pravděpodobně velmi podrobně, proto se v polovině četností diagnóz objevuje hned 33 různých diagnóz. Četnosti nejčastějších diagnóz v Pardubicích a Praze sice kolísají, ale rámcově se udržují na podobné úrovni. V případě Ostravy nejprve klesly, ale posléze opět vzrostly, dokonce nad úroveň před začátkem projektu. V Olomouci se nejprve držely na rámcově stejné úrovni, ale v průběhu projektu pak jejich vykazování výrazně pokleslo. Navíc se jednotlivé ordinace mezi sebou liší. Dle výpovědí ordinací se dá vysvětlení nalézt v tom, že v průběhu projektu nastupovali noví lékaři, kteří měli jinou praxi vykazování diagnóz a výkonů.

Z pohledu dopadů na cílovou skupinu tak nemůžeme udělat jednoznačný závěr.

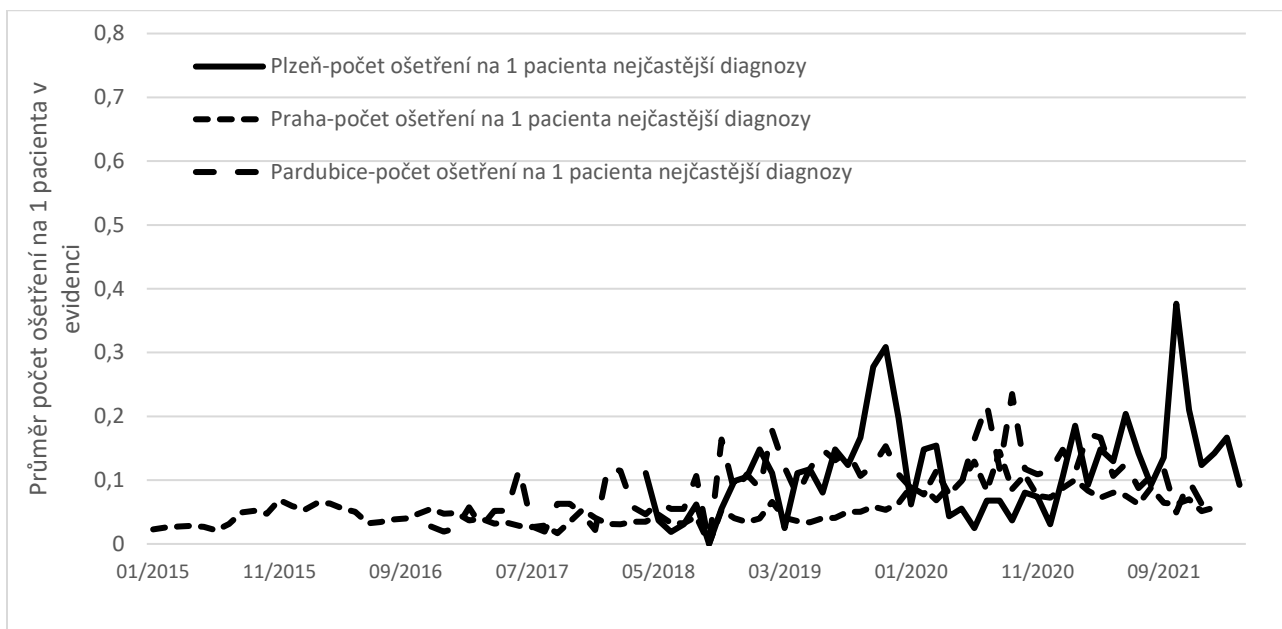


Graf 7: Vývoj průměrného počtu ošetření nejčastějších diagnóz (ordinace zapojené od dubna 2020)



Zdroj: Data IS

Graf 8: Vývoj průměrného počtu ošetření nejčastějších diagnóz (ordinace zapojené od srpna 2020)



Zdroj: Data IS

EO 2.1-3 Došlo ke snížení počtu onemocnění z důvodu proočkování CS?

Jednoznačnou odpověď na tuto otázku dát nemůžeme, s výjimkou onemocnění COVID-19. Dva faktory výrazně snižují vypovídací schopnost a závěry z dat. Prvním je to, že z ordinací vidíme, jestli byl pacient očkován nebo ne, ale pouze v daném období. To, jestli dostal očkování před tím, než ho ordinace začala sledovat, to již v datech vidět nelze. Takže očkování samotné nevypovídá o tom, zda je pacient očkován



– i pacienti, kteří ve sledovaném období očkování nedostali, mohou být očkovaní. Druhým faktorem je, že pacienti z evidence ordinací odchází a my nevíme, jestli byli nemocní, nebo dostali další očkování, apod. Pokud si vezmeme centrální data ÚZIS, tam sice je možné sledovat proočkovanost, ale ne konkrétní četnosti diagnóz. Co však z dat jednoznačně vyvodit lze a co potvrzují také rozhovory s pilotními ordinacemi a OTMZ, je přispění k zabránění šíření epidemie COVID-19 viz detailně EO 1.1-7.

EO 2.2. PŘÍSPĚL PROJEKT KE ZLEPŠENÍ SOCIÁLNÍ SITUACE CS?

EO 2.2-1 Mělo zvýšené odesílání do návazných sociálních služeb pozitivní vliv na celkovou sociální situaci CS?

Nemáme možnost dosledovat osoby CS v IS ESF, proto dokládáme evidenci v kazuistikách. Úspěšné příklady sociálního začlenění (tzv. „vzestupné spirály“ CS, jak vymanění se z tíživé životní situace popisují sociální pracovníci v rozhovorech o CS) jsou zachyceny v kazuistikách č. 28 (práce v chráněné dílně pro psychiatrického pacienta), č. 31 (ve sledovaném období si CS z terénu našel práci při vykládce kamionů), č. 44 (zajištění sociálního bydlení pro celoživotně ekonomicky aktivního klienta umožnilo doléčení kyčle v domácích podmínkách), č. 48 (pracující klientka AD se posunula do sociálního bydlení), č. 54 (náhlá ztráta bydlení, ubytování v AD a opětovný návrat do práce) a č. 57 (cizinka slovenské národnosti – komplexní psycho-sociální podpora, opětovný návrat do práce).

Nicméně z pohledu na čísla oddlužení (viz data MMZ v příloze B) a počty pravidelně pracujících CS v kazuistikách lze usoudit, že primárním prokazatelným dopadem projektu je skutečně zlepšení péče o zdraví CS, nikoliv komplexní řešení sociální situace CS, což potvrzují také pilotní ordinace i sociální pracovníci. Pro terénní služby je rovněž obtížné dohledat osudy CS, protože se snaží na svou „*bezdomoveckou minulost zapomenout a nejsou se sociálními službami v kontaktu*“ (vedoucí terénních služeb Praha). Mnoho klientů CS je již invalidních a pracovat nemůže (např. č. 2, 4, 30, 45), nebo se na práci necítí kvůli diagnostikovaným psychiatrickým problémům (kazuistiky č. 1, 28).

V kazuistikách byl zaznamenán zvýšený počet osob CS, které v době pandemie přišly o bydlení či práci, často jsou to agenturní pracovníci, kteří v případě pracovní neschopnosti dostanou okamžitou výpověď, viz v kazuistikách č. 20, 25, 30, 44, 55. Nárůst nových pacientů, kteří dle slov lékaře v Plzni „*nejsou bezdomovci*“, ale vyhledali sociální služby a následně pomoc ordinace, zaznamenala také srovnávací ordinace v Plzni již během procesních rozhovorů v r. 2021.

Náročnost péče o cizince a složité řešení jejich situace je popsáno v kazuistikách č. 10 a 53.

Většina kazuistik udává úspěšné bezprostřední sociální zabezpečení klienta (obstarání dokladů, dávek v hmotné nouzi, podání žádostí do domovů, žádostí o invalidní či starobní důchod, doprovod na úřady práce). Některým klientům CS chyběl pouze doprovod z pobytové sociální služby ven (klienti s menší hybností si nevěřili na delší pochůzky a vyřizování, viz kazuistiky č. 7 a 8). V Olomouci během rozhovoru uvedli pozitivní příklady, kdy samotná Charita pomáhá zaměstnat klienty CS své vlastní organizaci (i se závislostmi, či jen klienti denního centra), nebo zařídí spolupráci s technickými službami. **Stakeholderi se však shodují, že komplexnímu řešení sociální situace brání pro CS obtížná dostupnost dlouhodobých pobytových sociálních služeb a doléčení, osoby CS proto často propadávají zpět na ulici a dostávají se opakovaně do nemocnice (viz další EO 2.3).**

EO 2.3. JAKÉ JSOU PRAVDĚPODOBNÉ EKONOMICKÉ EFEKTY PROJEKTU NA ŠIRŠÍ SYSTÉM?

EO 2.3-1 Došlo ke snížení výjezdů ZZS v podpořených ordinacích (sledování dat před a během intervence)?

Z ÚZIS jsme obdrželi data za ordinace v Ostravě, Olomouci a Pardubicích, na kterých porovnáváme vývoj relativního počtu výjezdů ZZS k pacientům v cílové skupině s běžnou populací. Data z Prahy nebyla po dohodě s metodikem použita z důvodu vysokého počtu jednorázových klientů (a mnoho z nich cizinců), nejedná se o registrující ordinaci a během projektu v Praze probíhala další intervence, která měly potenciál



zlepšit péči o zdraví – tzv. humanitární ubytování. Čísla v Praze by tedy bylo obtížné interpretovat ve vztahu k intervenci/činnosti pilotní ordinace.

Takto definovanou cílovou skupinu jsme rozdělili na dvě části. Tou první jsou pacienti, kteří se v ordinaci za období sedmi let (od ledna 2014, do prosince 2021 – tj. data nepokrývají úplně celý průběh projektu) v ordinaci objevili maximálně dvakrát. Jde o to, že tito pacienti už vůbec nemusí být ve spádovém obvodu ordinace a lze čekat, že nebudou navštěvovat ani jiné ordinace, takže jejich zdravotní stav bude spíše horší. Druhou skupinou CS jsou pacienti, kteří ordinaci navštívili častěji. U nich očekáváme, že zapojení do projektu pro ně může přinést pozitivní efekty ve snížení počtu výjezdů a hospitalizací.

Z delšího časového pohledu vidíme klesající trend podílů výjezdů u celé CS po zahájení projektu. U CS, která se zdržuje v obvodu ordinací, je patrný mírný trend poklesu relativního počtu výjezdů. **Nicméně u skupiny, která nás zajímá (té, která navštěvuje lékaře dané ordinace častěji) jsme odhalili lineární klesající trend u ordinace v Ostravě a Olomouci, zatímco v Pardubicích je stoupající.** Výsledky jsou však silně ovlivněny výkyvy v datech (volatilita). V tabulce 15 je vidět, že v průběhu projektu se situace zlepšila v Pardubicích a Olomouci, zatímco v Ostravě relativní počet výjezdů během projektu vzrostl. Když však zvážíme, že v běžné populaci se relativní počty výjezdů ZZS držely stabilní (s výjimkou nárůstu na jaře 2021), a tím, že průměry během projektu jsou u běžné populace vyšší než před projektem, pak můžeme tyto výsledky vnímat jako pozitivní. Nicméně doporučujeme otestování výsledků ještě s odstupem dvou let po projektu, aby se ukázalo, zda se podařilo snížit počty výjezdů ZZS tím, že se snížilo zatížení CS chronickými nemocemi.

Tabulka 15 – Průměrné četnosti výjezdů ZZS na osobu

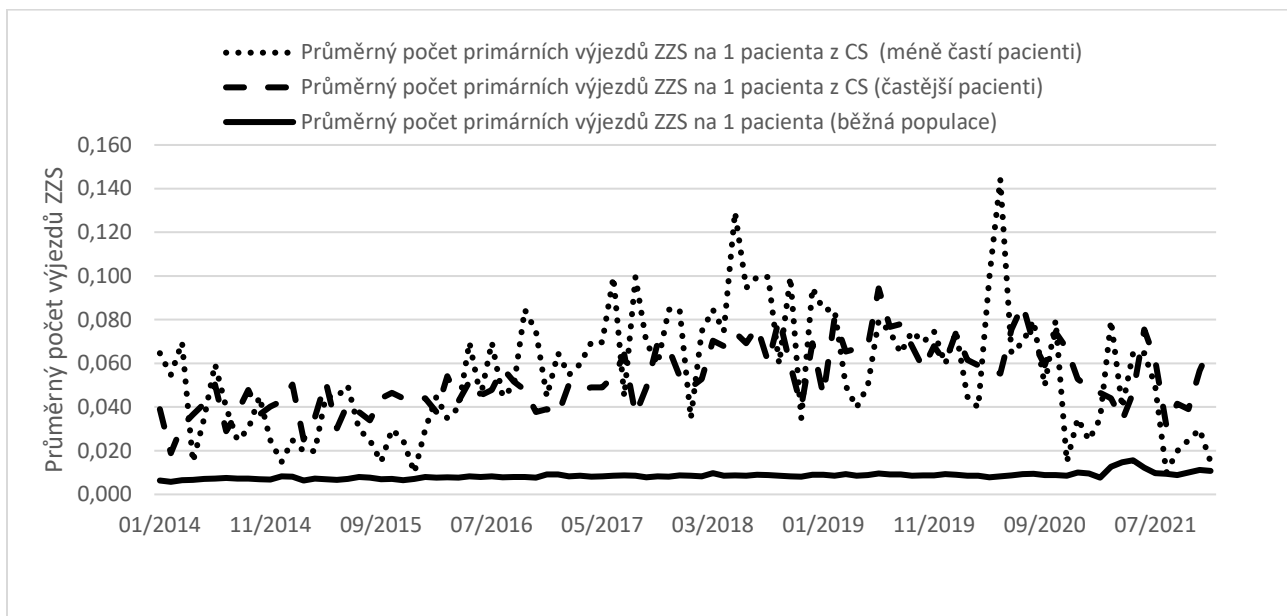
Město	Před projektem			Během projektu		
	Výjezdy méně častí pacienti	Výjezdy častější pacienti	Běžná populace	Výjezdy méně častí pacienti	Výjezdy častější pacienti	Běžná populace
Pardubice	0,073	0,092	0,007	0,057	0,057	0,007
Olomouc	0,052	0,058	0,006	0,035	0,034	0,007
Ostrava	0,057	0,052	0,008	0,052	0,057	0,010

Zdroj: Data ÚZIS

Z následujících grafů (graf 9, 10, 11 na následující str. 52) je patrné, že relativní počet výjezdů ZZS k běžné populaci je rámcově stále stejný za celé období a různá města. Počty výjezdů k běžné populaci se mírně zvýšily jen v období jara 2021. Oproti tomu je patrné, že relativní počty výjezdů k CS jsou výrazně vyšší než u běžné populace.

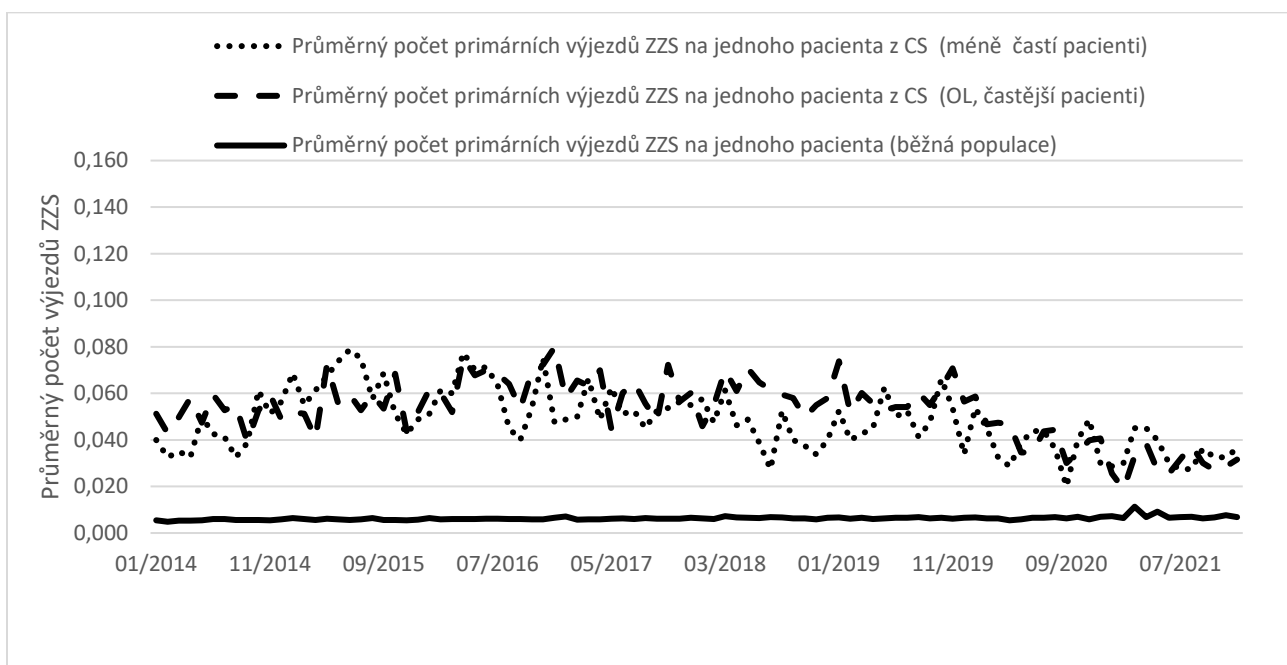


Graf 9 – Vývoj relativních počtů výjezdů ZZS v ostravské ordinaci (na 1 pacienta) od roku 2014 do 2021



Zdroj: Data ÚZIS

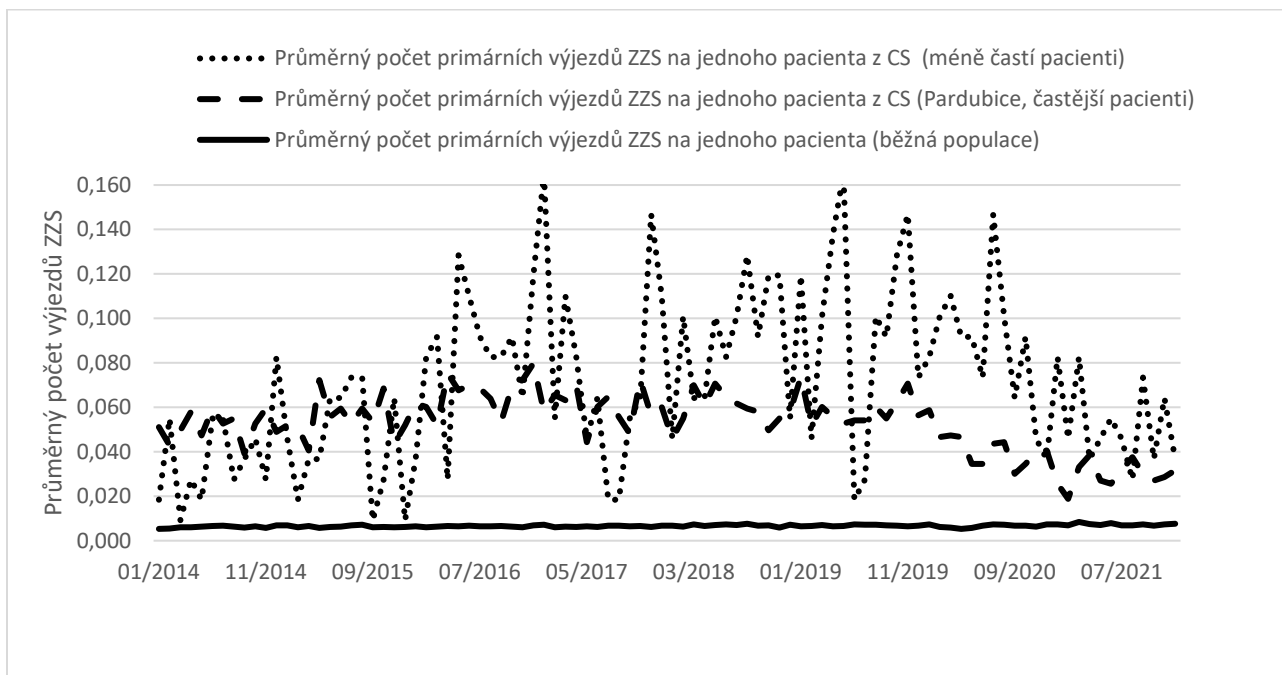
Graf 10 – Vývoj relativních počtů výjezdů ZZS v olomoucké ordinaci (na 1 pacienta) od roku 2014 do 2021



Zdroj: Data ÚZIS



Graf 11 - Vývoj relativních počtů výjezdů ZZS v pardubické ordinaci (na 1 pacienta) od roku 2014 do 2021



Zdroj: Data ÚZIS

Z rozhovorů se sociální službou i pilotními ordinacemi vyplývá, že se hodně u CS často váhá, zda záchranku přivolat, či lze zdravotní stav ještě řešit ambulantně. **Zároveň z toho vyplývá, že dříve, když nebyla pilotní ordinace v provozu vůbec, sociální služba volala záchranku k odvozu do nemocnice častěji.** Zástupce

...
„Dříve volala sociální služba záchranku neustále hlavně kvůli epileptickým záchvatům. A před rokem 2008 (datum zahájení provozu ordinace – pozn. evaluace) se volala záchranka ještě víc, odhadem 4x více než v současnosti.“

Tým ordinace a sociální služby,
Olomouc

...
mnohem snazší. Také volání ZZS je lépe podloženo, zdravotnický personál umí vyhodnotit, jaké stavy jsou indikovány pro ZZS.“

sociálních služeb v Pardubicích uvádí, že například pokud byl CS nalezen ve špatném stavu v pátek a dalo se očekávat, že se jeho stav přes víkend ještě zhorší, byla záchranka zavolána. Nyní „si ho paní doktorka poslechne, napíše antibiotika, nejhorší zažehná a v pondělí ho můžeme řešit dál“. Pilotní ordinace tedy umožnila zaléčit stavy „na hraně“ ambulantně, a současně umožnila se zdravotnickým personálem konzultovat vážnost zdravotního stavu (například typicky epileptické záchvaty či podezření na infarkt), čímž se omezilo nadužívání zdravotní služby. Výrazný trend poklesu u jednorázových pacientů je v Olomouci v grafu 10 zřetelně vidět.

Positivní dopad projektu potvrzuje v Ostravě vedle grafu 9 i zástupce ZZS Ostrava: „Určitě je přínosné mít v rámci sociálních služeb tohoto typu i zdravotníky. Ta spolupráce i domluva je potom

Ekonomické efekty zvýšených odvozů ZZS

Z dat ÚZIS (viz předchozí otázku) lze rovněž vypočítat náklady na odvozy ZZS na osobu na měsíc v porovnání s běžnou populací. V Ostravě je rozdíl z dat 0.046 odvozů RZS vyšší u CS než u běžné populace (na měsíc a osobu). V Pardubicích je rozdíl z dat 0.071 odvozů RZS vyšší u CS než u běžné populace (na měsíc a osobu). V Olomouci je rozdíl z dat 0,043 odvozů RZS vyšší u CS než u běžné populace (na měsíc a osobu).



Zjištěná cena jednoho odvozu je 7 856 Kč za 1 odvoz* (údaj poskytla ZZS Vysočina, výše se může lišit), pak jsou měsíční náklady na odvozy CS orientačně vyšší o:

Ostrava: 361,40 Kč

Pardubice: 557,80 Kč

Olomouc: 337,80 Kč.

Finančně vyjádřeno, oproti běžné populaci jsou o 345,70 Kč vyšší náklady na osobu a měsíc u lidí bez domova (náklady na odvoz ZZS). V ČR je dle Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí 23 800 osob bez domova (údaj z r. 2019¹⁰), tedy činí měsíčně rozdíl navíc na péči o CS celkem 8 226 803,20 Kč (= cca 100 mil. ročně navíc).

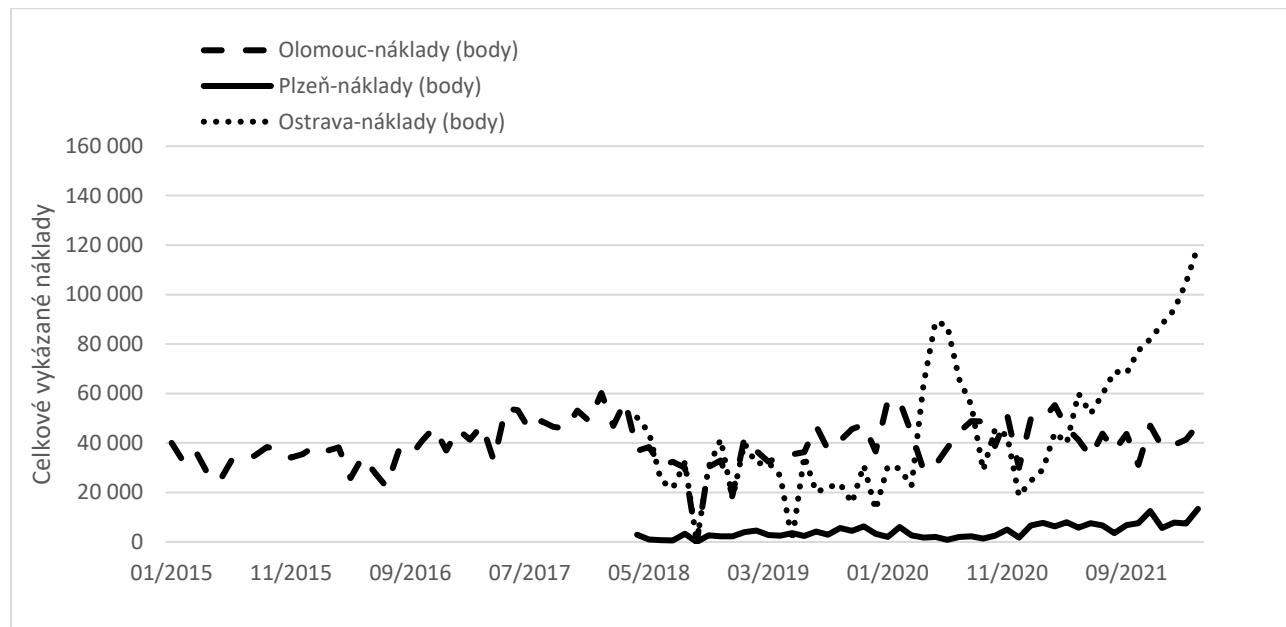
(*Pozn: Z toho 3 519 Kč činí průměrná úhrada od zdravotní pojišťovny. Zbytek provozních finančních prostředků a investice hradí zřizovatel, případně dotace od MZČR a EU). Celkově z úhrad zdravotních pojišťoven je čerpáno měsíčně 3 702 061,44 Kč (ročně ca 45 mil. Kč navíc) navíc na péči specificky o CS.

EO 2.3-2 Došlo ke snížení finanční náročnosti vynaložené péče o osoby CS? (bodování výkonů)

Co se týče vykazování výkonů (body), pak je patrné, že intenzita práce kolísá v průběhu času v závislosti na období v roce (zimní měsíce obvykle mají tendenci k tomu, že je vykazováno více práce). Pro hodnocení jsme využili informaci o vykázaných bodech, takže v grafech nejsou zahrnuty údaje o nákladech na materiál. Průměrné náklady na jedno ošetření sice mezi ordinacemi kolísají, ale rámcově se udržují na podobné úrovni.

Dle srovnání nákladů (body) na jedno ošetření (viz grafy 14 a 15), můžeme říci, že finanční náročnost zůstává na stejné úrovni (nedošlo k nárůstu, ani k poklesu).

Graf 12: Vývoj nákladů na ošetření měřených počtem vykázaných bodů (ordinace zapojené od dubna 2020)

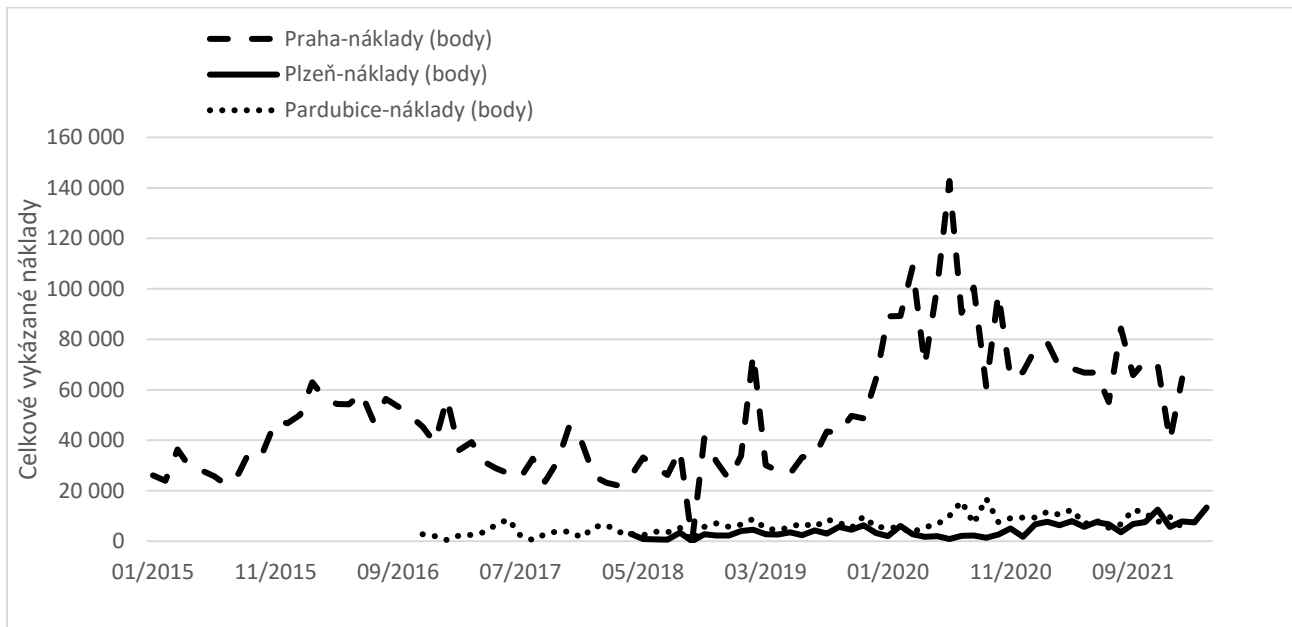


Zdroj: Data IS

¹⁰ <https://www.vupsv.cz/2019/10/16/vysledky-scitani-osob-bez-domova-v-ceske-republice-2019/>

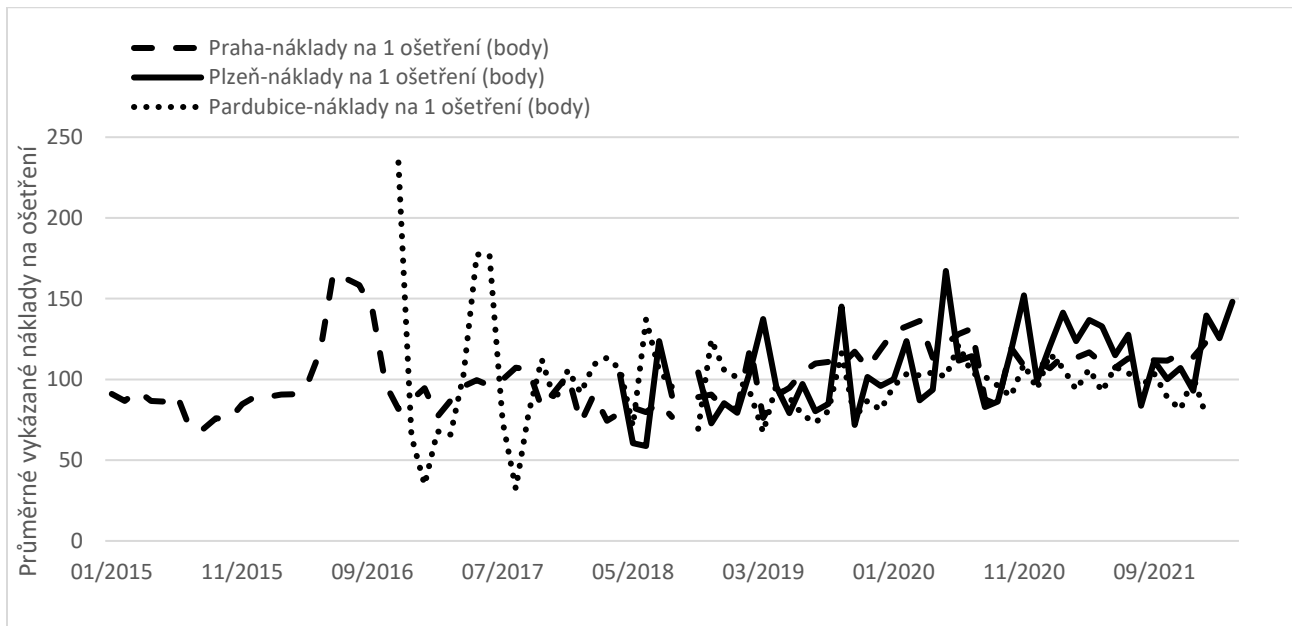


Graf 13: Vývoj nákladů na ošetření měřených počtem vykázaných bodů (ordinace zapojené od srpna 2020)



Zdroj: Data IS

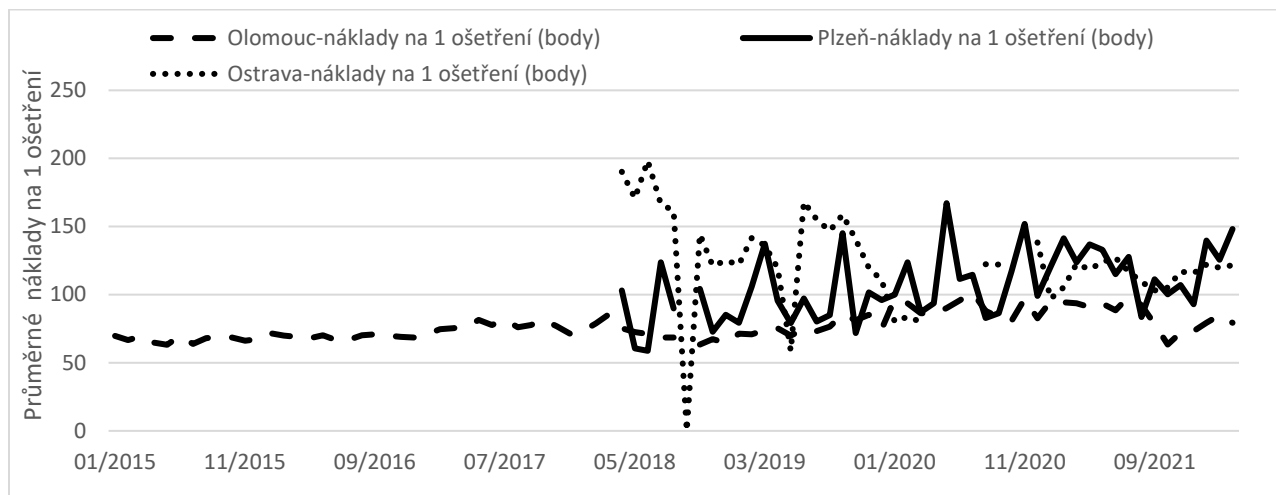
Graf 14: Průměrné náklady na jedno ošetření (body) Praha a Pardubice ve srovnání s Plzní



Zdroj: Data IS



Graf 15: Průměrné náklady na jedno ošetření (body) Olomouc a Olomouc ve srovnání s Plzní



Zdroj: Data IS

EO 2.3-3 Došlo ke snížení počtu hospitalizací osob CS v nemocnicích v důsledku projektu?

Obdobně jako u evaluační otázky 2.3-1, i u této evaluační otázky pracujeme s daty ÚZIS. Vztahují se tedy na ně stejné parametry – časové, i rozdělení cílových skupin.

Z delšího časového pohledu vidíme klesající trend podílů hospitalizací u celé CS po zahájení projektu.

V ostravské ordinaci je snížení průměrného počtu hospitalizací u CS a běžné populace téměř shodné. Tento trend vidíme také u běžné populace. Nicméně u olomoucké CS a také u pardubické CS je klesající trend u CS výrazně silnější (u olomoucké téměř dvakrát tak rychlý) než u běžné populace. V tabulce 15 je vidět, jak markantně se situace obou druhů CS zlepšila ve srovnání s běžnou populací.

Jsme si vědomi toho, že během pandemie poklesl počet hospitalizací u celé populace, ale u olomoucké a pardubické CS je patrné, že pokles hospitalizací CS byl výraznější než pokles hospitalizací běžné populace. Na základě toho můžeme tyto výsledky vnímat jako pozitivní. Nicméně doporučujeme otestování výsledků ještě s odstupem dvou let po projektu, aby se ukázalo, zda se podařilo snížit počty hospitalizací tím, že se snížilo zatížení CS chronickými nemocemi.

Pilotní ordinace v Ostravě zároveň poukázala na problém v komunikaci s nemocnicemi – CS sice po hospitalizaci dostanou z nemocnice propouštěcí zprávu, tu ale často do pilotní ordinace už nedonesou (ztratí, někde zapomenou) a sestry musí složitě ověřovat, co se s pacientem dělo. Proto by bylo vhodnější předávat si informace elektronicky, aby měly ordinace lepší přehled o absolvované léčbě.

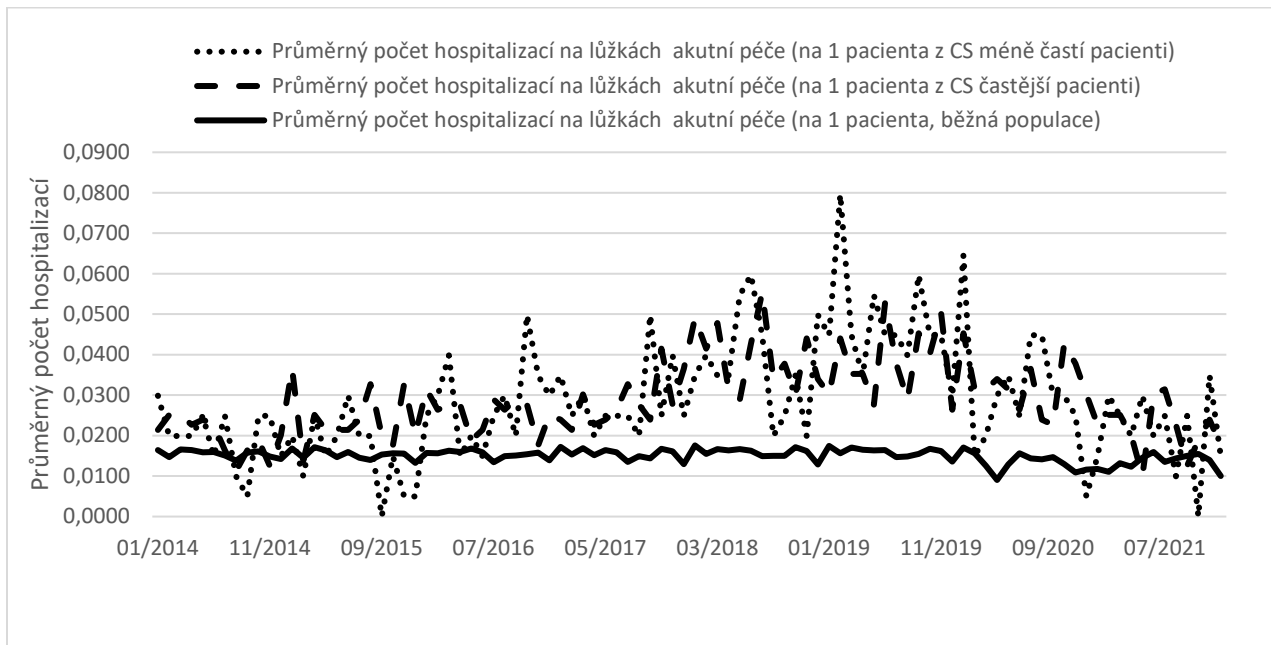
Tabulka 16 – Průměrné četnosti hospitalizací na osobu

Město	Před projektem			Během projektu		
	Hospitalizace - méně častí pacienti	Hospitalizace - častější pacienti	Běžná populace	Hospitalizace - méně častí pacienti	Hospitalizace - častější pacienti	Běžná populace
Pardubice	0,035	0,032	0,014	0,020	0,021	0,011
Olomouc	0,037	0,043	0,015	0,016	0,021	0,013
Ostrava	0,030	0,029	0,016	0,025	0,026	0,013

Zdroj: Data ÚZIS

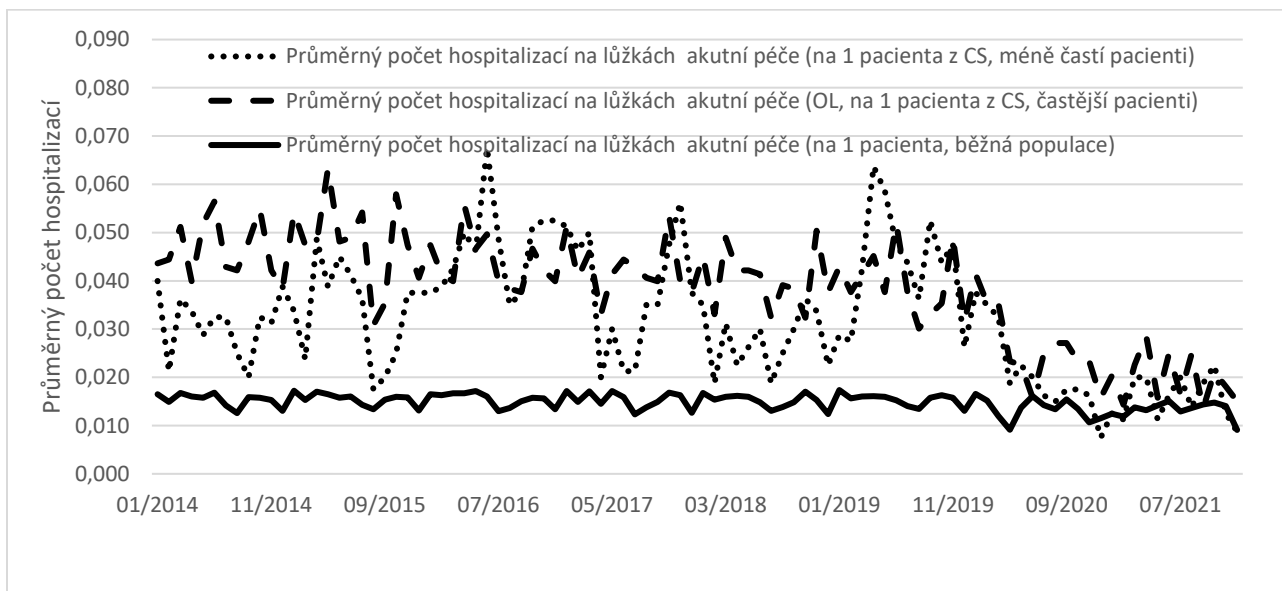


Graf 16 – Vývoj relativních počtů hospitalizací v ostravské ordinaci (na 1 pacienta)



Zdroj: Data ÚZIS

Graf 17 – Vývoj relativních počtů hospitalizací olomoucké ordinaci (na 1 pacienta)

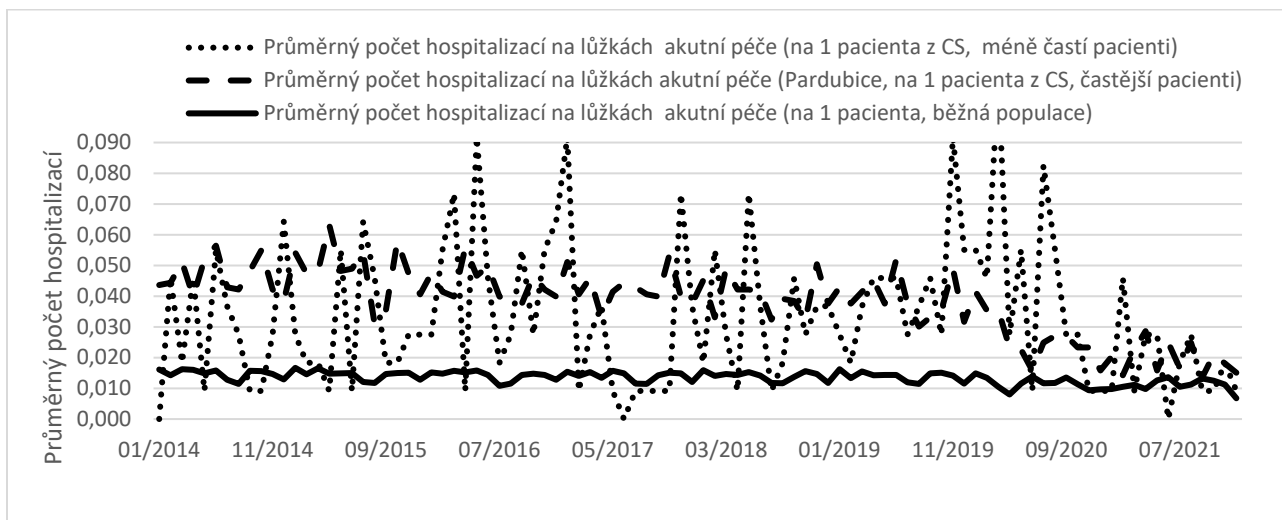


Zdroj: Data ÚZIS

K hospitalizacím máme shodnou informaci od zdravotnického personálu (lékaři, sociálně-zdravotní pracovníci v nemocnicích) i sociálních pracovníků, totiž že chybí po propuštění z nemocnic/LNPNP návazné doléčení (krátkodobé i dlouhodobé), tedy jakési nízkoprahové lůžko (ať už formou marodky, nebo dlouhodobého bytového zařízení se zdravotní službou).



Graf 18 – Vývoj relativních počtů hospitalizací pardubické ordinaci (na 1 pacienta)



Zdroj: Data ÚZIS

„Strašně chybí pobytová sociální služba s nějakou péčí, pacienti z této cílové skupiny nejsou indikováni pro LNPNP, proto je tam primáři nechtějí, neboť pochopitelně pojišťovny tyto hospitalizace kontrolují a odmítají následnou péči hradit, když je hospitalizace v podstatě ze sociální indikace. Bylo by potřeba mnohem více zařízení sociálních služeb typu Přístav Armády spásy a pak zařízení pro přechodné "vyležení" stavů, které běžní pacienti řeší doma.“

Sociálně-zdravotní pracovníce v Praze

„Fungovala dlouhodobě jedna vzdálenější léčebna, ale už máme také od primáře stop stav. O cílovou skupinu nikdo moc nestojí, je to dlouhodobá věc.“

Sociálně-zdravotní pracovníce v Olomouci

„Toto je problém už 20 let. Můžeme využít naši LNPNP, ale není, kam by z ní pacient šel dál. Jsou tu domovy Přístav, ale tam je malá kapacita, pořadníky. Nám by pro naši práci (abychom měli pacienta kam předat) samozřejmě vyhovovalo široké spektrum navazujících sociálních služeb. Na druhou stranu, ze zkušenosti můžu říct, že do doby, než je pacient úplně odkázán na okolí, tolik o sociální služby nestojí, protože ho jejich pravidla omezují. A ve chvíli, kdy už je po amputaci nebo má jiné vážné problémy, už by potřeboval spíš péči zdravotní a sociální služby mu ani nejsou schopny zajistit všechny potřeby. Nebo má ve vhodném zařízení "stopku", protože tam v minulosti porušoval pravidla.“

Sociálně-zdravotní pracovníce v Ostravě

Dobrá praxe: Lze doporučit dobrou praxi pilotního projektu v Kraji Vysočina s názvem *Tvorba sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina*, kdy vznikají kazuistiky osob CS (řešení jejich sociální situace) – tzv. case management. Řešení sociální situace pacienta probíhá prostřednictvím posílených kapacit sociálně zdravotních pracovníků již na akutních lůžkách.¹¹

¹¹ Zdroj: <https://www.sendvicovysenior.cz/kraj-vysocina-propojuje-socialni-a-zdravotni-sluzby/> (Rozhovor s koordinátorkou projektu Pomezí aneb jak to funguje na Vysočině v praxi). Oficiální stránka projektu zde: <https://www.kr-vysocina.cz/socialne-zdravotni-pomezí/ds-304286>



Problém s volnými kapacitami v zařízeních dokresluje také informace z pilotní ordinace v Olomouci („V LNP v Červené vodě nám občas berou CS na doléčení, ale nyní jsou tam Ukrajinci“). Stejně tak azylové domy suplují v některých případech i paliativní péči / péči o pacienty CS v terminálním stádiu nemoci, viz rozhovor s ordinací v Ostravě (podávání opiátových náplastí). Příběh klienta tohoto konkrétního klienta je doložen v kazuistice č. 27.

Ekonomické efekty zvýšených hospitalizací

Z doplněných dat ÚZIS o délce hospitalizací na jednotlivých pracovištích v nemocnicích (intenzivní, standardní a následná péče, zvláště psychiatrická pracoviště/odd., tato data má MZ k dispozici), které měli evaluátoři k dispozici k nahlédnutí v říjnu 2022 po ukončení smluvního plnění (a tedy nebylo možné je již plně zapracovat), předkládáme do zprávy alespoň tyto dílčí poznatky:

- Cílová skupina často opouští nemocnice z akutního příjmu dříve než běžná populace (což odpovídá zjištění od sociálních pracovníků, že v nemocnicích nebývá často řešena jejich sociální situace a jsou propouštěni zpět na ulici). Například v datech ÚZIS v Ostravě stráví na lůžkách akutní intenzivní péče průměrně 2,3 dne (skupina méně častých pacientů) oproti běžné populaci, která tam stráví 4,6 dne.
- Lze pozorovat i opačný extrém, na který rovněž upozornili stakeholderi – v nemocnici jsou osoby CS na „drahém“ zdravotním lůžku příliš dlouho, protože se až v průběhu hospitalizace zjistí, že CS nemají kam jít, a jsou pak déle na lůžkách standardní či následné péče (například v datech ÚZIS z Olomouci stráví na standardních lůžku průměrně 7,1 dne oproti běžné populaci, která tam stráví 5 dní běžná populace, na následné péči činí rozdíl i 10 dní).
- **Pacienti, kteří nenavštěvovali pravidelně ordinaci, leželi v nemocnici průměrně delší počet dní, oproti těm, kteří ji ve sledovaném období ordinaci navštívili 3x a více, a to ve všech sledovaných městech. Lze tedy pozorovat velký efekt prevence.**

Evaluátoři na základě obou získaných analýz z ÚZIS předkládají rámcový odhad ekonomických efektů zvýšených hospitalizací na základě počtů hospitalizací a průměrně strávených dnech v nemocnici na jednotlivých pracovištích. Nebylo možné zjistit z důvodu ochrany osobních údajů konkrétní denní náklady pro pacienty ordinace, ani průměrný denní náklad, protože ty se řádově liší dle typu léčby a metodici ÚZIS takové doporučení nevydali.¹² Nicméně pokud je vypočítaný náklad na odvozy zdravotnickou záchrannou službou oproti běžné populaci v řádech stovky miliónů Kč ročně, lze **na základě vysoké četnosti hospitalizací i řádově vyšší nákladnosti hospitalizací oproti odvozům s poměrně velkou pravděpodobností dovodit, že náklad se bude pohybovat minimálně v řádech miliard korun.**¹³ Pro potřeby decision-makerů doporučujeme uplatnit přesnější metodický postup uvedený níže.

Doporučený metodický postup výpočtu nákladů na hospitalizace osob CS

Při výpočtu nákladů spojených s péčí o osoby bez přístřeší je nevhodnějším řešením použití mikrodat na úrovni jednotlivých pacientů. V takovýchto datech víme o tom, kteří pacienti byli nemocní, hospitalizovaní, s jakými diagnózami a jak dlouho. Také by bylo zřejmé, jaké náklady byly s jednotlivými hospitalizacemi spojené. S ohledem na anonymizaci dat neměl evaluační tým k takovýmto datům přístup. Navíc neměl přístup ani k nákladům spojeným s hospitalizacemi (pouze celkový údaj za celou Českou republiku, bez rozlišení na to, o jaké pacienty jde). V budoucnu, budou-li data k finanční náročnosti k dispozici, navrhneme tento postup:

¹² <https://drg.uzis.cz/klasifikace-pripadu/web/analyzy-a-publikace/cenik>, přičemž průměrné náklady na lůžkoden činí 1500-2000 Kč, iz např. <https://www.politikaspolecnost.cz/wp-content/uploads/2020/01/Struktura-n%C3%A1klad%C5%AF-v-%C4%8Desk%C3%A9m-zdravotnictv%C3%AD-a-mechanismy-jejich-alokace-IPPS.pdf>

¹³ Pro orientaci, v roce 2019 činily výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči celkem 309,8 mld. Kč, což bylo o 25,9 mld. Kč více než v roce předchozím. (<https://www.statistika.cz/2021/08/19/zdravotni-pojistovny-vydaly-vice-penez-na-lecby-zen>)



1. Vynásobením mezi průměrnou délkou hospitalizace cílové skupiny osob bez přístřeší a průměrných denních nákladů hospitalizace dostaneme celkové náklady na péči o cílovou skupinu osob bez přístřeší. (Vydělením počtem osob cílové skupiny získáme informaci o průměrných nákladech na jednoho pacienta/ku).

2. Tentýž početní úkon uděláme i pro běžnou populaci.

3. Srovnáním výsledků těchto dvou výpočtů uvidíme rozdíl v celkových nákladech na 1 pacienta/ku mezi cílovou skupinou osob bez přístřeší a běžnou populací.

EO 2.4. LZE NA ZÁKLADĚ VÝSLEDKŮ DOPORUČIT INSTITUCIONALIZACI SLUŽBY?

EO 2.4-1 Jaké přínosy realizace projektu spatřují jednotlivé skupiny klíčových aktérů?

Odborný tým MZ ČR

- Opětné zdůraznění nutnosti dobudovat zdravotně-sociální pomezí při péči o osoby CS; už z procesní zprávy bylo zřejmé, že ošetřování osob CS je obtížné bez předchozích hygienických úkonů a následné sociální práce.
- Sdílení zkušeností mezi dotačními subjekty, kteří mají coby silní hráči na poli sociální péče s CS i potenciál další replikace projektu (uskutečněno v podobě konference MZČR k projektu s účastí ministra zdravotnictví v říjnu 2021 v Ostravě, konference Armády spásy v květnu 2022 v Praze¹⁴).
- Došlo k zásadnímu dovybavení ordinací, viz níže.
- Téma zdravotní péče o osoby CS bude zařazeno opět k podpoře (v rámci prioritní osy národních dotací v roce 2023 a bude spadat pod MPSV, vznikla však mezera ve financování v r. 2022, MZ bude pouze v roli odborného gestorství, bude zjednodušena administrativa (ne dotace v dotaci), ŘO bude přímo MPSV.
- Došlo k otestování, jaký rozsah péče o CS je v dané lokalitě dostačující (například v Pardubicích byl o něco méně využit terénní program).
- V rámci činnosti OTMZ vznikla výstupní brožura (informace o možnostech založení ordinace v krajích pro budoucí možnou replikaci).
- V rámci interní evaluace byla sbírána data z IS ordinací jako podklad pro evaluaci a možnou standardizaci služby / systémové nastavení.

Ordinace Ostrava

- Mnoho pacientů CS se dostalo do péče praktického lékaře a začal se řešit jejich zdravotní stav, prevence i ambulantní léčba dlouhodobějších onemocnění ve spolupráci se specialisty, nastavení léčebného režimu, pravidelné podávání léků (služba příprava a rozdělování léků“)
- Sociální služby mají své fondy na úhradu léků (potřeba jejich úhrady vzrůstá, viz data MMZ i kazuistiky), z nemocnice mají pacienti léky, které pokryjí jen několik dní
- Objednávání ke specialistům (dojednání termínů, odvoz sanitkou, hlídá se, aby skutečně na prohlídku přišli), vytvoření neformální sítě spolupracujících specialistů
- Poskytnutí neakutní péče i nepojištěným osobám z CS / cizincům
- Prevence opakovaných hospitalizací, snížení výjezdů ZZS díky sestře i dlouhodobé spolupráci se sociální službou

¹⁴ Odkazy k uspořádaným akcím zde: <https://armadaspasy.cz/konference/> a <https://www.mzcr.cz/konference-na-tema-jak-priblizit-zdravotni-peci-osobam-bez-pristresi/>



- Včasný záchyt vážných a život ohrožujících onemocnění, prevence devastujících onemocnění, které ústí v doživotní závislost na sociálních systémech
- Fyzická dostupnost zdravotní péče (jak je patrné z výpovědí stakeholderů a z kazuistik, pokud jsou klienti problémoví, mohou dostat v běžné síti péče „stopku“, někdy se stane, že v případě masivního znečištění nejsou ihned do péče přijati, či jsou odmítnuti svými praktickými lékaři, kteří na takové ošetření nejsou připraveni, někteří nedostupnost subjektivně vnímají a obávají se kontaktu s lékařským personálem, proto je důležitá i edukace v terénu a nasměrování do ordinace – díky navázanému vztahu v terénu jsou schopni akceptovat léčbu)
- Vybavení ordinace: měření kotníkových tlaků Boso-ABI systém (mnoho pacientů CS „trpí na nohy“, vzhledem k tomu, že se pohybují na ulici a neustále se přesouvají), antiparazitika
- Hygienické ošetření – nezbytné pro zdravotní výkony

Dobrá praxe: Vznikla metodika ošetřování CS v karanténních domech – autorkou je samotná lékařka Armády spásy, dříve zaměstnána v pilotní ordinaci v Ostravě, nyní působí v ordinaci AS v Praze. Materiál má metodický a edukativní charakter, jak postupovat, když v sociálních domech vyskytne infekční nemoc (čistá/kontaminovaná zóna, testování, izolování atd).

Zdroj: Procesní a závěrečné rozhovory s pilotní ordinací v Ostravě

Ordinace Olomouc

- Vybavení ordinace: EKG, čistička vzduchu v covidu, oxymetry, tonometry, lehátko, lékové vybavení, vlhké hojení, převazy, přístroj na testování COVID-19, který umožňuje provádění antigenních testů u klientů i pracovníků
- Možnost rozšíření pracovních hodin (návštěva Domova sv. Anežky, terén)
- Díky zaléčení se „šikovnější“ klienti AD posouvali do bytů

Ordinace Praha

- Zajištěním přepravního vozidla se zlepšila kvalita služeb ve všech ordinacích (nebylo nutné dojíždět tramvají apod.) – citát pražského metodika ordinace: „(CS se) *nemuseli trmáčet do nemocnice, převozy jsme zajistili.*“
- Sestra se dostala do terénu (zejména Humanitární ubytování Michle a azylové domy – přesto by nutně potřebovali sestru jen do těchto pobytových zařízení)
- Vybavení ordinace: spíše drobné a pomocné nástroje.
- Dovybavení materiálů a léků ordinace (CS nepotřebují recept, dostanou léky zdarma)

Ordinace Pardubice

- SKP-Centrum koordinuje hygienu (např. aplikace mastí – „*sestra maže, sociální pracovníci nemají kompetenci*“)
- Lepší edukace CS včetně ohledně COVID-19 (zaléčeno zpravidla ambulantně) – potvrzují dostupné statistiky ÚZIS, snížení počtu hospitalizací a postupné zaléčení některých onemocnění
- Vybavení ordinace: bezdrátové EKG, které se dá převážet, sterilizátor, doppler, lůžka 2x polohovací, zázemí pro administrativu (kartotéky, stoly), elektronika (sestra i lékař mají svůj počítač), alkohol tester, dermatoskop, stetoskopy

● ● ●
„Spousta lidí bez domova, co k nám chodí, neví, co brát a v jaké dávce. Sestřička chystá léky. Chodí přes den i navečer, každý má svůj dávkovač, má i obálku se seznamem léků, které CS bere, protože když přijede rychlá, chtějí vědět, jaké léky užívá.“

Vedoucí sociálních služeb, Ostrava

● ● ●

Sociální služba Ostrava

- Terénní vůz („*sami můžeme odvézt CS, nemusíme být závislí na ZZS*“)



- Lepší kompetence řešit složitější případy CS
- Příprava klienta na ošetření
- Možnost konzultací stavů CS s ordinací (epileptický záchvat, zda obyčejné převazy či jiné; materiál nyní máme k dispozici)
- Služby příprava a rozdělování léků („spousta z nich neví co brát a v jaké dávce“)
- Pokud neměli CS smlouvu se zdravotní pojišťovnou, mohli jsme vyřešit skrze dotaci
- Díky dotaci byly pořízeny mastičky na svrab a odšívovací šampony (onemocnění jsou specifická podle ročních období) → zamezilo se roznášení nemocí, zejména v MHD

Sociální služby Olomouc

- Užší spolupráce s ordinací při řešení situací konkrétních klientů

Sociální služby Praha

- Účast kvalifikované sestry na ulici v terénní službě, snížila se i obava vstupu do služby
- Spolupracovali jsme úzce s humanitárním zařízením Michle (klidový režim, potravinová pomoc – výživa je pro CS klíčová, zdravotní ošetření, celodenní ubytování)
- Včasná prevence – možnost zachytit vážný zdravotní problém („CS řeší problémy, až když jsou akutní“)

Sociální služby Pardubice

- Zpřístupnění lékařské péče klientům ze služeb NDC/noclehárny, azylové domy
- Zjednodušení procesu vydávání posudků/průkazů způsobilosti (vydávání zdarma a „pro nás jistota, že klient skutečně prošel lékařskou prohlídkou, často se to dělá v sesterně“)
- Terénní vůz („ne každý klient má důvěru ke zdravotnickému personálu, pokud proběhne kontakt v jeho přirozeném prostředí, tak se spolupracuje snáze“)
- Usnadnění spolupráce se specialisty („pokud jde o doporučení bez předchozího vyšetření, přístup lékařů není optimální – pilotní ordinace to usnadnila“)
- Větší vhléd do systému zdravotní péče („kdy to řešit rychle, kdy volat odkladné stavy“)

Specialisté

- Všichni tři oslovení specialisté se shodli, že hlavním přínosem projektu bylo, že zdravotní péče se dostala i k lidem, kteří by „nebyli schopni se do běžné ambulance dostat“, „vypadli ze systému péče“, resp. „jsou na chvostu zájmu“.

Sociálně zdravotní pracovnice z Prahy zdůraznila, že „už jenom prevence přenosných chorob je velká služba pro veřejné zdraví, nejenom pro pacienty samotné“. Ostatní sociálně zdravotní pracovníci nezaznamenali bezprostřední přínosy (spíše vnímají nedobudovanost sociálně-zdravotního pomezí).

Záchraná zdravotnická služba

ZZS Pardubice nevnímá bezprostřední dopad činnosti na jejich práci. Klíčové přínosy však vnímají ostatní další tři 3 zástupci ZZS, viz citáty.



...
„Určitě je přínosné mít v rámci sociálních služeb tohoto typu i zdravotníky. Ta spolupráce i domluva je potom mnohem snazší. Také volání ZZS je lépe podloženo, zdravotnický personál umí vyhodnotit, jaké stavy jsou indikovány pro ZZS. Když vyjíždíme na tísňovou výzvu, nemáme pocit, že by v tomto ohledu byla záchranná služba zneužívaná, spolupráce je korektní.“

Zástupce Zdravotnické záchranné služby, Ostrava

...
„Když vyjíždíme na tísňovou výzvu, nemáme pocit, že by v tomto ohledu byla záchranná služba zneužívaná, spolupráce je korektní.“

Zástupce Zdravotnické záchranné služby, Praha

...
„Přínos pro komunitu lidí bez domova je mimořádně velký, vychází to z nasazení a z ochoty, se kterou tady Charita o své pacienty pečuje. V síti běžných praktiků si takovou péči neumím představit, krom toho, že by nedokázali poskytnout hygienické zázemí, ošacení apod., tak by nebyli ani ochotni se o tuhle skupinu postarat. (...) Péče ambulance má ten efekt, že vyřeší včas stavy, které by vedly bez péče ke zhoršení a potom k akutnímu transportu a hospitalizaci. Místní ambulance funguje dlouhá léta a za tu dobu si nastavila takový způsob práce, že o lidi pečuje dlouhodobě a může jejich zdravotní stav dlouhodobě ovlivnit. Má možnost nechat lidi na lůžku ("leženky"), jsou schopni sehnat jim léky, které by si pacienti nemohli koupit atd.“

Zástupce Zdravotnické záchranné služby, Olomouc

EO 2.4-2 Jaké negativní dopady identifikují klíčoví aktéři projektu?

- Přerušení nebo snížení finančních toků do ordinací (pilotní ordinace), destabilizace provozů (Olomouc)
- Pokusy o zneužívání léků, pokusy o vícečetné předepisování (zejména časté s analgetiky – viz problém se závislosti na bezdoplatkových lécích viz EO 1.1-6) (pilotní ordinace Ostrava, Olomouc – již zmíněno během procesní evaluace, srovnávací Plzeň)
- Pilotní ordinace nucena řešit „sociální situaci“ CS – pokud jsou vyřazeni z evidence ÚP (např. se nedostaví na jednání), zpětně žádají pilotní ordinaci o potvrzení, že byli nemocní (pilotní ordinace Ostrava)
- A naopak zatížení sociální služby převozy pacientů z CS (pilotní ordinace Ostrava)
- Administrativní zátěž (Olomouc – vůči ekonomickému úseku a rozpočtu Charity, Pardubice – výkaznictví subjektu dotace, zatíženo i dalším nadměrným vykazováním během COVID-19)

Dále uvádíme nikoli přímo negativní dopady, jako spíše potřebná opatření k udržitelnosti a větší efektivitě, které za stávajícího nastavení nebylo možné realizovat:

- Projekt se nepodařilo více zapojit specialisty, přetrvávající obtížná dostupnost (OTMZ, Praha – psychiatr, gynekolog, dermatolog, chirurg; Ostrava – zubař, gynekolog; Olomouc: „*Měli jsme svého kožaře už před projektem, ten nám zůstal, ale nezískali jsme nové kontakty*“), přičemž využívání specialistů v nemocnicích je možné lze jen v omezeném rozsahu
- Dle sociálních služeb Praha se ukázalo, že chybí v terénu také psychiatr/psycholog – CS nemá často náhled na svůj zdravotní stav, nebylo možné všechny potřebné podchytit (Sociální služby, Praha)



- Přetrvávající nemožnost registrovat pacienty v ordinaci U Bulhara a např. indikovat domácí péči nebo jiné zdravotní služby (Sociálně zdravotní pracovnice, Praha)
- Podhodnocené (či neodpovídající) odměny pro praktického lékaře (pilotní ordinace)
- Nižší zájem o vzdělávání zdravotního personálu (OTMZ), přičemž podle sociálních služeb chybí zejména proškolení *zdravotního personálu* v sociálních otázkách (sociální služby) (pozn. eval.: lékaři mají zájem o školení v drobné chirurgii, sestry o nové přístupy v ošetřovatelství ran, ale narážejí na ceny nových materiálů)
- Nepodařilo se všude udržet vůz a/nebo zdravotní sestru v terénu (→bez přítomnosti sestry mizí prvek pomezí, a sníží se efektivita záchytu osob CS v terénu, pokud není možné převézt hned)
- Pracovní skupina na MPSV stále není aktivní, agenda zařazena do skupiny pro sociální začleňování - bariéra je dána částečně tím, osoby CS nejsou velkou skupinou obyvatel, cca do 30 tis. osob (OTMZ)
- COVID-19 přinesl omezení v projektu, menší zaměření se aktérů na sociálně-zdravotní pomezí, např. lepší provázanost s covid hotely či umisťování do zařízení zdravotní péče (psychiatrie, Centra duševního zdraví, hledání práce). (OTMZ)
- Nevyčerpání dotačních prostředků (ca 1/3) z důvodu nezapojení více pilotních ordinací do projektu (OTMZ)
- Menší zájem implementujících subjektů o pilotní testování a inovace (OTMZ)

EO 2.4-3 Plánují ordinace pokračovat v poskytování služby v současném rozsahu i bez podpory projektu? (včetně projektového vozidla)

- **Ostrava:** nižší dostupnost léků pro CS; přepravní vozidlo zůstane v péči (sociální služba bude vykonávat depistáž pro ordinaci, ale nebude již možné platit řidiče navíc), pokryto z darů (navíc leasingová společnost upravené auto odmítala), ordinace hledá adekvátní zdravotní personál na pozici všeobecné sestry ---> PROJEKTOVÝ MODEL BUDE POKRAČOVAT, ALE V OMEZENÉM ROZSAHU (BEZ SESTRY V TERÉNU, MÉNĚ ČASTÉ VÝJEZDY KVŮLI ABSENCI DALŠÍHO ŘIDIČE).
- **Olomouc:** přepravní vozidlo nebylo možné doplatit, zvýšily se ceny, proto bylo vráceno; nicméně sociální služba bude dále provádět depistáž v terénu, jen v omezené míře. Došlo však k navýšení ordinačních hodin lékařů a sester kvůli kapitační platbě – nově kapitační plus výkonová platba (dříve pouze výkonová) ---> PROJEKTOVÝ MODEL BUDE POKRAČOVAT, ALE V OMEZENÉM ROZSAHU (SNÍŽENÁ KVALITA SLUŽEB – ODVOZY VOZIDLEM BEZ SPECIÁLNÍ ÚPRAVY A V MENŠÍM ROZSAHU).
- **Praha:** přepravní vozidlo bylo vráceno, ale pokud bude získán grant na pokrytí personálu a vozidla, aktivita bude pokračovat (nutno získat 2 různé granty: grant Magistrátu – integrace zdravotních a sociálních služeb, grant MMR/IROP – grant na elektrický automobil). Psychiatr byl zrušen již v 2021, protože nebyla nalezena náhrada, stomatolog zůstává, od června 2022 bude nižší úvazek nového gynekologa. ---> PROJEKTOVÝ MODEL BUDE POKRAČOVAT V ZÁVISLOSTI NA DOTACI.
- **Pardubice:** přepravní vozidlo bylo odkoupeno, avšak bude využíváno celým komplexem zdravotních služeb daného subjektu (z rozhovoru závěrečné evaluace zástupci ordinace sdělili: „za poslední dobu vozidlo vyjelo 20x, 3x pro účely práce s CS, ani v projektu nebyl každý měsíc stoprocentně využitý, menší počet CS“), rozsah služeb stejný díky přístrojové základně – ty zůstávají, ale problém s materiálem (obvazový materiál), s léky a se zdravotnickým personálem ---> PROJEKTOVÝ MODEL BUDE POKRAČOVAT V OMEZENÉM ROZSAHU A PODLE POTŘEBY.

EO 2.4-4 Pokud NE, co by pro to potřebovaly?



- **Ostrava:** financování personálu (řidiče, náklady na provoz auta) a zejména pak zajištění praktického lékaře (incentivy, peníze), absence vzdělávací akreditace pro zařízení tohoto typu (pro studenty FN pro zaškolení, stínování např.), alternativou je usnadnit přístup k dokončení odborného vzdělávání ukrajinským zdravotníkům, kteří se obtížně dostávají do zdravotní služby, mají různé překážky (povinné členství v lékařské komoře, náročné praxe a zkoušky, zdlouhavá aprobace); po ukončení projektu se také sociální službě zvýšily výdaje na léky pro CS (konec projektu se propsal do sociálního pomezí)
- **Olomouc:** přepravní vozidlo nebylo možné splatit na leasing a muselo se vrátit; nutné získat finanční prostředky pro vyšší mzdy pro personál a finance na provoz auta (nyní bezprostředně po projektu je však výpadkem dotace narušena celková stabilita ordinace)
- **Praha:** zažádáno o finanční prostředky prostřednictvím dotace
- **Pardubice:** dalšího praktického lékaře, který by pracoval pod dohledem atestovaného lékaře, urychlení procesu vzdělání zdravotní sestry z Ukrajiny (zdlouhavý proces aprobace), alternativně adekvátní prostředky pro lékaře a sestru, prostředky na obvazový materiál, léky, snížení nutného počtu hodin pro kapitační paušál

Dobrá praxe: Pilotní ordinace v Olomouci spolupracuje s Lékařskou fakultou a její studenti odboru Sociálního lékařství¹⁵ chodí na stáž do pilotní ordinace za praktickým lékařem, seznamují se s tím, co povolání obnáší.

Zdroj: Rozhovor s pilotní ordinací Olomouc

I na základě procesního doporučení věnovat se osvětě o problematice CS už na univerzitách, potažmo zapojit studenty univerzit, se odborná garantka věnuje připomínkování výukových programů studentů medicíny a farmakologie (nutnost zabudovat osvětlu k tématice péče o CS).

Na základě rešerší odborné literatury (a omezenému počtu české odborné literatury) je rovněž doporučeno přeložit a rozšířit dostupnou zahraniční odbornou literaturu v oblastech: všeobecná doporučení k péči o osoby bez domova, kardiovaskulární nemoci, diabetes, chronická bolest a astma u osob bez domova.

EO 2.4-5 Navrhují stakeholderi bonifikovat náročnost ošetření CS?

ANO, na potřebě zohlednit náročnost péče o CS, zejména čas na edukaci, přípravu na ošetření, samotné ošetření i následné sledování léčebného režimu ve spolupráci se sociální službou a dalšími zdravotnickými zařízeními, se shodli všichni stakeholderi.

1. NOVÉ SPECIFICKÉ VÝKONY PRO CS

V rámci projektu pilotních ordinací byly vytvořeny a zaznamenávaly v IS nové výkony, specifické pro cílovou skupinu osob bez přístřeší, jejich seznam je uveden zde:

09001	Příprava pacienta bez přístřeší na vyšetření á 15 minut
09002	Edukační pohovor lékaře s pacientem bez přístřeší v ordinaci
09003	Edukační pohovor všeobecné sestry s pacientem bez přístřeší v ordinaci
09004	Edukační pohovor lékaře s pacientem bez přístřeší v terénu
09005	Edukační pohovor lékaře s pacientem bez přístřeší v terénu
09006	Ošetření nespolupracujícího pacienta bez přístřeší lékařem
09007	Ošetření nespolupracujícího pacienta bez přístřeší všeobecnou sestrou

¹⁵ https://www.lf.upol.cz/fileadmin/userdata/LF/DSP/Prijimaci_rizeni/DSP_Socialni_lekarstvi.pdf



Zde uvádíme přehled podílů nových výkonů na všech vykazovaných výkonech v IS¹⁶:

Praha:	54,8 % (z 11 649 výkonů během doby trvání projektu) – vyšší podíl oproti ostatním ordinacím je dán 1) absencí zázemí azylových domů na doléčení, opakování chronických onemocnění, 2) klienti často přicházejí jednorázově (50 % klientů po prvním ošetření již nepřijde), 3) často se jedná o cizince nebo osoby bez střechy ve špatném stavu
Olomouc:	7,8 % (z 11 652 výkonů)
Ostrava:	6,8 % (z 9 572 výkonů)
Srovnávací ordinace Plzeň:	29,2 % respektive 28,1 % (z 1 057, resp. 1 113 výkonů)

V rámci závěrečné evaluace proběhly rozhovory s pilotními ordinacemi, které měly dle své praxe zvolit prioritní (nejdůležitější) nové výkony pro úhradu zdravotní pojišťovnou, navrhuji jako prioritní výkony tyto:

a) Příprava pacienta bez přístřeší na vyšetření á 15 minut

- Odůvodnění:
 - i. Cílová skupina osob bez přístřeší vyžaduje často specifickou přípravu na ošetření. Jedná se o zdravotní výkon, tedy bezprostřední příprava/očištění nezbytné k vyšetření – ošetření velké rány 10-15 cm apod.
 - ii. Výkon „vyšetření“ je vázán na lékaře, který nemusí být vždy k dispozici (všeobecná sestra např. nechce lékaře vyrušovat, pokud má jiného pacienta, zároveň dokáže sama rozpoznat např. zavržení a pacienta odšíví. Někdy je třeba pacienta odšívít mimo pracovní dobu, kdy není lékař přítomen. Bylo by vhodné umožnit „vyšetření všeobecnou sestrou“, na který by bylo možné navázat výkon „příprava pacienta před vyšetřením“. Zároveň dobrou praxí je pomoc sanitáře v těchto případech, jedná se o časově náročnou službu.

b) Ošetření nespolupracujícího pacienta bez přístřeší lékařem

- Odůvodnění: Pacienti z cílové skupiny vyžadují delší dobu na ošetření, často mají alkoholové či nealkoholové závislosti či psychiatrické diagnózy, a vyšetření trvá déle než u běžných pacientů.

c) Edukační pohovor lékaře s pacientem bez přístřeší v ordinaci

- Odůvodnění: Edukační pohovor s pacientem bez přístřeší trvá déle než standardní edukační pohovor z důvodů uvedených výše.

d) Edukační pohovor všeobecné sestry s pacientem bez přístřeší v terénu

- Odůvodnění: V rámci pilotního projektu bylo umožněno vyjíždět zdravotní sestře do terénu a provádět edukaci pacientů. Došlo tak k úspěšnému podchycení závažných stavů, které by jinak končily hospitalizací.

e) Edukační pohovor všeobecné sestry s pacientem bez přístřeší v ordinaci

- Odůvodnění:
 - i. Omezené kapacity lékařů, lékař se potřebuje primárně věnovat diagnostice, edukace je důležitá i pro dodržování léčebného režimu a další sociální péče následně (sestra

¹⁶ Podíly jsou orientační. Z rozhovorů víme, že jednotlivé ordinace měly někdy problémy s přesností monitoringu nových výkonů, což se nutně muselo na uvedených podílech projevit. Neúplné vykazování mohlo být způsobeno častým střídáním lékařů v ordinacích, zvýšenou administrativní zátěží a zvykem jednotlivých lékařů vykazovat pouze zažité výkony viz vykazování výkonů a diagnóz v kapitole 4.1. Pardubice nové výkony nezaznamenávaly.



často konzultuje se sociálním pracovníkem nutné další kroky a kontroluje také, zda je pacient léčen u specialisty/v nemocnici).

- ii. Nyní lze vykázat kód 06123 s názvem „Komplex - edukace, reedukace, ošetrovatelská rehabilitace“ pouze 1x měsíčně (frekvenční omezení), tedy v případě, že by se využíval stávající kód. Kromě běžných pohovorů řeší sestra často přípravu vydání potvrzení o bezinfekčnosti či kontrolní prohlídky, které pilotní ordinace vydávala pro CS zdarma. V ordinaci Praze bylo vydáno 979 potvrzení o bezinfekčnosti, v Ostravě 305, v Pardubicích 65, v Olomouci 395, data do 9/2021.

Dále pilotní ordinace navrhují tyto kódy, které nebyly specificky sledovány:

f) Kód na chystání léků do zásobníku

- Odůvodnění: není v odbornosti 001 Všeobecné praktické lékařství, pouze jako součást lůžkové ošetrovatelské péče. Toto je specifikum CS (potřebují dávkovat léky pro zajištění pravidelnosti braní léků).

g) Zvýšit frekvenci hrazených převazů

- Odůvodnění: nyní se hradí převaz pouze 2x týdně, což je v mnoha případech nedostačující. Specifikum CS: Nutno častější převazy – 3x týdně (každý druhý den).

h) Ošetření pacienta bez přístřeší lékařem v terénu

- Odůvodnění: jednalo by se o zavedení přístupu tzv. pouliční medicíny, tj. ošetření osob bez přístřeší v „jejich přirozeném prostředí“, což by vyžadovalo změnu zákona o zdravotních službách, č. 372/2011 Sb., podle kterého nyní není možné v praxi poskytovat zdravotní péči v terénu (převazy, ošetření ran, aplikace léků atd.).

2. NÁVRHY BONIFIKACE PÉČE O CÍLOVOU SKUPINU OSOB BEZ PŘÍSTŘEŠÍ

I. Podpora vybraných zařízení ošetřujících cílovou skupinu osob bez přístřeší

Přiznání **specifického statutu ordinacím pro osoby v nouzi** (či např. „sociálně vyloučené pacienty bez domova“ či „nizkoprahové ordinace“), který by náročnější péči zohlednil (s podmínkou či bez podmínky navázání ordinace na sociální službu – pilotní projekt však ověřil jako úspěšné a nezbytné zejména pro hygienickou přípravu pacientů před ošetřením) a přiznal:

- zvýšenou četnost některých výkonů (typicky např. edukace, protože ošetření CS pacienta trvá násobně déle).
- celkově vyšší bodové ohodnocení za výkony vzhledem ke statutu ošetřování CS (zdravotní pojišťovny už nyní bodově bonifikují např. ordinace, které mají delší ordinační dobu, či provozují např. „hospicovou péči“ apod.)
- adekvátní grantovou podporu (není věcí zdravotních pojišťoven, nicméně nutno řešit na zdravotně-sociálním pomezí, s MZ a MPSV)

Vhodné by také bylo po vzoru dobré praxe ze srovnávací ordinace v Plzni hradit pacientům z cílové skupiny **doplatek na léky**. V Plzni, kde pacienti, kteří do lékárny v Poliklinice Bory přijdou s receptem z této specifické ordinace, nemusí hradit doplatek na léky. Magistrát města Plzeň hradí tento typ péče již od roku 2011 a jedná se o dobrou praxi. Z evaluace vyplývá, že zhruba pětina pacientů nemá dostatek prostředků na úhradu doplateků na léky.

II. Specifický kód péče o cílovou skupinu

Možnosti bonifikace péče (zohlednění náročnosti péče o cílovou skupinu) je možné také prostřednictvím zesíleného kódu péče. Podobně, jako již existuje ošetření „nevidomého/hluchoněmého/pacienta na



autistickém spektru“, tak by bylo bonifikováno „ošetření osoby bez přístřeší“¹⁷ (či obecnější „ošetření nespolupracujícího pacienta“ – umožnilo by ošetření například osob s drogovou, konkrétně nealkoholovou závislostí atd.). V praxi by šlo o kód výkonu + kód zesílení, což by vyžadovalo změnu úhradové vyhlášky. Výhodu spatřujeme v tom, že obecný kód zesílení, nikoli pouze bonifikace konkrétní zařízení, je možné využívat také v nemocničním prostředí či u ambulantních specialistů (větší motivace ošetřit CS v systému standardních zdravotních služeb).

III. Zvýšit kapitační paušál s ohledem na cílovou skupinu

Ordinace v Olomouci specificky doporučuje zvýšit kapitační platbu o 5 Kč, aby byla zohledněna vyšší náročnost pacientů z cílové skupiny. V Olomouci bude pilotní ordinace využívat kapitačně výkonovou platbu, v Ostravě rovněž přecházejí na kapitačně výkonový systém, protože s pacienty cílové skupiny není čistě výkonová úhrada dostačující. V Pardubicích by v kapitační platbě také zohlednili celoživotní vzdělávání zdravotnického personálu.

IV. Zahrnutí návštěvních hodin cílové skupiny do celkové ordinační doby

Ordinace často nedosáhnou na kapitační platbu kvůli nízkému počtu hodin lékaře v ordinaci. Je proto doporučeno, aby se do ordinačních hodin započítávala také návštěvní služba mimo ordinaci, a naopak aby byly výkony poskytované v rámci návštěvní služby ještě bonifikovány vzhledem k náročnosti péče o pacienty CS v jejich sociálním prostředí.

V. Zvýšení úhrady za účast na službách lékařské pohotovostní služby

Doporučuje se bonifikace běžných poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb, pokud se účastní zajišťování LSPP (služba v působnosti krajů), protože se jedná o službu, kde může CS obdržet akutní ošetření mimo běžné ordinační hodiny.

EO 2.4-6 Lze souhrnně na základě dosažených zdravotních, sociálních a ekonomických efektů doporučit institucionalizaci služby? (z pohledu zakotvení v zákonech, vzdělávání personálu, udržitelného financování)

Situace mezi respondenty na úřadech v Kraji, mezi kterými proběhlo dotazníkové šetření (k dispozici měli evaluátoři odpovědi 11 ze 14 krajů), byla různorodější. Z odpovědí je zřejmé, že krajské odbory zdravotnictví si často neuvědomují specifika zdravotní péče o osoby CS a zvláštní potřeby této skupiny v systému zdravotních služeb. V odpovědích z krajských úřadů se opakuje, že lidé bez domova dostanou "péči jako každý jiný", případně dokonce, že poskytovatelé musí dodržovat platné předpisy a pečovat o všechny, ne se zaměřovat jen na jednu skupinu obyvatel. Tyto přístupy vyplývají z malé obeznamovanosti s problémem. Pokud se poskytovatel zdravotní služby zaměří na určitou cílovou skupinu, tedy např. vytvoří podmínky, aby se do ordinace dostali lidé bez přístřeší (blízká přítomnost sociální služby a spolupráce s ní, začlenění hygienického zázemí pro očistu před ošetřením, fyzická dostupnost ordinace pro lidi bez domova a její umístění tak, aby to nepůsobilo stížnosti atd.), neporušuje žádné právní předpisy, naopak umožňuje čerpání zdravotních služeb i lidem, kteří předtím ze systému zdravotní péče z různých důvodů vypadávali. Respondenti měli někdy tendenci považovat téma za čistě sociální. Někdy neměli jasný přehled o počtu osob bez přístřeší v kraji. V odpovědích opakovaně odkazují na poskytovatele sociálních služeb. Bezdomovectví často nevnímají jako specifickou překážku v přístupu k péči o zdraví, a tedy ani jako agendu pro odbor zdravotnictví.

Klíčových přínosů projektu (viz EO 2.4-1) uvádějí stakeholdeři celou řadu a projekt zaznamenal jednoznačné bezprostřední přínosy jak pro CS, tak pro pilotní ordinace a jejich fungování. Počínaje hygienickým zázemím a ošetřením pro CS (včetně cizinců, u kterých je neakutní péče obtížnější), přes fakt, že se osoby z CS dostaly do péče přes stávající bariéry i někdy vlastní nedůvěru vůči zdravotnickému personálu (pomohla sestra v terénu a zvýšená depistáž), po nabídce celé řady služeb (rozdělení a přípravy léků, úhrada léků, možnost dražších kvalitnějších převazů). V souladu se závěry evaluace byly zmiňovány následující přínosy: záchyt

¹⁷ Diagnóza bezdomovectví dle metodiky ETHOS – Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení v prostředí ČR).



vážnějších onemocnění a prevence akutních stavů, hospitalizace CS, zálečení nemocí, prevence šíření nemoci ve většinové populaci a posouvání klientů do pobytových služeb. Specialisty se sice nepodařilo systematicky zapojit a někdy udržet, ale byla posílena neformální síť specializované péče (sociální služby úžeji spolupracovali se všemi odbornostmi včetně poskytovatelů primární péče). Důležité pro budoucí fungování ordinace je vybavení ordinací, které zmiňují všechny pilotní ordinace (naopak srovnávací ordinace v Plzni je dle svých slov nedovybavena na některá vyšetření, zejména POCT diagnostika a také EKG, kterou naopak pilotní ordinace využívají).

Sociální služby shodně uvádějí lepší kompetenci řešit složitější případy klientů a také lepší odhad na volání ZZS k akutním stavům (toto shodně potvrzují zástupci ZZS). Stejně tak došlo k prohloubení spolupráce ve všech čtyřech zařízeních mezi pilotní ordinací a sociální službou, usnadnění odesílání do pobytových služeb díky potvrzením o bezinfekčnosti zdarma (v běžné síti jsou hrazené).

Mezi hlavní negativní dopady lze zmínit zejména přerušení či snížení pravidelných finančních toků do ordinací a destabilizaci provozu zejména v Olomouci, a administrativní zátěž projektu. Mezi systematicky neošetřené inovace patří to, že ordinacím nezůstalo po ukončení projektu automaticky přepravní vozidlo pro terénní sociální službu, a klíčoví specialisté (zejména stomatology, gynekologie, psychiatrie) nebyli přímo zapojeni do projektu v rámci širěji pojatého multidisciplinárního týmu. Ordinace také uvádějí, že bylo obtížné udržet personál z důvodu nízkého mzdového ohodnocení. OTMZ zaznamenalo menší zájem o inovace, pilotní testování a školení, což souvisí s udávaným administrativním vytížením a nutností „adaptace“ projektu a fungování ordinací na COVID-19. Ohledně školení ordinace uvádějí, že přínosem by bylo školení v drobné chirurgii (včetně srovnávací ordinace) pro praktické lékaře a ošetřovatelství ran pro sestry. Sociální služby uvádějí shodně, že školení by potřeboval z druhé strany také zdravotnický personál o sociálních otázkách a specifikách komunikace s CS.

Doplňujeme také zjištění od praktické lékařky z Brna, s níž evaluátoři prováděli rozhovor během průběžné i závěrečné evaluace. Ta původně zvažovala ošetřování osob CS pro AS v Brně, musela však v tomto roce po opakovaném dotazu tuto službu odmítnout, neboť v ordinaci do února 2022 zaregistrovala již 400 ukrajinských uprchlíků a nemá volnou kapacitu na docházení do zařízení AS. Nedostatek praktických lékařů je kritickou bariérou projektu, včetně budoucí replikace.¹⁸

V projektovém modelu by pilotní ordinace chtěly pokračovat, ale je to po ukončení projektu možné v omezeném rozsahu, protože nemají k dispozici buď přepravní vozidlo pro terénní sociální službu, řidiče a/nebo také zdravotní sestru jako doprovod do terénu. Pro udržení rozsahu péče by ordinace potřebovaly návazné financování a možnost adekvátně uhradit náklady personálu, případně měli například možnost angažovat studenty medicíny (praktický lékař ordinace by však musel mít možnost stát se garantem jejich výuky – dobrou praxí je, že pilotní ordinace v Olomouci spolupracuje s Lékařskou fakultou a její studenti odboru Sociálního lékařství chodí na stáž do pilotní ordinace za praktickým lékařem, seznamují se s tím, co povolání obnáší, ačkoli stáže neumožňují přímou péči o pacienty), možnost angažovat zdravotnický personál například z Ukrajiny (usilují o to dlouhodobě Pardubice, kde ale v současném systému zdlouhavě čekají na aprobaci). V souvislosti s nutností bonifikovat péči o CS a pomoci tak zajistit udržitelné financování (Příloha I) byly konkrétně zmíněny tyto návrhy: podpora vybraných zařízení, zvýšení četnosti některých výkonů, specifický kód péče pro CS, zvýšení kapitačního paušálu, zahrnutí návštěvních hodin CS do celkové ordinární doby a zvýšení úhrady za účast na službách lékařské pohotovostní služby.

Dále byly v projektu úspěšně pilotovány nové výkony specifické pro CS (viz také příloha I), které by bylo vhodné nově vykazovat zdravotním pojišťovnám, vyžaduje to však změnu úhradové vyhlášky.

¹⁸ „Největší nedostatek vidíme v oboru praktických lékařů pro dospělé i pro děti a dorost,“ potvrdil zkušenosti pacientů šéf zdravotních statistiků. V některých regionech je podle dlouhodobých průzkumů ÚZIS až čtyřicet procent praktiků v důchodovém věku.“ Zdroj: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/nedostatek-lekaru-zdravotnictvi-stomatologove-pacienti-zdravotni-pojistovny.A220201_170106_domaci_misl.



Chybí také na základě informací z OMTZ dostupná (přeložená) zahraniční odborná literatura v oblastech: všeobecná doporučení k péči o osoby bez domova, kardiovaskulární nemoci, diabetes, chronická bolest a astma u osob bez domova.

Dobrá praxe ordinace z Pardubic: Po projektu přetrvával intenzivnější způsob předávání si informací mezi ordinací a sociální službou o klientech-pacientech, zavedly se souhlasy klienta, aby bylo předávání informací ošetřeno právně (vznikl vzorový dokument souhlasu).

4.4 Závěr k dopadům

Dopady projektu jsou hodnoceny jako spíše vysoké. Pokud jde o výskyt infekčních onemocnění CS (hepatitida, TBC, chřipka, černý kašel), celkově lze říci, že pro většinu zkoumaných diagnóz se relativní počet onemocnění zvýšil. V případě TBC se výskyt nepatrně snížil, což lze přičíst zvýšenému zachytu osob z CS v terénu (prokázaném v předchozí evaluační otázce k efektivnosti a v kazuistikách).

Metodou rozdílu v rozdílech bylo provedeno srovnání pilotních ordinací se srovnávací ordinací v Plzni u relativní četnosti onemocnění hepatitidou – viz diagram 2 (metoda spočívá ve srovnání dat v rozdílném čase – před a během projektu, a srovnání ordinací v projektu a mimo něj). Výsledkem je dopad projektu na zvýšení zachytu nemoci oproti srovnávací ordinaci v Plzni, která terénní službou a sestrou v terénu nedisponovala. Podobně jako u hepatitidy můžeme odhadovat dopady i u dalších diagnóz. Nejen pro diagnózu hepatitidy, ale i pro diagnózu TBC a chřipky vycházejí odhady dopadů tak, že se relativní počty případů zvýšily. Detailní rozbor podle věku a pohlaví jsou uvedeny v Příloze J.

U parazitárních onemocnění (svrab, pedikulóza, helmintóza) došlo opět převážně ke zvýšení zachytu nemocí a metoda rozdílu v rozdílech ukázala na odlišnou situaci v Plzni (viz diagramy 3 a 4). Roli zde hraje také sezónnost a lokální ohniska onemocnění. Opakující se nákazy v terénu či v zasažených zařízeních přispívají k opakované naze osob CS a k nutnosti provádět ošetření vícekrát (viz kazuistiky a data z MMZ). U helmintózy nebyl zaznamenán ani jeden případ v žádné z ordinací, a to ani před, ani během projektu. Při zpracování evaluačních otázek 2.1-1 a 2.1-2 se ukázalo, že relativní četnosti jednotlivých diagnóz se mezi zkoumanými ordinacemi výrazně liší. Je pravděpodobné, že to souvisí s individuální praxí, jak lékaři zapisují diagnózy do systémů.

Vzhledem k tomu, že osoby CS nebyly evidovány coby podpořené osoby v IS ESF (informační systému Operačního programu Zaměstnanost Evropského sociálního fondu), evaluace se zaměřila výpovědi v kazuistikách coby zdroj (zejména zlepšení bydlení a pracovní situace), data z MMZ a na rozhovory se sociálními pracovníky. Vzhledem k nízkým číslům oddlužení (viz data MMZ v příloze B a rozhovorům s dlouhodobou poradnou) a počty pravidelně pracujících osob CS v kazuistikách lze usoudit, že primárním prokazatelným dopadem projektu je skutečně zlepšení péče o zdraví CS, nikoliv řešení sociální situace CS. Většina kazuistik a data z MMZ prokazatelně udávají zejména bezprostřední sociální zabezpečení klienta (obstarání dokladů, dávek v hmotné nouzi, podání žádostí do domovů, žádostí o invalidní či starobní důchod, doprovod na úřady práce). Některým klientům CS chyběl jen doprovod z pobytové sociální služby ven (zejména klienti s menší pohyblivostí, viz kazuistiky č. 7 a 8). Úspěšné příklady sociálního začlenění se týkaly zejména osob CS pod střechou (žijících v některé z pobytových sociálních služeb). V kazuistikách bylo vyzorováno také bezdomovectví po propuštění zaměstnanců během pandemie, zejména ohrožení jsou agenturní pracovníci, kteří mají práci navázanou na bydlení v ubytovně, a také cizinci. Problémem, na který sociální služby narážejí, je zaplněnost či zhoršená dostupnost dlouhodobých pobytových služeb s možností doléčení, včetně bezbariérových zařízení, a zařízení pro se závislostmi. Azylové domy často neměly potřebnou kapacitu, ani in-house zdravotnický personál (sestry z pilotní ordinace měly v rámci projektu možnost více do těchto zařízení docházet), objevovala se poptávka po častějších doprovodech poskytovaných sociální službou (tyto doprovody lze označit jako obecně rozšířenou dobrou praxi) a také poptávka po rehabilitacích pro invalidní pacienty žijící v pobytových sociálních službách.

U ekonomických efektů byla zkoumána data z ÚZIS, o která jsme požádali na základě předběžných zjištění o opakovaných hospitalizacích a odvozech ZZS. Analýza těchto dat v delším časovém horizontu (od r. 2014) tak



umožnila i srovnání z doby před projektem, potažmo u některých ordinací i z doby před otevřením ordinace (viz příloha J). Z delšího časového pohledu vidíme klesající trend podílů výjezdů ZZS u celé CS po zahájení projektu. U CS, která se zdržuje v obvodu ordinací, je patrný mírný trend poklesu relativního počtu výjezdů. Na příkladu Pardubic je patrné, že výjezdy ZZS k pacientům, kteří méně často navštěvují ordinaci, jsou častější (průměrný počet primárních výjezdů na 1 pacienta z CS viz graf 9), u dlouhodobě fungující ordinace v Olomouci, kde jsou osoby monitorovány a relativně zaléčeny, je situace poměrně srovnatelná (viz graf 10).

Přesto lze vysledovat i další snížení výjezdů ZZS k případům osob CS během samotného projektu. To potvrzují zástupci sociálních služeb napříč projektem, kteří uvádějí, že přítomnost pilotní ordinace umožní konzultace složitých případů, kde si nejsou jisti, zda volat záchranku či nikoli, a tedy nepotřebují pacienta preventivně umístit do nemocnice, pokud se obávají, že se zdravotní stav zhorší (typicky epileptické záchvaty, podezření na infarkt apod.) Tuto informaci (pozitivní efekt) potvrdili také přímo zástupci ZZS.

Z dat ÚZIS a orientačních nákladů na odvozy ZZS jsme spočítali efekt na systém veřejných úhrad. Náklady na osoby z CS jsou v porovnání s běžnou populací o 345,70 Kč vyšší (náklady na odvoz ZZS na osobu a měsíc). Pokud bude pro výpočet použit údaj z Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, nacházelo se v ČR celkem 23 800 osob bez domova (údaj z r. 2019), pak činí měsíčně rozdíl navíc na péči o CS celkem 8 226 803,20 Kč oproti běžné populaci (= ca 100 mil. ročně navíc v péči o CS). Detailní kalkulace viz EO 2.3-1. Nicméně doporučujeme otestování výsledků ještě s odstupem dvou let po projektu, aby se ukázalo, zda se podařilo snížit počty výjezdů ZZS tím, že se snížilo zatížení CS chronickými nemocemi.

Podobně lze hodnotit pozitivní dopad projektu na snížení hospitalizací osob z CS. **Z delšího časového pohledu vidíme klesající trend podílů hospitalizací u celé CS po zahájení projektu.** Tento trend vidíme i u běžné populace (vliv COVID-19). Nicméně u olomoucké CS a také u pardubické CS je klesající trend u CS výrazně silnější (u olomoucké téměř dvakrát tak rychlý) než u běžné populace. Na základě doplňujících podkladů z ÚZIS bude v 7/2022 dopočítán efekt dopadu do systému veřejných úhrad.

K hospitalizacím máme shodnou informaci od zdravotnického personálu (lékaři, sociálně-zdravotní pracovníci v nemocnicích) i sociálních pracovníků, totiž, že chybí po propuštění z nemocnic/LNP návazné doléčení a pobytové služby (krátkodobé i dlouhodobé). Azylové domy v některých případech suplují i paliativní péči (péči o pacienty CS v terminálním stádiu nemoci, viz kazuistika č. 27). Problémem do budoucna jsou celkově obsazené kapacity zařízení na sociálně zdravotním pomezí, zatížených nyní ještě více uprchlickou vlnou z Ukrajiny (zejména ubytovny, ale i LNP), což se týká i (vytíženosti) ordinací praktických lékařů, potažmo budoucí možné replikace projektu.

Co se týče vykazování výkonů (body), pak je patrné, že intenzita práce v pilotních ordinacích kolísala v průběhu času v závislosti na ročním období (v zimních měsících obvykle ordinace vykazují větší množství poskytnuté péče). Průměrné náklady na jedno ošetření sice mezi ordinacemi kolísají, ale rámcově se udržují na podobné úrovni. V ordinacích v Praze a Ostravě náklady vzrostly kvůli tomu, že došlo k vyššímu zachytu pacientů, v pardubické a olomoucké ordinaci jsou dlouhodobě celkové náklady ve stabilní výši (průměrné náklady na pacienta se rámcově pohybují na stejné úrovni v průběhu celého sledovaného období u všech zkoumaných ordinací).

Institucionalizaci služby na základě výše uvedených zjištění a ověření efektivity lze jednoznačně doporučit replikaci v národních projektech (klíčové parametry: propojení zdravotní péče a sociální služby, zabezpečení hygienického očištění osob CS před ošetřením a výjezdy sociálního pracovníka a zdravotní sestry přepravním vozidlem uzpůsobeným k převozu infekčních pacientů za účelem zachytu pacientů CS).

Situace mezi respondenty na úřadech v Krajech, mezi kterými proběhlo dotazníkové šetření (odpovědělo 11 ze 14 krajů), byla různorodější. Z odpovědí je zřejmé, že krajské odbory zdravotnictví si často neuvědomují specifika zdravotní péče o osoby CS a zvláštní potřeby této skupiny v systému zdravotních služeb. Respondenti měli někdy tendenci považovat téma za čistě sociální. Někdy neměli jasný přehled o počtu osob bez přístřeší v kraji. V odpovědích opakovaně odkazují na poskytovatele sociálních služeb. Bezdomovectví často nevnímají jako specifickou překážku v přístupu k péči o zdraví, a tedy ani jako agendu pro odbor zdravotnictví.



Klíčových přínosů projektu (viz EO 2.4-1) uvádějí stakeholdeři celou řadu a projekt zaznamenal jednoznačně bezprostřední přínosy jak pro CS, tak pro pilotní ordinace a jejich fungování. Počínaje hygienickým zázemím a ošetřením pro CS (včetně cizinců, u kterých je neakutní péče obtížnější), přes fakt, že se osoby z CS dostaly do péče přes stávající bariéry i někdy vlastní nedůvěru vůči zdravotnickému personálu (pomohla sestra v terénu a zvýšená depistáž), po nabídce celé řady služeb (rozdělení a přípravy léků, úhrada léků, možnost dražších kvalitnějších převazů). V souladu se závěry evaluace byly zmiňovány následující přínosy: záchyt vážnějších onemocnění a prevence akutních stavů, hospitalizace CS, залечení nemocí, prevence šíření nemoci ve většinové populaci a posouvání klientů do pobytových služeb. Specialisty se sice nepodařilo systematicky zapojit a někdy udržet, ale byla posílena neformální síť specializované péče (sociální služby úžeji spolupracovali se všemi odbornosti včetně poskytovatelů primární péče). Důležité pro budoucí fungování ordinace je vybavení ordinací, které zmiňují všechny pilotní ordinace (naopak srovnávací ordinace v Plzni je dle svých slov nedovybavena na některá vyšetření, zejména POCT diagnostika a také EKG, kterou naopak pilotní ordinace využívají).

Sociální služby shodně uvádějí lepší kompetenci řešit složitější případy klientů a také lepší odhad na volání ZZS k akutním stavům (toto shodně potvrzují zástupci ZZS). Stejně tak došlo k prohloubení spolupráce ve všech čtyřech zařízeních mezi pilotní ordinací a sociální službou, usnadnění odesílání do pobytových služeb díky potvrzením o bezinfekčnosti zdarma (v běžné síti jsou hrazené).

Na zavedení „street medicine“ (pouliční medicíny) nemají stakeholdeři ani pilotní (potažmo srovnávací) ordinace nemají shodný názor. Na jednu stranu je uváděn argument, že převoz do ordinace praktika či jiného zdravotnického zařízení má klíčovou výhodu vymanění osob CS z negativního sociálního prostředí, což je dle mnoha stakeholderů předpokladem (udržitelné) změny u CS. Na základě zjištění z evaluace, resp. kazuistik i rozhovorů se stakeholdery je však patrné, že CS si zpravidla neumí vyhodnotit svůj zdravotní stav. Evaluátoři se proto domnívají, že i pouhé zajištění zdravotního ošetření, tedy zejména zabránění akutním stavům u osob bez střechy, kterým hrozí až 10x větší úmrtnost než u běžné populace, a to i bez hledání řešení jejich sociální situace, nebo bez nastavení důkladnějšího léčebného režimu, je dostatečný argument pro změnu legislativy zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

Mezi hlavní negativní dopady lze zmínit zejména přerušení či snížení pravidelných finančních toků do ordinací a destabilizaci provozu zejména v Olomouci, a administrativní zátěž projektu. Mezi systematicky neošetřené inovace patří to, že ordinacím nezůstalo po ukončení projektu automaticky přepravní vozidlo pro terénní sociální službu, a klíčoví specialisté (zejména stomatology, gynekologie, psychiatrie) nebyli přímo zapojeni do projektu v rámci širšího pojetého multidisciplinárního týmu. Ordinace také uvádějí, že bylo obtížné udržet personál z důvodu nízkého mzdového ohodnocení. OTMZ zaznamenalo menší zájem o inovace, pilotní testování a školení, což souvisí s udávaným administrativním vyčerpáním a nutností „adaptace“ projektu a fungování ordinací na COVID-19. Ohledně školení ordinace uvádějí, že přínosem by bylo školení v drobné chirurgii (včetně srovnávací ordinace) pro praktické lékaře a ošetřovatelství ran pro sestry. Sociální služby uvádějí shodně, že školení by potřeboval z druhé strany také zdravotnický personál o sociálních otázkách a specifikách komunikace s CS.

V projektovém modelu by ordinace chtěly pokračovat, ale je to po ukončení projektu možné v omezeném rozsahu, protože nemají k dispozici buď přepravní vozidlo pro terénní sociální službu, řidiče a/nebo také zdravotní sestru jako doprovod do terénu. Pro udržení rozsahu péče by ordinace potřebovaly návazné financování a možnost adekvátně uhradit náklady personálu, případně měli například možnost angažovat studenty medicíny (praktický lékař ordinace by však musel mít možnost stát se garanty jejich výuky – dobrou praxí je, že pilotní ordinace v Olomouci spolupracuje s Lékařskou fakultou a její studenti odboru Sociálního lékařství chodí na stáž do pilotní ordinace za praktickým lékařem, seznamují se s tím, co povolání obnáší, ačkoli stáže neumožňují přímou péči o pacienty), možnost angažovat zdravotnický personál například z Ukrajiny (usilují o to dlouhodobě Pardubice, kde ale v současném systému zdlouhavě čekají na aprobaci). V souvislosti s nutností bonifikovat péči o CS a pomoci tak zajistit udržitelné financování (Příloha I), byly konkrétně zmíněny tyto návrhy: podpora vybraných zařízení, zvýšení četnosti některých výkonů, specifický kód péče pro CS, zvýšení kapitačního paušálu, zahrnutí návštěvních hodin CS do celkové ordinační doby a zvýšení úhrady za účast na službách lékařské pohotovostní služby.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Dále byly v projektu úspěšně pilotovány nové výkony specifické pro CS (viz také příloha I), které by bylo vhodné nově vykazovat zdravotním pojišťovnám, vyžaduje to však změnu úhradové vyhlášky.



5. Příloha A – REVIDOVANÁ EVALUAČNÍ MATICE PRO ZÁVĚREČNOU EVALUACI

NÁZEV PROJEKTU: Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez přístřeší

Q	SQ	Otázky a podotázky	Indikátor	Baseline	Typ otázky	Design	Zdroje dat	Nástroj sběru dat
1. EFEKTIVNOST								
1.1. Zvýšila se využitá kapacita služeb ordinace praktického lékaře zaměřeného na CS projektu v pilotovaných městech oproti výchozímu stavu?								
		1.1-1 Zvýšila se návštěvnost ordinací (využívání zdravotnických služeb) před a během intervence?	Min. 500 návštěv UO v 1 ordinaci za projektové období	ANO	Normativní	Kvazi-experimentální, časová řada	Sekundární	Review
		1.1-2 Došlo ke zvýšení počtu osob CS odeslaných k lékařům specialistům?	Počet žádanků pro UO/specialistu	NE	Deskriptivní	Neexperimentální, časová řada	Sekundární, SPECIALISTA	Review, KII
		1.1-3 Jaký je celkový počet edukovaných osob CS v terénu? (zdravý životní styl, očkování, hygiena)	Počet osob/výjezd	NE	Deskriptivní	Neexperimentální, časová řada	Sekundární	Review
		1.1-4 Zvýšil se počet využitých poradenských služeb týkajících se získání osobních dokladů?	Počet referovaných	NE	Deskriptivní	Neexperimentální, časová řada	Sekundární, MATRIKA	Review, KII
		1.1-5 Zvýšil se počet osob CS využívajících dluhové poradenství?	Počet referovaných	ANO	Normativní	Neexperimentální, časová řada	Sekundární, PORADNA	Review, KII
		1.1-6 Zvýšila se míra proočkovanosti CS? (vyhodnocení proočkovanosti na vybrané vakcíny - TBC, tetanus, VHA, VHB, chřipka, COVID-19)	Poměr proočkovanosti CS a celkové populace	ANO	Normativní	Neexperimentální, časová řada	Sekundární	Review
		1.1-7 Byla zajištěna primární prevence mezi osobami CS ve formě výjezdů projektového vozidla do terénu?	Průměrný počet (incidence) výjezdů projektového vozidla za měsíc	NE	Deskriptivní	Neexperimentální, časová řada	Sekundární, ORDINACE	Review, GD
2. DOPADY								
2.1. Přispěl projekt ke zlepšení péče o zdraví osob CS?								
		2.1-1 Snížil se výskyt infekčních onemocnění CS (hepatitida, TBC, chřipka, černý kašel) (v komparaci se srovnávací skupinou?)	Poměr výskytu (možná genderová, věková stratifikace)	ANO	Kauzální	Kvazi-experimentální, časová řada	Sekundární	Review



2.1-2 Došlo ke snížení počtu parazitárních onemocnění v průběhu realizace projektu (svrab, pedikulóza, helmintóza) v komparaci se srovnávací skupinou?	Poměr výskytu (možná genderová, věková stratifikace)	ANO	Kauzální	Kvazi-experimentální, časová řada	Sekundární	Review
2.1-3 Došlo ke snížení počtu onemocnění z důvodu proočkovanosti CS? (TBC, tetanus, černý kašel) v komparaci se srovnávací skupinou?	Poměr výskytu u proočkovaných CS (možná genderová, věková stratifikace)	ANO	Kauzální	Kvazi-experimentální, časová řada	Sekundární	Review
2.2. Přispěl projekt ke zlepšení sociální situace osob CS?						
2.2-1 Zvýšil se počet osob, které byly odeslány do následných sociálních služeb?	Počet vydaných potvrzení o bezinfekčnosti	NE	Deskriptivní	Neexperimentální, časová řada	Sekundární	Review
2.3. Jaké jsou pravděpodobné ekonomické efekty projektu na širší systém?						
2.3-1 Došlo ke snížení výjezdů ZZS v podpořených ordinacích (sledování dat před a během intervence)?	Relativní počet výjezdů na CS	ANO	Kauzální	Kvazi-experimentální, časová řada	Sekundární, ORDINACE, ZZS	Review, KII
2.3-2 Došlo ke snížení finanční náročnosti vynaložené péče o osoby CS (finanční vyčíslení dle finančního bodování úkonů)?	Pokles průměrných nákladů na unikátní CS v pilotních ordinacích (%)	ANO	Kauzální	Kvazi-experimentální, časová řada	Sekundární	Review
2.3-3 Došlo ke snížení počtu hospitalizací osob CS v nemocnicích, kteří byli v péči praktického lékaře projektu v důsledku služby?	Poměr počtu hospitalizací před a během projektu	ANO	Kauzální	Kvazi-experimentální, časová řada	Sekundární	Review, KII
2.4. Lze na základě výsledků doporučit institucionalizaci služby?						
2.4-1 Jaké přínosy realizace projektu spatřují jednotlivé skupiny kategorie klíčových aktérů?	Seznam přínosů	NE	Deskriptivní	Neexperimentální, jeden snímek	ORDINACE, SPECIALISTA, ZDRAV-SOC, ZZS, SOC-SLUZBY, KONTROL, OTMZ	KII, GD, Posouzení
2.4-2 Jaké negativní dopady identifikují klíčoví aktéři projektu?	Stratifikovaný výčet negativních dopadů	NE	Deskriptivní	Neexperimentální, jeden snímek	ORDINACE, SPECIALISTA, ZDRAV-SOC, ZZS, SOC-SLUZBY, KONTROL, OTMZ	KII, GD, Posouzení



2.4-3 Plánují ordinace pokračovat v poskytování služby v současném rozsahu i bez podpory projektu? (včetně projektového vozidla)	ANO, v omezeném rozsahu	NE	Deskriptivní	Neexperimentální, jeden snímek	ORDINACE, SOC-SLUZBY	Posouzení, KII, GD
2.4-4 Pokud NE, co by pro to potřebovali?	Seznam potřeb	NE	Deskriptivní	Neexperimentální, jeden snímek	ORDINACE, SOC-SLUZBY	Posouzení, GD, KII
2.4-5 Navrhují bonifikovat speciální výkony pro CS?	Seznam doporučení	NE	Deskriptivní	Neexperimentální, jeden snímek	ORDINACE, KONTROL	GD, KII
2.4-6 Lze souhrnně na základě dosažených zdravotních, sociálních a ekonomických efektů doporučit institucionalizaci služby? (z pohledu zakotvení v zákonech, vzdělávání personálu, udržitelného financování)	Stakeholderi doporučují institucionalizaci	NE	Deskriptivní	Neexperimentální, jeden snímek	Sekundární, ORDINACE, SPECIALISTA, ZDRAV-SOC, ZS, SOC-SLUZBY, KONTROL, OTMZ	Review, Posouzení, GD, KII

Zkratky v evaluační matici:

UO unikátní osoba

CS Cílová skupina

GD Skupinový rozhovor

KII Rozhovor s klíčovým informantem (stakeholderem)

TBC Tuberkulóza

VHA Virová hepatitida typu A

VHB Virová hepatitida typu B

SOC-SLUZBY Zástupci relevantních sociálních služeb v daném městě

ZDRAV-SOC Pracovník sociálně-zdravotního pomezí v nemocnici

OTMZ Odborný tým MZČR (Gestor, Odborný konzultant, Projektový manažer, Interní evaluátor)

EFI Vedoucí oddělení Odbor Evropských fondů a investičního rozvoje, MZČR

UZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

LNP Lůžkové zařízení následné péče

ZS Zdravotnická záchranná služba

KONTROL Srovnávací ordinace



6. Příloha B – DATA Z MĚSÍČNÍCH MONITOROVACÍCH ZPRÁV V PŘEHLEDOVÉ TABULCE

OLOMOUC	IV.20	V.20	VI.20	VII.20	VIII.20	IX.20	X.20	XI.20	XII.20	I.21	II.21	III.21	IV.21	V.21	VI.21	VII.21	VIII.21	IX.21	X.21	XI.21	XII.21	I.22	II.22	III.22
Počet terénních výjezdů	50	51	36	49	26	5	28	24	25	29	28	40	42	28	25	30	22	19	16	23	18	14	14	25
Počet edukovaných osob CS v terénu	71	63	51	69	46	23	47	23	34	34	27	67	41	40	51	67	35	55	30	11	8	6	38	42
Počet osob, které navštívily ordinaci v důsledku terénní edukace	1	2	0	1	0	2	2	5	6	6	2	3	7	3	5	6	2	2	2	0	0	0	1	3
Počet osob, které využily pomoc s hledáním pobytových služeb	44	45	35	33	33	32	32	43	27	23	30	22	23	11	16	20	21	22	24	24	13	16	17	14
Vstupní prohlídky azylové domy	3	9	7	24	22	17	19	21	23	20	25	20	18	8	16	20	16	20	23	19	13	14	13	13
Poukaz na pobyt v noclehárně ("leženka")	1	7	5	9	7	11	11	18	15	8	10	14	14	7	6	4	8	5	11	12	10	16	17	6
Domovy pro seniory (zahnuje Domov sv. Aněžky pro seniory s OS)	1	0	0	0	1	0	1	7	5	3	2	2	3	3	3	3	3	0	1	0	0	2	0	3
Doklady, řešení zaměstnání a ubytování, denní centrum	0	0	0	0	6	11	8	8	4	5	4	3	5	2	1	2	7	2	7	11	4	3	10	11
Terénní program - doprovody na úřadech, podpora při jednáních	0	0	0	0	1	2	2	1	0	1	2	4	3	3	3	3	4	1	4	0	2	0	5	4
LDN	0	0	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Protialkoholní léčebna	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jiné: Dům na půl cesty (pro mladé) vstupní prohlídka	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Jiné: Domov se zvláštním režimem (DZR)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
Jiné: ubytovna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Jiné: neuvedeno (NDC)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jiné: soc-aktivizační služba s dětmi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Počet osob, které byly referovány do následné sociální služby	99	90	90%	90%	40	49	42	55	46	37	39	39	43	24	27	29	36	29	46	44	29	35	43	38
Počet osob, kterým bylo vystaveno potvrzení o bezinfekčnosti	1	9	17	26	23	28	22	33	29	25	35	29	31	12	17	20	18	20	22	11	14	16	14	15
Počet osob, kteří obdrželi vstupní prohlídku do zaměstnání	5	3	1	1	0	71	40	57	50	57	72	62	66	44	60	44	42	54	50	48	42	37	36	51
Dávky UP (typicky prac.neschopnost, pro dávky HN, prac.rekomandace)	30	26	42	45	10	17	5	11	14	11	15	11	15	14	14	13	13	11	14	15	12	15	9	19
Příspěvky CSSZ (typicky posouzení stupně závislosti)	10	7	5	3	0	0	0	1	0	0	1	3	3	1	5	1	4	6	7	5	3	3	3	4
Počet osob, kterým bylo poskytnuto dluhové poradenství (vč. finanční gramotnost)	14	9	13	15	1	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Počet osob, kterým bylo poskytnuto poradenství ohledně získání osobních dokladů	55	37	39	15	0	0	1	2	1	2	2	0	0	5	3	1	7	2	3	2	2	0	0	1
Obdrželo doporučení k získání dokladu typu OP	4	9	3	2	4	2	1	2	1	2	1	0	4	5	3	1	7	2	3	2	2	0	1	1
Karta pojištěnce	7	6	2	3	0	0	0	0	0	2	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0
Pas	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Očkovací průkaz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rodný list	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jiné (doplňte)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Počet finančně podpořených osob – uhrazení doplatku na léky	0			0	8	5	4	0	5	5	1	2	3	4	2	3	7	6	5	8	3	3	9	11
Počet osob, jimž byla poskytnuta součinnost při užívání léků (rozdělení do dávkovače)				0	0	19	20	22	22	19	23	25	24	22	23	22	23	22	23	23	23	23	24	26
Počet osob odeslaných k hospitalizaci					5	2	9	11	3	2	4	18	8	0	5	2	1	10	5	10	14	5	3	
Počet osob odeslaných ke specialistovi/s doporučením k dalšímu vyšetření (žádanka)	0	0	0	0	0	18	13	33	19	21	29	29	24	24	19	20	29	22	17	34	27	38	25	24
Počet žadanek na sanitku					N/A	N/A	7	13	12	7	10	8	22	7	5	7	6	6	13	8	16	18	3	10



PARDOBICE	VIII.20	IX.20	X.20	XI.20	XII.20	I.21	II.21	III.21	IV.21	V.21	VI.21	VII.21	VIII.21	IX.21	X.21	XI.21	XII.21	I.22
Počet terénních výjezdů	21	31	31	21	29	20	46	49	36	21	21	15	12	19	10	21	18	18
Počet edukovaných osob CS v terénu	50	50	27	31	34	56	50	49	61	73	87	61	64	101	84	72	53	48
Počet osob, které navštívily ordinaci v důsledku terénní edukace	31	5	6	6	6	7	15	14	18	19	18	18	11	21	12	15	19	20
Počet osob, které využily pomoc s hledáním pobytových služeb	0	6	2	19	9	5	7	3	4	3	3	2	10	4	8	8	3	12
Vstupní prohlídky azylové domy	0	3	0	15	3	1	5	0	1	4	2	2	5	5	7	6	6	8
Poukaz na pobyt v noclehárně ("leženka")	0	3	2	4	6	4	2	2	3	2	1	2	5	6	8	15	15	10
LDN	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Počet osob, které byly referovány do následné sociální služby	0	54	27	9	9	5	4	6	8	18	21	25	29	36	28	35	35	32
Počet osob, kterým bylo vystaveno potvrzení o bezinfekčnosti	0	10	4	9	9	4	4	7	4	7	3	4	0	4	5	1	4	6
Počet osob, kteří obdrželi vstupní prohlídku do zaměstnání	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Dávky UP (typicky prac.neschopnost, pro dávky HN, prac.rekomandace)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	0	0	3	0	0
Příspěvky CSSZ (typicky posouzení stupně závislosti)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Počet osob, kterým bylo poskytnuto dluhové poradenství (vč. finanční gramotnost)	0	2	0	6	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	4	0	6
Počet osob, kterým bylo poskytnuto poradenství ohledně získání osobních dokladů	0	5	1	7	2	3	4	3	3	1	3	6	9	6	2	2	1	3
Obdrželo doporučení k získání dokladu typu OP	0	2	0	7	1	1	3	1	2	1	1	4	4	5	1	2	1	2
Karta pojištěnce	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	2	4	1	1	0	0	1
Pas	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Očkovací průkaz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rodný list	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jiné (doplňte)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Počet finančně podpořených osob – uhrazení doplatku na léky	0	0	0	0	0	0	0	18	12	10	2	0	0	0	0	0	0	0
Počet osob, jimž byla poskytnuta součinnost při užívání léků (rozdělení do dávkovače)	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Počet osob odeslaných k hospitalizaci	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Počet osob odeslaných ke specialistovi/s doporučením k dalšímu vyšetření (žádanka)	6	8	3	8	4	7	10	6	11	5	6	4	3	5	2	3	15	0



OSTRAVA	IV.20	V.20	VI.20	VII.20	VIII.20	IX.20	X.20	XI.20	XII.20	I.21	II.21	III.21	IV.21	V.21	VI.21	VII.21	VIII.21	IX.21	X.21	XI.21	XII.21	I.22	II.22	III.22
Počet terénních výjezdů	20	20	22	2	7	23	18	15	14	18	16	17	14	18	19	10	18	11	15	13	14	12	11	16
Počet edukovaných osob CS v terénu	28	12	18	2	18	18	16	4	6	12	9	21	25	3	11	21	3	5	3	3	12	3	14	5
Počet osob, které navštívily ordinaci v důsledku terénní edukace/výjezdů	1	5	2	2	1	8	12	4	2	2	4	25	13	3	11	2	6	3	8	3	3	2	11	3
Počet osob, které využily pomoc s hledáním pobytových služeb		7	7	2	5	12	8	4	4	5	2	8	1	2	1	6	10	3	4	2	2	3	2	4
Vstupní prohlídky azylové domy		17	17	6	N/A	N/A	N/A	N/A	9	12	10	15	4	10	6	8	11	5	5	3	3	15	4	8
Poukaz na pobyt v noclehárně ("leženka")	1	5	5	2	N/A	N/A	N/A	N/A	8	5,5	12	15	6	7	8	8	9	6	5	5	5	12	4	14
Doklady, řešení zaměstnání a ubytování názkoprah.denní centrum	26	32	32	2	N/A	N/A	N/A	N/A	8	5,5	13	13	3	6	7	6	6	4	7	3	4	13	5	14
Počet osob, které byly referovány do následné sociální služby		7	7	25	15	5	14	22	11	10	14	29	29	12	4	4	25	19	16	8	17	17	25	31
Počet osob, kterým bylo vystaveno potvrzení o bezinfekčnosti	4	21	18	21	18	5	17	20	12	21	14	25	21	17	10	15	30	16	24	29	17	28	25	35
Počet osob, kteří obdrželi vstupní prohlídku do zaměstnání	3	21	5	21	12	32	25	22	21	50	40	38	30	31	25	29	54	33	37	45	71	63	54	83
Dávky ÚP (typicky prac.neschopnost, pro dávky HN, prac.rekomandace)	3	3	3	3	0	1	0	2	0	1	2	5	1	1	2	5	1	0	0	0	0	2	1	1
Příspěvky CSSZ (typicky posouzení stupně závislosti)	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	6	6	6	3	2	0	0	0	0	0	0	0	11	0
Počet osob, kterým bylo poskytnuto dluhové poradenství				N/A	1	0	0	0	0	1	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Počet osob, kterým bylo poskytnuto poradenství ohledně získání osobních dokladů					1	6	12	11	6	7	2	2	2	1	4	5	17	8	5	5	5	2	1	3
Obdrželo doporučení k získání dokladu typu OP	0	3	3	3	4	6	7	11	3	6	3	8	1	9	4	3	4	2	3	2	2	2	1	3
Karta pojištěnce	0	3	3	6	7	6	5	11	6	7	2	12	4	8	0	4	6	3	5	4	5	8	9	8
Pas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Očkovací průkaz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0
Rodný list	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	2	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Jiné (doplňte)				N/A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Počet finančně podpořených osob – uhrazení doplatku na léky	0	10	10	16	19	35	16	15	9	11	16	15	9	13	16	18	17	11	16	18	9	32	28	32
Počet osob, jimž byla poskytnuta součinnost při užívání léků (rozdělení do dávkovače)	0	12	17	17	19	27	12	27	22	32	29	42	30	25	45	42	40	37	42	57	35	52	52	56
Počet osob odeslaných k hospitalizaci		3	1	2	0	3	2	2	0	3	4	4	2	4	0	3	1	2	2	4	3	3	7	10
Počet osob odeslaných ke specialistovi/s doporučením k dalšímu vyšetření (žádanka)		10	24	19	25	28	23	20	15	26	22	29	15	26	26	21	30	16	18	30	29	38	51	73



PRAHA	VIII.20	IX.20	X.20	XI.20	XII.20	I.21	II.21	III.21	IV.21	V.21	VI.21	VII.21	VIII.21	IX.21	X.21	XI.21	XII.21	I.22
Počet terénních výjezdů	26	9	13	13	12	15	14	3	2	13	11	13	9	13	8	7	9	7
Počet edukovaných osob CS v terénu	29	11	5	2	4	6	4	1	5	6	2	1	2	2	1	1	8	6
Počet osob, které navštívily ordinaci v důsledku terénní edukace	1	11	0	0	2	0	0	0	1	3	1	1	2	2	0	0	0	0
Počet osob, které využily pomoc s hledáním pobytových služeb	21	21	21	12	11	22	14	18	20	19	15	12	17	16	18	18	17	27
Vstupní prohlídky azylové domy	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
azylový dům se zvýš. Péčí (tolerance alk,bezbariér,zdr.péče)	5	1	1	0	0	0	0	0	2	3	0	1	0	1	0	4	3	0
Domovy pro seniory	0	0	1	1	1	2	1	0	1	1	1	0	2	1	3	0	1	2
LDN	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0
Ambulatiní léčba závislostí	0	1	1	4	1	1	5	2	3	5	7	1	4	1	4	3	3	3
Pobytová léčba závislostí	1	3	1	0	3	2	3	2	2	2	3	0	2	3	4	4	3	5
Jiné: domov se zvláštním režimem (DZR)	1	1	2	0	3	1	2	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1
Jiné: sociální byt	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1
Jiné : sociální byt - bezbariérový	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Jiné: terapie - pomoc psychologa	2	3	5	2	4	4	1	5	4	5	9	4	2	2	1	1	5	4
Jiné: chráněné bydlení - duševní onemocnění	0	1	1	0	3	1	1	1	2	1	2	2	0	0	1	0	2	1
Jiné: domácí péče	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jiné: sociální rehabilitace	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Jiné: Centrum duševního zdraví	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jiné: azylový dům pro páry	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0
Jiné: logopedie (pro CMP)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Jiné: azylový dům pro matky s dětmi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Jiné: paliativní péče (onkologicky terminálně nemocní)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Pobytová léčba duševních onemocnění	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Pomoc služeb řešící vyhoštění cizinců	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Počet osob, které byly referovány do následné sociální služby	84	70	88	54	66	80	70	68	67	66	62	49	56	58	75	59	44	72
Počet osob, kterým bylo vystaveno potvrzení o bezinfekčnosti	82	74	102	83	57	75	88	70	17	75	73	55	89	39	70	68	61	81
Počet osob, kteří obdrželi vstupní prohlídku do zaměstnání	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dávky UP (typicky prac.neschopnost, pro dávky HN, prac.rekomandace, pomoc s jednáním na UP)	18	21	15	16	13	17	18	15	14	20	15	14	10	10	14	9	15	16
Príspevky CSSZ	7	3	6	3	2	6	4	2	8	5	6	5	4	2	2	1	2	6



PRAHA (POKRAČOVÁNÍ TABULKY)	VIII.20	IX.20	X.20	XI.20	XII.20	I.21	II.21	III.21	IV.21	V.21	VI.21	VII.21	VIII.21	IX.21	X.21	XI.21	XII.21	I.22
Počet osob, kterým bylo poskytnuto dluhové poradenství	3	2	1	0	0	5	0	0	4	1	3	4	3	1	3	1	1	2
Počet osob, kterým bylo poskytnuto poradenství ohledně získání osobních dokladů	17	6	22	9	9	25	20	11	12	9	8	8	9	9	12	8	2	7
Obdrželo doporučení k získání dokladu typu OP	11	5	16	5	13	12	11	8	9	5	4	4	8	4	11	8	1	7
Karta pojištěnce	3	0	2	0	1	2	3	4	2	2	4	4	0	4	5	0	4	4
Pojištění cizince	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
Pas	0	0	2	2	4	7	9	3	3	5	4	5	1	5	1	0	0	0
Očkovací průkaz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rodný list	2	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1	0	0
Jiné (zdravotní průkaz)	1	0	1	1	0	1	1	1	2	1	1	1	0	2	3	0	0	0
Jiné (výpis z trestního rejstříku)	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Jiné (potvrzení o důvodu cestování mezi okresy)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jiné (přechodný pobyt pro cizince)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Jiné (řidičský průkaz)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Jiné (potravinářský průkaz)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Jiné (doklady o vzdělání)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0
Jiné (oddací list)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Jiné poskytnuté služby (počet lidí přespávajících na ulici, kterým je přebírána pošta)	0	0	0	0	0	0	0	0	9	4	4	6	4	2	3	4	2	2
Jiné poskytnuté služby (počet lidí přespávajících na ulici, kteří využívají trezůrek k úschově)	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	11	0	0	0	0	0
Jiné poskytnuté služby (zaházení záznamu v rejstříku trestů)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	12	1	0	0
Jiné poskytnuté služby (zajištění návratu do země původu, nebo letecký převoz)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Jiné poskytnuté služby (pracovně-právní)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	10	8	8	15	0	9	11	10
Jiné poskytnuté služby (konzultace s psychologem)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	6	0	1
Jiné poskytnuté služby (poradenství při rozvodu)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Jiné poskytnuté služby (pomoc s registrací u PL)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1
Jiné poskytnuté služby (recept SMS)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2	2
Jiné poskytnuté služby (jednání s úřady: OSPOD,	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Jiné poskytnuté služby (řešení pobytu pro cizince)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1
Počet finančně podpořených osob – uhrazení doplatku na léky, laboratoř	4	23	53	43	45	63	49	23	26	38	48	34	49	39	64	71	23	46
Počet osob, jimž byla poskytnuta součinnost při užívání léků (rozdělení do dávkovače)	4	3	7	6	7	6	7	6	7	6	6	7	5	4	6	0	0	6
Počet osob odeslaných k hospitalizaci	3	4	2	2	2	4	3	2	1	2	1	2	0	0	4	2	2	1
Počet osob odeslaných ke specialistovi/s doporučením k dalšímu vyšetření (žádanka)	17	18	25	10	8	6	12	12	0	17	15	15	7	11	16	14	2	9



7. Příloha C – SEZNAM RESPONDENTŮ ZÁVĚREČNÉ EVALUACE

Zúčastněná strana
MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ (OMTZ)
Odborná gestorka
Finanční manažer
Projektový manažer
Interní evaluátorka
Odborný konzultant
Vedoucí oddělení projektového řízení (EFI)
OLOMOUC
Pilotní ordinace, Charita Olomouc, Ordinace pro lidi v nouzi, Wurmova 588/5, Olomouc 77900 (ORDINACE)
Vedoucí střediska
Metodik
Praktičtí lékaři
Všeobecná sestra
Administrace a řidič
Řidič
Administrativní pracovník
Charita Olomouc
Sociální pracovník (SOC-SLUZBY)
Odbor vnitřních věcí, Magistrát (MATRIKA)
Zdravotnická záchranná služba
Náměstek pro zdravotní péči (ZZS)
Fakultní nemocnice Olomouc
Vedoucí zdravotně sociální pracovník (ZDRAV-SOC)
Lékař z traumatologie, vyhrazené dny na péči o CS (SPECIALISTA)
Poradna pro oddlužení (PORADNA)
Osoby z cílové skupiny (CS)
Domov sv. Anežky, osoby bez střechy
OSTRAVA
Pilotní ordinace, Armáda spásy v ČR, Ordinace pro chudé, U Nových válcoven 1592/9A, 70900 Ostrava – Mariánské Hory (ORDINACE)
Metodik
Praktický lékař
Praktický lékař 2
Všeobecná sestra
Řidič
Administrativní pracovník
Armáda spásy
Vedoucí terénní práce (SOC-SLUZBY)
Zdravotnická záchranná služba Výškovická 2995/40, 70030 Zábřeh, Ostrava
Náměstek pro léčeb. péči (ZZS)
Nemocnice
Městské Nemocnice Ostrava Fifejdy, vedoucí zdravotně sociální pracovník (ZDRAV-SOC)
Bormed (kardiolog, gastroenterolog, osteolog) (SPECIALISTA)
Poradna pro oddlužení (PORADNA)
Osoby z cílové skupiny (CS)
Azylový dům pro muže, osoby bez střechy (Frýdlantské mosty)
PARDUBICE
Ordinace praktického lékaře pro osoby ohrožené sociálním vyloučením, Jana Palacha čp. 324, Pardubice, realizační partner: SKP-centrum, nízkoprahové denní centrum, 530 02 Pardubice, Jungmannova 2550 (ORDINACE)
Metodik



Zúčastněná strana
Praktický lékař
Všeobecná sestra
Řidič a IT/Medicus
Administrativní pracovník
SKP-centrum, nízkoprahové denní centrum – projektový partner (SOC-SLUŽBY)
Zdravotnická záchranná služba Průmyslová 450
Ekonomicko-technická náměstkyně (ZZS)
Poliklinika Vektor, Rokycanova 2798, 530 02 Pardubice V-Zelené Předměstí
Plicní lékařka (SPECIALISTA)
Poradna pro oddlužení (PORADNA)
Osoby z cílové skupiny (CS)
Azylové domy pro ženy a muže, terén
PRAHA
Pilotní ordinace, Naděje, K Brance 11/19e, Bolzanova 7 (ORDINACE)
Metodik
Všeobecná sestra
Řidič
Administrativní pracovník
NADĚJE, Rybalkova 351/31, Vršovice, 101 00 Praha 10
Vedoucí terénních pracovníků NADĚJE (SOC-SLUŽBY)
Zdravotnická záchranná služba, Korunní 2456, 101 00 Praha 10-Vinohrady
Náměstek ředitele sekce léčebně preventivní péče (ZZS)
Nemocnice
FN Motol, vedoucí zdravotně sociální pracovník (ZDRAV-SOC)
Osoby z cílové skupiny (CS)
Azylový dům pro ženy Naděje, Humanitární ubytování Naděje, terén (Černý most)
BRNO
Ordinace praktického lékaře (konzultace)
Praktická lékařka
PLZEŇ
Zapojená srovnávací ordinace, Poliklinika Bory Čechova 44, 301 00 Plzeň 3 (Domov svatého Františka, Charita Plzeň)
Praktický lékař (KONTROL)
Charita Plzeň (SOC-SLUŽBY)

8. Příloha D – METODIKA SBĚRU KVANTITATIVNÍCH DAT

Design kvantitativního průzkumu

Účelem kvantitativního průzkumu je zjištění k evaluační otázce 3: *Přispěly aktivity projektu ke zlepšení péče o zdraví osob cílové skupiny?* Tuto otázku odpovídáme porovnáním situace pacientů před a po intervenci a srovnáním s pacienty ve srovnávací ordinaci, kde intervence neproběhla.

Dopady evaluační tým ověřil na následujících ukazatelích: (a) náročnost výkonů spojených s péčí o pacienta měřená pomocí vykázaných bodů ordinacemi, (b) počty diagnóz, (c), frekvence návštěv u praktických lékařů, (d) frekvence hospitalizací, (e) frekvence výjezdů rychlé záchranné služby. Volíme raději více ukazatelů, protože jednotlivé ukazatele nemusí vystihovat dopad přesně (například častější návštěvy mohou ve výsledku vést k tomu, že se sníží celková finanční náročnost výkonů). Analýza nákladů na pacienta v pilotních ordinacích umožňuje odhad dopadu projektu na růst nebo pokles celkových nákladů. Výpovědní schopnost dat je ale omezena krátkým trváním projektu a pravděpodobně nepostihne dopad v podobě změny chování pacientů. Doporučujeme proto ověření situace u zapojené cílové skupiny dva roky po skončení projektu.



Zvolená metoda: Rozdíly v rozdílech a přerušované časové řady

S použitím anonymizovaných dat (rodná čísla byla nahrazena unikátními kódy) z informačních systémů pilotních a srovnávací ordinací byla sestaveny vždy dvě skupiny, u kterých jsme srovnávali situaci před spuštěním projektu a během projektu. Data na úrovni jednotlivců byla použita pro ověření paralelního vývoje sledovaných hodnot před zahájením projektu. Posléze byly porovnány průměry četností diagnóz na jednoho pacienta (respektive na 1000 pacientů) a měsíc před zahájením projektu a obdobné průměry během projektu. Tím jsme získali rozdíly mezi skupinami a mezi obdobími, čímž jsme schopni odhadnout dopad zapojení cílové skupiny do projektu.

Srovnávací ordinace v Brně s příjmem pacientů teprve začala se sběrem dat a celkový počet pacientů ve srovnávacích ordinacích je podstatně nižší než v pilotních. Ordinace v Brně proto nakonec nebyla v evaluaci využita.

U pacientů, u kterých se objeví v ordinaci jednou a vícekrát nepřijdou, nemůžeme vyloučit variantu, že za lékařskou péčí chodí i do jiných ordinací, z nichž ale data o péči z ordinací nemáme. Z tohoto důvodu jsme použili pro ověření data z centrálního registru zdravotnických informací.

Statistické zpracování proběhlo v MS Excel, a také v programu Stata.

Sběr a vyhodnocení kvantitativních dat

V první řadě bychom rádi poděkovali všem metodikům v ordinacích za jejich spolupráci při generování dat pro tuto evaluaci. V rámci dostupnosti byla data sbírána pro celou dobu existence ordinací. Delší časové řady lépe umožnily identifikaci velkých výkyvů a jejich možných příčin a věrohodnější predikci budoucího vývoje nákladů na pacienta.

Věrohodnost dat byla ověřena jejich posouzením na základě zkušeností řešitelského týmu s podobnými statistikami. Případné inkonzistence a hodnoty, které vyčnívají, byly konzultovány s metodikem. Ve výsledku byla doplněna analýza pro každou z ordinací, kdy byly zařazeny jen nejčastější diagnózy tvořící alespoň polovinu všech diagnóz v předintervenčním období.

Vyhodnocení proběhlo během implementační fáze a okamžitě po ukončení projektu. Podrobnější informace k zjištěným hodnotám jsou uvedeny u evaluačních otázek, které s příslušnými daty pracovaly.



9. Příloha E – METODIKA KAZUISTIK

Metodika případových studií

„Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez přístřeší“

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0009641

*Finální verze metodiky
(průběžný výstup)*

Předkladatel:



4G eval s.r.o.

Říjen 2021, aktualizováno červen 2022



Úvod do metodiky

Tato metodika byla vypracována ve vazbě na výstupy projektu „Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez přístřeší“, a reflektuje doporučení personálu ordinací a zástupců odborného týmu Ministerstva zdravotnictví. Hlavním cílem je v rámci případových studií zachytit příklady dobré praxe ve vazbě na nastavení projektu a jeho výsledky.

Původní specifikace kazuistiky ze zadání výzvy: *Pro dobré pochopení toho, čím CS prochází, je vhodné zpracovat řadu hloubkových případových studií klientů se zaměřením na získání vhledu do životní situace, zdraví, zdravotní péče s ohledem na situaci a potřeby osob CS a na ověření potřeb CS vzhledem k nabízeným službám. Tato část evaluace pomůže procesní části (konfrontace reakcí klientů na službu a ověření relevance nastavení vůči jejich potřebám) a současně prohloubí poznání o vztazích zdraví o situaci a potřebách osob CS. Požadovaný postup je ve zpracování řady (cca 10 na každé město) případových studií – customer journey (hloubkové rozhovory s CS, pozorování, jejich reflexe zkušeností s pracovníky zdravotnických zařízení a rovněž poskytovateli sociálních služeb) s různým detailem zaměření. Na základě těchto customer journeys je vhodné vytvoření person (podrobných vyobrazení zástupců typických podskupin CS) a konfrontace nastavení služby vůči těmto personám.*

Vzhledem k obtížnosti provedení customer journey přímo v zařízeních sociálně zdravotního pomezí včetně pozorování CS v pilotních ordinacích (kvůli soukromí CS), budou po dohodě se zadavatelem realizovány výhradně hloubkové rozhovory s CS v požadovaném rozsahu (ideálně 10 hloubkových případových studií každého města, celkem 40, v případě nemožnosti zastížení osoby CS opakovaně, doplnění případy terénní práce z MMZ - minikazuistiky).

Hloubkové případové studie budou deskriptivní (podrobný a ucelený popis jevu, v tomto případě dostupnost zdravotní péče pro osoby CS, ověření nastavení služby a popis bariér, klíčových faktorů, dobré praxe) a evaluační (hledání příčinných vazeb, vysvětlení jevu a zhodnocení). Byl zvolen tzv. vnořený (*embedded*) přístup mnohočetné případové studie (*embedded multiple-case study*)¹⁹, kdy kontext (*context*) představuje projekt Ordinance osoby bez přístřeší, případy (*cases*) tvoří pilotní ordinace/realita jednotlivých měst/dostupných služeb a jednotky analýzy tvoří primárně osoby CS.

Výzkumné cíle

- 1) Ověření postojů a preferencí osob CS ve vazbě na evaluační otázky
- 2) Ověření hypotéz vyplývajících ze vstupní a procesní evaluace
- 3) Ověření navrhovaných doporučení, ověření vhodnosti alternativních řešení
- 4) Zaznamenání zkušenosti osob CS se sociálně zdravotním pomezím, zejména umísťování do péče (potvrzení stávajících bariér, či identifikace nových)
- 5) Zpětná vazba osob CS na fungování projektu/ordinace pro osoby bez přístřeší (přínosy, dopady)

Kritéria výběru respondentů

Jednotkou analýzy je osoba CS, zastoupení dle pohlaví pokud cca dle literatury průměrně 80 % CS muži, 20 % CS ženy, hlavní dělení na dvě skupiny: 1) osoby bez přístřeší, které nevyhledávají zdravotní péči, často je jim péče či služba poskytována anonymně (nutno za nimi do terénu) – místo rozhovoru bude typicky ve squatu, vyloučené lokalitě, u přístřešků, mohou, ale nemusí mít záznam v IS, 2) osoby, které jsou s ordinací/sociálním zařízením v kontaktu (místo rozhovoru bude u sociální služby, či na jiném meeting pointu dle domluvy). Skupina z terénu bude dotazována v počtu min. 8, skupina docházející do služeb min. 6 respondentů (očekáváme drop-out před druhou vlnou dotazování, kdy např. nebude možné některé respondenty zastihnout). Respondenti budou instruováni, aby se na poč. března 2022 informovali u sociálních pracovníků,

¹⁹ Yin, R. K. (2003), s. 40, obr. 2.4.



kdy přesně rozhovory proběhnou. Respondenti obdrží odměnu za účast v rozhovoru. Každá zpracovaná kazuistika bude podložena dvě vyplněnými dotazníky (2 vlny dotazování).

Triangulace a spolehlivost dat

Triangulace slouží k ověření výpovědí a k vystavení rigoróznějšího designu případové studie a kombinuje zpravidla různé techniky, zdroje a metody. Bylo plánováno využít doplňující zdroj dat k osobám CS (v případě potřeby): záznamy z IS (zdravotní údaje, anamnéza), data od relevantních stakeholderů dle rodného čísla, budou-li k dispozici (výjezdy sanitek k osobám CS, přehled hospitalizací osob CS), komentář sociálního pracovníka (historie osoby CS, kontext), přičemž se v praxi ukázalo, že okamžitá konzultace se sociálním pracovníkem byla neefektivnější. Pro lepší představu o uváděných obecných skutečnostech/situaci CS jako skupiny jsme využili také kazuistiky uvedené v MMZ. Interní validita byla ověřena porovnáváním případů (a odchylek). Spolehlivost posilována srovnáním s obdobnými případy.

Zdrojem pro kazuistiky bylo vlastní šetření dvou evaluátorek, a to ve dvou vlnách a pak byly do zprávy zpracovány vybrané příklady sociálně-terénního šetření z kazuistik v MMZ. Pak jsme si jednotlivé kazuistiky prošly, nakódovaly jsme si, jakých tematických okruhů se týkají (např. „odeslání ke specialistům“ – kazuistiky 3, 4, 32, 46, 50, že bylo relativně bezproblémové apod.), či např. kazuistiky prokazující úspěšné „zachytávání osob CS v terénu“ (č. 10, 15, 18, 20, 22, 36, 39, 41, 51 a 52 a 56), a s tím ve zprávě pracovali jako zdrojem dat, příp. kvantifikovali (např. až pětina osob z CS může mít potíže s doplácením zejména dražších léků – máme ověřeno z MMZ, kdy podobný údaj uvádí sociální pracovníci Ostrava jako svůj kvalifikovaný odhad), a podpořili/ověřili jsme tím naše zjištění z jiných zdrojů dat.

Způsob záznamu

Audio záznam z rozhovoru, přepis audio záznamu a analýza, zajistí 4G eval, metodik (případně sociální pracovník) může opatřit záznam komentářem – komentář k osobě CS či uvedeným skutečnostem, doplnit historie pacienta, pokud je k dispozici. Rozhovory se uskuteční na základě informovaného souhlasu. Délka rozhovoru: 15-20 minut.

Harmonogram

1. Konec srpna, poč. září 2021: Pilotáž dotazníku: Praha (ve spolupráci s Nadějí Praha, resp. s jejich sociálním pracovníkem/doprovod, organizace setkání), ozkoušení délky dotazníků a ověření možných rizik, srozumitelnost pro CS
2. Říjen 2021: 1. kolo sběru dat ve všech ordinacích (provádějí evaluátorky)
3. 2Q/2022: 2. kolo sběru dat, preferenčně od identických osob CS. Kazuistiky (viz vzor přiložený na konci metodiky) sepiší evaluátoři na základě dvou vyplněných dotazníků a s ověřením se sociálními pracovníky, kteří znají historii CS.

Použité zdroje

HENDL, Jan, REMR, Jiří. Metody výzkumu a evaluace. Portál, 2017.

R.E. STAKE, The Art of Case Study Research. New York: SAGE Publishing, 1995.

R. K. YIN. Case Study Research. Design and Methods. Third Edition. California: SAGE Publishing, 2003.

M. Q. PATTON. How to USE Qualitative Methods in Evaluation. California: SAGE Publishing, 1987.

MAREŠ, Jiří. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. Pedagogika, roč. 65, 2015.

Vzory dotazníků

Dotazník pro 1. vlnu dotazování

Dotazník pro hloubkové rozhovory byl pilotován evaluátory v Praze na poč. září, zejména s ohledem na délku a srozumitelnost. Mírně upravené otázky budou osobám CS položeny dvakrát, v průběhu a ke konci projektu
Závěrečná zpráva projektu Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez přístřeší – PŘÍLOHY 87



(pro usnadnění recall – vzpomnutí si na události: „přibližně od doby vypuknutí COVID-19/ od loňského podzimu“ v případě druhého rozhovoru) a zjišťují zejména odpovědi na evaluační otázky, ověřují hypotézy, ověřují fungování pilotní ordinace, její přínosy pro CS a propojenost sociálně-zdravotního pomezí.

Osobní situace

1. Kolik je Vám let?
2. Máte rodinu?
3. Kde momentálně přespáváte?
4. Jak dlouho tam už přespáváte?
5. (Pokud jde o osobu bez přístřeší) Jak dlouho už jste bez domova?
6. Kdo Vám nejvíce pomáhá v krizových situacích?
7. Máte nějaké zdravotní obtíže, diagnózy? Někjaké závislosti?
8. Vliv COVID-19: Co se pro Vás pandemií změnilo (k lepšímu/horšímu)?

Zdravotní pomezí

9. Máte svého praktika? (Pokud jste klientem pilotní ordinace, jak dlouho?)
10. Plánujete ji dále navštěvovat? (Pokud NE, proč?)
11. Zaznamenal jste nějaké problémy či obtíže v navštěvování pilotní ordinace (provoz, jednání s personálem, navštívení specialisté)
12. Užíváte pravidelně léky? Pokud ne, proč?
13. Když dostanete recept, máte obvykle prostředky, abyste si uhradil doplatky na léky?
14. Začal jste ve své péči o zdraví v poslední době dělat něco jinak?
15. Byl jste v uplynulém období na něco očkován?
16. Pomohla Vám poskytnutá péče v pilotní ordinaci i v jiném ohledu než zdravotním?
17. Jaké jsou Vaše zkušenosti s hospitalizacemi v nemocnici?
18. Jaké máte zkušenosti se specialisty? (kožař, neurolog...)?
19. Jaké máte zkušenosti se záchrankou?
20. Jaké máte zkušenosti se zařízeními následné péče (LNP, sociální lůžka v nemocnicích, případně další následné služby)
21. Jaké máte zkušenosti s Centrem duševního zdraví nebo podobnými zařízeními? (zařízení nabízející terapeutickou pomoc)
22. Kromě tady pilotní ordinace, jakou jinou formu dostupnější zdravotní péče byste uvítal?

Sociální pomezí

23. Máte práci?
24. Jste registrován na ÚP? Pokud ne, proč?
25. Pobíráte invalidní důchod? Pokud ne a máte na něj nárok, proč ne?
26. Platíte si pravidelně zdravotní pojištění?
27. Pokud ne, zkusil jste někdy absolvovat oddlužení? Víte jak na to?
28. Máte u sebe občanku?
29. Pokud byste ji ztratil, na koho byste se obrátil?
30. S čím Vám pomáhají sociální pracovníci? (jaké využíváte služby?)
31. Máte přímo kontaktní osobu v sociálních službách, na kterou se můžete obrátit?

Dopady

32. S jakými hlavními obtížemi jste v uplynulém období chodil za praktikem?
33. Podařilo se je vyřešit/zlepšit?
34. Dovoluje Vám Váš psychický stav ucházet se o práci?
35. Dovoluje Vám Váš psychický stav navštěvovat úřady? (např. při vyřizování dokladů, dávek atd.)

Poznámky tazatele, sociálního pracovníka:.....



Dotazník pro CS pro 2. vlnu dotazování

Identifikační údaje

Jméno:

Pohlaví:

Rok narození:

Národnost:

Email:

Telefon:

Osobní situace

1. Rodinný stav a rodinní příslušníci
2. Kde jste přespával/a/ či bydlel/a PŘED vypuknutím COVIDU-19 (duben 2020)?
3. Kde jste přespával/a/ bydlel/a PO vypuknutí COVIDU-19?
4. Kde jsme přespával/a/ bydlel/a nyní BĚHEM POSLEDNÍ ZIMNÍ SEZÓNY 2021/2022?

Možnost vybrat u výše uvedených 3 otázek i z více možností (ZMAPOVAT HISTORII)

- A) Veřejná prostranství **
- B) Stan, či podmostí **
- C) Zahradní chatka **
- D) Squat a opuštěný dům **
- E) Nízkoprahová noclehárna *
- F) Azylový dům *
- G) Nekomerční ubytovna pro lidi bez přístřeší *
- H) Komerční ubytovna *
- I) Byt u známých
- J) Pronajatý byt
- K) Byt ve vlastním vlastnictví
- L) Vězení, či nemocnice
- M) Jinde (vypište):

* = *bez domova*

** = *na ulici*

5. V kolika letech jste se poprvé ocitl/a bez domova/na ulici?
6. Po kolikáté jste bez domova/na ulici?

- A) Poprvé
- B) Po druhé
- C) Vícekrát



7. Jak dlouho jste nyní bez domova/bez střechy?
 - A) Méně než měsíc
 - B) Méně než půl roku
 - C) Do dvou let
 - D) Do pěti let
 - E) Do deseti let
 - F) Přes deset let
8. Kdo Vám nejvíce pomáhá v krizových situacích?
9. Vliv COVID-19: Co se pro Vás pandemií změnilo (k lepšímu/horšímu)?

Zdravotní pomezí

10. S jakými hlavními zdravotními obtížemi jste se v zimní sezóně potýkal/a?
11. Přetrvávají nějaké závislosti?
12. Jaké užíváte pravidelně léky?
13. Když dostanete recept, máte prostředky, abyste si uhradil/a doplatky na léky?
14. S čím jste byl/a naposledy u lékaře?
15. Kam chodíte k praktickému lékaři?
16. Pokud terén: Byl/a jste někdy za poslední 2 roky ošetřen někým v terénu?
17. Zaznamenal/a jste nějaké problémy či obtíže v navštěvování pilotní ordinace, pokud chodíte tam k praktikovi? (provoz, jednání s personálem, navštívení specialisté)
18. Začal/a jste ve své péči o zdraví v zimní sezóně dělat něco jinak?
19. Byl/a jste během pandemie na něco očkován/a?
20. Jaké máte obecně zkušenosti se zdravotnickým personálem? (*Možnosti nepředčítat*)
 - ZZS: dobré / spíše dobré / jak kdy / spíše špatné / špatné / žádné
 - Nemocnice: dobré / spíše dobré / střední / spíše špatné / špatné / žádné
 - Specialisté: dobré / spíše dobré / střední / spíše špatné / špatné / žádné
 - Praktický lékař: dobré / spíše dobré / střední / spíše špatné / špatné / žádné
 - Zařízení následné péče (LNP, sociální lůžka v nemocnicích, případně další následné služby) dobré / spíše dobré / střední / spíše špatné / špatné / žádné
 - Ordinace projektová (pilotní): : dobré / spíše dobré / střední / spíše špatné / špatné / žádné
 - Psychiatrická zařízení: dobré / spíše dobré / střední / spíše špatné / špatné / žádné
 - Léčba odvykání závislosti: dobré / spíše dobré / střední / spíše špatné / špatné / žádné
21. Chybí Vám momentálně nějaká zdravotní péče?
22. Odmítli Vás někdy ve zdravotnickém zařízení ošetřit? (*Možnosti nepředčítat*)
 - ANO (pokud Ano – ve kterém?)/ NE / Nevím
23. Byl jste během pandemie COVID-19 ubytován v některém z humanitárních zařízení?
 - ANO / NE



24. Pokud ANO, Máte pocit, že se váš celkový stav zlepšil za dobu pobytu v tomto zařízení?

Určitě ano / spíše ano / spíše ne / ne / nebyl jsem ubytován

Sociální pomezí

- 25. Máte práci?
- 26. Platíte si pravidelně zdravotní pojištění?
- 27. Absolvoval jste v posledních 2 letech oddlužení?
- 28. Využíváte momentálně nějaké sociální služby?
- 29. Pobíráte dávky/podporu v nezaměstnanosti?

Dopady

- 30. Byl jste za poslední 2 roky hospitalizován? Pokud ano, kdy?
- 31. Byl jste za poslední 2 roky odvážen ZZS do nemocnice?
- 32. Podařilo se Vám za poslední 2 roky zaléčit nebo zmírnit nějaké onemocnění díky pilotní ordinaci?
- 33. Pomohla vám sociální služba s vyřízením dokladů (OP, kartička pojištěnce?)
- 34. Pomohla vám sociální služba s návštěvou či vyřízením dávek/podpory na úřadech?

Poznámky tazatele, sociálního pracovníka:



Vzor kazuistiky

„Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez přístřeší“

CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0009641

KAZUISTIKA č. XX: Ordinance pro osoby bez přístřeší

Datum prvního rozhovoru:

Datum druhého rozhovoru:

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození:

Místo kde CS bytoval:

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byl ošetřován kde:

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Sociální pomezí

Využívá sociální služby?

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Má u sebe občanský průkaz?

Dochází na úřad práce, ČSSZ?

Pracuje?

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Zjištěné příklady dobré praxe



10. Příloha F – TYPIZOVANÉ PERSONY CS DLE TYPU POTŘEBNÉHO ZDRAVOTNÍHO OŠETŘENÍ

A) BEZ STŘECHY (přístřešky, stany, zahrádky, podmostí, auto atd. - sezónně noclehárny či iglú soc. služeb)

Metodologická poznámka: Typizované osoby byly vytvořeny na základě podkladů od vedoucího terénního programu Naděje Praha a komentářů vedoucí terénní služby Armády spásy Ostrava. Perspektiva praktických lékařů byla přidána na základě běžné praxe kontaktu s CS ve srovnávací ordinaci Charity Plzeň a pilotních ordinací v Pardubicích a Ostravě. Oranžově zbarvené boxy popisují nejčastější typy pacientů ve srovnávací ordinaci v Plzni.

1) Klienti v zanedbaném hygienickém stavu, parazitární onemocnění – většinou kombinace: znečištěný oděv, dlouhodobá absence hygieny, zavšivení (veš dětská i šatní veš, svrab) – převoz klienta do nízkoprahového denního centra – odvšivení, hygiena, výměna ošacení, ošetření svrabu

Pohledem praktického lékaře: Pacient, obvykle mladý člověk, přichází pro ad hoc vzniklé potíže, bolest hlavy, nachlazení, zavšivení, vynechání menstruace - vydáme analgetika, šampon proti vším, Musocolvan a Olynth, těhotenský test atp. Mnohdy kontakt ani nevyžaduje zevrubné vyšetřování, mnohdy o něj dotyčný ani nestojí. Pokud vyšetřujeme, kódujeme zpravidla 01023 nebo 01024, 01543, někdy 09125.

2) Klienti s kožní vyrážkou, klienti s bércovými vředy – doprovod klienta do ordinace praktického lékaře – hygiena, výměna ošacení, vyšetření a ošetření v ordinaci praktického lékaře

Pohledem praktického lékaře: Pacient, žijící převážně venku, ve stanu, pod mostem, v autě atp., přichází nejčastěji s chronickým defektem kůže - bércový vřed apod., nebo s infestací parazity (scabies), jinak nic moc nechce. Je-li pojištěn, kódujeme zpravidla 01023, 01543, 44239 nebo 09237.

3) Klienti s různými defekty v oblasti dolních končetin, snížená schopnost pohybu, snížená schopnost soběstačnosti – převoz do ordinace praktického lékaře, ošetření, zajištění celodenního ubytování

4) Klienti s omrzlinami, spáleninami – převoz do ordinace praktického lékaře, následně většinou do zdravotnického zařízení – přijetí k hospitalizaci, příp. stanovení ambulantní léčby, zajištění celodenního ubytování

5) Klienti s očními problémy (šedý zákal) – doprovod do zdravotnického zařízení, zajištění vyšetření, dohodnutí termínu operace, zajištění předoperačního vyšetření, doprovod na termín operace, zajištění ubytování po absolvování operačního zákroku, doprovod na kontrolu (kontroly) po operaci

6) Klienti po úrazech (převážně dolních končetin – sádra či jiná fixace) – zajištění celodenního ubytování – nutnost klidového režimu, kontrola u lékaře

7) Lidé s duševním onemocněním či psychiatrickou diagnózou – snaha zajistit psychologické vyšetření, ambulantního psychiatra, medikaci, následně zajistit dostupné ubytování – dosti obtížné

Pohledem praktického lékaře: Pacient přichází řešit rozličné potíže, abuzér drog často kožní vředy, zjišťujeme plejádu příznaků, které by v normální situaci vyžadovaly další dovyšetření - provádíme edukaci, doporučíme další péči specialistů, ale vše obvykle bez valného výsledků. Např. návštěvu psychiatrie se podaří domluvit až po opakovaném (např. šestém) kontaktu klidně až po půl roce a několika absolvovaných hospitalizacích. Někdy vydáme antibiotika, ošetříme defekt kůže, někdy domlouváme další vyšetření. Většinou kódujeme 01023, 01543.

8) Lidé se závislostí na alkoholu či nealkoholových drogách – motivace k řešení závislosti, motivace k nástupu do léčby



9) Lidé s diabetem – řešení absence inzulínu, častá ztráta inzulínových per, nedodržování režimu spojených s diabetem a tím i následných zdravotních obtíží

10) Lidé bez domova – cizinci – převážně ze zemí EU (Slovensko, Polsko, Rumunsko, Bulharsko) – bez platného zdravotního pojištění

Pohledem praktického lékaře: Cizinec v dezolátním stavu - přiveden sociálními pracovníky, pracovníky organizace, pomáhající uprchlíkům apod. Často těžké onemocnění jako nekróza/gangréna prstů nebo nohy, stav po polytraumatu, febrilie, těžká anémie apod. S nemocným strávíme spousty času, protože je s ním špatná domluva, ale je stejně nepojištěn. Když už, tak připadá v úvahu 01023, 01543, ev. 09237. Tato kategorie částečně splývá s 1/, ale zde často řešíme komplexnější problém a často bývá jazyková bariéra.

11) Těhotné ženy bez domova – většinou bez jakékoliv kontroly stavu těhotenství, nezajištěné těhotenské poradny, nezajištěné registrace k porodu ve zdravotnickém zařízení, nezajištěné ubytování a další potřebné zázemí pro sebe a dítě pro období po porodu

12) Lidé bez domova s bolestmi zubů – doprovod klienta do zubní ordinace pro lidi bez domova

13) Lidé bez domova s epilepsií – povětšinou neužívající antiepileptika

14) Lidé bez domova s onemocněním horních cest dýchacích, chřipky, střevní problémy – doprovod klienta do ordinace praktického lékaře – vyšetření, medikace, léčba

15) Lidé bez domova odmítající řešit svůj zdravotní stav – motivace ze strany terénních pracovníků ke změně svého rozhodnutí, edukace, upozornění na možná rizika

B) POD STŘECHOU (humanitární ubytování, ubytovny, azylové domy pro muže a ženy, domovy se zvl. režimem či pečovatelskou službou, sociální bydlení)

16) Lidé bez domova s chronickým stavem – lidé po amputacích dolních končetin či částí dolních končetin – upoutání na invalidní vozík či schopni pohybu za opory holí, často bez nároku na finanční plnění v rámci invalidního důchodu z důvodu nesplnění doby sociálního pojištění

17) Lidé bez domova seniorského věku – běžné zdravotní komplikace spojené s vyšším věkem, často bez nároku na finanční plnění v rámci starobního důchodu z důvodu nesplnění doby sociálního pojištění

18) Lidé bez domova s potřebou vyšetření u lékaře pro lidi bez domova z důvodu absence či neexistence registrace u „svého“ praktického lékaře, a to pro účel vyšetření pro konkrétní účel: zajištění potravinářského průkazu z důvodu výkonu zaměstnání; zajištění potvrzení o bezinfekčnosti; zajištění potvrzení o zdravotním stavu pro účel podání žádosti na přiznání invalidity, žádosti k přijetí do služeb sociální péče (domovy pro seniory, domovy s pečovatelskou službou), aj.

Pohledem praktického lékaře: Většinou žena, přichází na kontrolu tlaku a glykémie, léky už několik týdnů neužívá, protože jí došly, bolí jí nohy a záda, žádá vyplnění dokumentů k získání úlevy (lepší postel, neschopenka pro ÚP apod.). Kódujeme 01023, 01543, někdy 01441, ev. 01201 (ale to je při omezené spolupráci a nepravidelnosti péče ne vždy akceptovatelné).

19) Lidé bez domova s demencí (alkoholová, stařecká) – snaha umístit do psychiatrické nemocnice (gerontopsychiatrie), zajistit medikaci – často: střídání pobytů ve zdravotnickém zařízení s pobyty v sociálních službách či pobytem na ulici

Pohledem praktického lékaře: Pacient důchodového věku s již se rozvíjející poruchou kognitivních funkcí, dochází ke zhoršování sebeobsluhy, která již v předchorobí byla nevalná. Pokoušíme se načasovat vhodnou chvíli k hospitalizaci na psychiatrickém oddělení k zajištění navazujících sociálních služeb. Situaci často komplikuje to, že dotýčný pobyt v domově důchodců odmítá, anamnesticky již třeba z podobného zařízení utekl apod. Kódujeme 01023 nebo 01024, 01543.

20) Lidé bez domova propuštění z hospitalizace ve zdravotnickém zařízení či zařízení následné zdravotní péče, avšak nadále neschopni pobytu „na ulici“ – zajištění zdravotní prohlídky v ordinaci praktického lékaře, zajištění celodenního ubytování



11. Příloha G – KAZUISTIKY

Níže je uveden přehled všech zpracovaných kazuistik s identifikátorem anonymizace pro potřeby interního evaluačního týmu a také odkazů v textu závěrečné zprávy. Kazuistiky s příponou MMZ byly zpracovávány metodikou ordinací (vybráno celkem 29 případů řešených v rámci sociálně-terénní práce), kazuistiky s příponou EVAL byly zpracovávány evaluátory na základě hloubkových rozhovorů (celkem 28 rozhovorů s osobami CS, které se podařilo oslovit opakovaně, viz metodika případových studií, přičemž v 1. vlně bylo osloveno 74 osob CS). Do zprávy nejsou zařazeny všechny případy uvedené z MMZ (případy a scénáře se v pilotních ordinacích opakovaly, byly zachyceny zejména typizované situace a případy a dobrá praxe).

Číslo kazuistiky	Detailní identifikátor	Typ kazuistiky
1	KAZU/OL/01/EVAL	Hloubková kazuistika
2	KAZU/OL/02/EVAL	Hloubková kazuistika
3	KAZU/OL/03/EVAL	Hloubková kazuistika
4	KAZU/OL/04/EVAL	Hloubková kazuistika
5	KAZU/OL/05/EVAL	Hloubková kazuistika
6	KAZU/OL/06/EVAL	Hloubková kazuistika
7	KAZU/OL/07/EVAL	Hloubková kazuistika
8	KAZU/OL/08/EVAL	Hloubková kazuistika
9	KAZU/OL/09/EVAL	Hloubková kazuistika
10	KAZU/OL/10/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
11	KAZU/OL/11/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
12	KAZU/OL/12/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
13	KAZU/OL/13/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
14	KAZU/OL/14/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
15	KAZU/OL/15/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
16	KAZU/OL/16/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
17	KAZU/OL/17/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
18	KAZU/OL/18/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
19	KAZU/OL/19/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
20	KAZU/OL/20/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
21	KAZU/OL/21/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
22	KAZU/OL/22/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
23	KAZU/OL/23/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce



24	KAZU/OL/24/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
25	KAZU/OL/25/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
26	KAZU/OL/26/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
27	KAZU/OS/01/EVAL	Hlubková kazuistika
28	KAZU/OS/02/EVAL	Hlubková kazuistika
29	KAZU/OS/03/EVAL	Hlubková kazuistika
30	KAZU/OS/04/EVAL	Hlubková kazuistika
31	KAZU/PB/01/EVAL	Hlubková kazuistika
32	KAZU/PB/02/EVAL	Hlubková kazuistika
33	KAZU/PB/03/EVAL	Hlubková kazuistika
34	KAZU/PB/04/EVAL	Hlubková kazuistika
35	KAZU/PB/05/EVAL	Hlubková kazuistika
36	KAZU/PB/06/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
37	KAZU/PB/07/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
38	KAZU/PB/08/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
39	KAZU/PB/09/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
40	KAZU/PB/10/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
41	KAZU/PR/01/EVAL	Hlubková kazuistika
42	KAZU/PR/02/EVAL	Hlubková kazuistika
43	KAZU/PR/03/EVAL	Hlubková kazuistika
44	KAZU/PR/04/EVAL	Hlubková kazuistika
45	KAZU/PR/05/EVAL	Hlubková kazuistika
46	KAZU/PR/06/EVAL	Hlubková kazuistika
47	KAZU/PR/07/EVAL	Hlubková kazuistika
48	KAZU/PR/08/EVAL	Hlubková kazuistika
49	KAZU/PR/09/EVAL	Hlubková kazuistika
50	KAZU/PR/10/EVAL	Hlubková kazuistika
51	KAZU/PR/11/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
52	KAZU/PR/12/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
53	KAZU/PR/13/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
54	KAZU/PR/14/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce



55	KAZU/PR/15/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
56	KAZU/PR/16/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce
57	KAZU/PR/17/MMZ	Případ v rámci sociálně-terénní práce

KAZUISTIKA č. 1

Datum a místo prvního rozhovoru: 19. 10. 2021, Olomouc

Datum a místo druhého rozhovoru: 8. 4. 2022, Olomouc

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, 1976

Místo kde CS bytoval: squat

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Z rodiny je v kontaktu se svou matkou, je svobodný. V sedmnácti se nepohodl s otcem, odešel z domova, už třicet let bydlí „tak různě“ – venku, v azylovém domě v Rýmařově, nyní ve squatu v Olomouci se dvěma kamarády. Do bytu už by ani nechtěl, ve squatu má své soukromí, nejsou tam cizí lidi. Má dlouhodobé potíže se zády, se slinivkou, docházel k psychiatrovi. Své lékaře má v Bruntále, tam ho znají, recept napíšu i na dálku, když potřebuje něco řešit, řeší to s nimi. Kouří cigarety, pije alkohol. Je registrován v Bruntále na úřadu práce, má zažádáno o invalidní důchod. Pracuje „sem tam, načerno“. Pobírá dávky hmotné nouze. Za dobu, co pobýval v cizině, má dluhy, ale oddlužení nemá v plánu. Je vstřícný, v dobré náladě, ale dlouhodobě svůj psychický stav nepocituje jako dobrý.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období:

- Minulý rok byl hospitalizován kvůli srdci a slinivce, vezla ho záchranná služba („byli hrozně rychlí!“), přede dvěma roky absolvoval hospitalizaci a pobyt v rehabilitačním ústavu po úrazu nohy.
- Během zimy měl bolesti břicha kvůli slinivce, bere v této souvislosti léky.
- Byl na prohlídce u posudkového lékaře ČSSZ kvůli žádosti o invalidní důchod, čeká na posudek.
- Do pilotní ordinace nechodí, má svého praktika, svou psychiatricku a případně dochází do specializovaných ambulancí ve FN Olomouc.
- Byl očkovaný proti covidu a proti tetanu.

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Do pilotní ordinace nechodí, v Charitě využívá spíše sociální služby, má svoje lékaře v běžném systému zdravotních služeb.

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Nepocituje žádné bariéry ani dopad pandemie.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Bere léky na slinivku, bral léky předepisované psychiatrem. Jsou bezdoplatkové, doplatek by pro něj byl problém. Lékaři jsou ochotní mu na dálku vystavit e-recept.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Závěrečná zpráva projektu Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez přístřeší – PŘÍLOHY 97



Neví, nedokáže říct. Svě lékaře má, ti jeho obtíže řeší.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Chodí si pro jídlo, do sprchy, pro oblečení.

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Má svoji sociální pracovníci, využívá poradenství.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Čeká na vyhotovení posudku pro účely uznání invalidity.

Pracuje? NE, necítí se na to psychicky.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Situace se pro klienta významně nezměnila.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

N/A

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Nebyly pro tohoto klienta zjištěny.

Zjištěné příklady dobré praxe

Ochota lékařů k preskripci na dálku, spolupráce sociálních pracovníků ve věci sociálního zabezpečení.

KAZUISTIKA č. 2

Datum a místo prvního rozhovoru: 19. 10. 2021, Olomouc

Datum a místo druhého rozhovoru: 8. 4. 2022, Olomouc

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, 1960

Místo kde CS bytoval: v nízkoprahové noclehárně

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je rozvedený, je v kontaktu se svým synem a se svou sestrou. Dříve bydlel v bytě a na ubytovnách, po rozvodu pobýval na LNPLNP, v nemocnici, v azylovém domě, nyní je několik měsíců na ulici a přespává v noclehárně Charity. Má po operaci srdce, dostal kardiostimulátor, téměř nevidí na jedno oko, jinak se cítí zdravý, „sem tam se napije“, závažnější zdravotní problémy neřeší. Je registrován na úřadu práce, občas vykonává práci v ostraze obchodu, ale stálou práci nemá, chodí o holi, takže „ho nikdo nechce“. Má přiznanou invaliditu II. stupně, ale nemá nárok na invalidní důchod (chybí mu odpracovaná doba). Pobírá dávky hmotné nouze. Dluhy má, ale o oddlužení neuvažuje. Ví, co to obnáší, ale nemá na to příjem. Při rozhovoru je věcný, strohý, odměřený.

Zdravotní pomezí



Osoba CS v uplynulém období:

- Byl mu vloni voperován kardiostimulátor ve FN Olomouc, dochází na kontroly do interní ambulance tamtéž.
- Ambulantně byl ošetřen po úrazu nohy, na doléčení byl v LNPLNP, byl tam velmi spokojený s péčí i s jídlem.
- Navštěvuje spíše specializované ambulance ve FN, k praktickému lékaři příliš nechodí.
- Prodělal covid bez příznaků, byl v karanténním domě na Sv. Kopečku u Olomouce.

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Je registrován v pilotní ordinaci asi rok, ale příliš tam nedochází, řeší své problémy u specialistů. Uvádí, že paní doktorka v ordinaci je vyššího věku, vyjadřuje pochyby o jejím úsudku a odbornosti, stěžuje si, že lékařka zapomíná.

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Pandemie ho nijak nezasáhla, bariéry ve zdravotní péči nepocituje, pracoviště, která navštěvuje, fungují podle něj dobře.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Měl by brát cca osm léků, nebere nic, nevyzvedává si to, takže doplatky neřeší.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Vyhovuje mu systém tak, jak je nastaven.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby?

Využívá nízkoprahovou noclehárnu na Charitě, chodí tam na jídlo. Využívá i možnost si zatelefonovat (kvůli práci, rodině) a poslat poštu. Hygienu a praní řeší u kamaráda.

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Nemá svého sociálního pracovníka, dle svých slov si řeší své záležitosti sám.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Registrován na ÚP.

Pracuje? Ano, vždy vezme nárazovou práci a pak zase po nějakou dobu odpočívá, zdravotní stav (chůze o holi, zrakové omezení) mu neumožňuje trvalou práci.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Klient se jeví ve stejné kondici fyzické i psychické. Je spokojený s výsledkem operace srdce, dobře podle něj zafungovala hospitalizace i ambulantní péče.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

N/A

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

N/A



Zjištěné příklady dobré praxe

N/A

KAZUISTIKA č. 3

Datum a místo prvního rozhovoru: 19. 10. 2021, Olomouc

Datum a místo druhého rozhovoru: 8. 4. 2022, Olomouc

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, 1962

Místo kde CS bytoval: ve squatu

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je ženatý, manželka s dcerou bydlí v zimě u přítele, v létě je taky „venku“, jsou v kontaktu. Poprvé se ocitl bez domova v 38 letech, od té doby již několikrát. Nyní je na ulici (resp. bydlí ve squatu) přibližně půl roku, předtím byl ve výkonu trestu odnětí svobody. Léčí se s hypertenzí a už přes 20 let má problémy se zády, které ho omezují v pohybu. Je kuřák, jiné závislosti nemá. Pracuje nárazově, často na brigádách přímo v Charitě, práci na celý úvazek by kvůli zdravotnímu stavu nezvládal. Je evidován na úřadu práce, po dobu jednoho roku (2013) měl přiznán invalidní důchod kvůli zádům, chce si o něj žádat znovu. Nyní pobírá dávky hmotné nouze. Má nějaké dluhy, podle svých slov je neřeší. Je vstřícný, klidný, působí vyrovnaným dojmem.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období:

- Dvakrát byl převážen záchrannou službou pro kolaps v důsledku hypertenze, stav je sledován v pilotní ordinaci.
- Byl léčen pro obtížně se hojící ránu na noze, podařilo se vyřešit s použitím mastí. Také mu v pilotní ordinaci ošetřili popáleninu na ruce.
- Absolvoval očkování proti tetanu a covidu v pilotní ordinaci.
- Covid se ho zdravotně nedotkl, absolvoval pobyt v karanténním domě, rouška mu vadí, těžko se mu dýchá.

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

V ordinaci je spokojen, když něco potřebuje, chodí tam. Sledují mu tlak, píšou mu léky, pomohli mu vyléčit ránu na noze, teď dávají do pořádku popáleninu ruky. Jsou velmi vstřícní, ochotní. Když je potřeba nějaká specializovaná péče, vystaví mu žádanku na vyšetření. Vyjádřil opakovaně obavy, jak bude ordinace fungovat, pokud odejde sestra Helenka (ta je nenahraditelná).

Bariéry zdravotní péče (vypsát problémy)

Nepocituje žádné bariéry, v pilotní ordinaci má kompletní péči.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost brání léků)

Čtyři roky bere léky na vysoký krevní tlak, jsou bez doplatku. V minulosti doplatek občas zvládl, ale pravidelně by to byl problém. Také mu jednou léky vydala bez doplatku přímo Charita.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Nepreferuje žádnou alternativu, s podobou péče je spokojen.



Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Využívá sociální služby Charity, možnost využít hygienické zázemí, poslat poštu nebo použít telefon. Také čas od času využije možnost vyměnit si oblečení.

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Má „svého“ sociálního pracovníka na Charitě, který mu poradí, s čím je třeba.

Má u sebe občanský průkaz? Momentálně NE

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Registrován na ÚP, chce znovu žádat o invalidní důchod

Pracuje? Brigádně, nárázově (hlavně ve službách Charity), na plný úvazek se necítí (omezení v pohybu, ve zvedání břemen)

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Situace klienta je stálá, zdravotní stav se nehorší, doufá v opětovné přiznání invalidního důchodu, který by mu zajistil lepší příjem.

Positivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Díky pilotní ordinaci čerpá pravidelnou zdravotní péčí, která řeší jeho problémy (hypertenze, rány).

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Nebyly pro tohoto klienta zjištěny.

Zjištěné příklady dobré praxe

Schopnost personálu pilotní ordinace navázat osobní vztah, který vede k pravidelným návštěvám a k včasnému řešení méně závažných zdravotních obtíží, čímž se předchází vzniku chronických stavů.

KAZUISTIKA č. 4

Datum a místo prvního rozhovoru: 19. 10. 2021, Olomouc

Datum a místo druhého rozhovoru: 8. 4. 2022, Olomouc

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, 1974

Místo kde CS bytoval: dlouhodobě v nocležně Charity, nyní čerstvě v azylovém domě

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je rozvedený, rodiče jsou po smrti a se zbytkem rodiny není v kontaktu. Od 19 let je trvale bez domova, dlouhodobě využíval nocležnu na Charitě, nyní má čerstvě bydlení v azylovém domě v Řepčíně. Dlouhodobě má potíže s pohybovým aparátem, chodí o berlích. Má poúrazovou epilepsii. Závislosti přiznává, ale „nerad by to rozváděl“. Nepracuje a dle svých slov se na to nyní ani zdravotně necítí, je evidován na úřadu práce. Dluhy údajně nemá. Žádá momentálně o invalidní důchod, jinak pobírá dávky hmotné nouze a příspěvek na mobilitu. Mluví poněkud s obtížemi, ale ochotně.

Zdravotní pomezí



Osoba CS v uplynulém období:

- Absolvoval operaci na ORL v nemocnici, dochází na kontroly. Více se šetří než dřív, chrání si hlavu před zimou.
- Chodí k neurologovi (sledování epilepsie + preskripce léků). Po záchvatu ho několikrát vezla zdravotnická záchranná služba, naposledy před měsícem.
- Pobýval na LPN v souvislosti s pohybovým aparátem.
- Byl očkován proti covidu v pilotní ordinaci, byl během pandemie po nějaký čas ubytován na Trnkově ul. v Olomouci (humanitární ubytování, poskytl město).

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Péče v pilotní ordinaci mu vyhovuje. Využil např. vystavení posudku pro ubytování v azylovém domě. Také mu pilotní ordinace vyžádala operaci na ORL, po níž se stav nyní upravuje. Podle jeho slov by se mohla ordinace zlepšit po stránce přístupu k pacientům, dlouho se čeká na ošetření, nedodrжуje se pořadí.

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Chtěl by do rehabilitačního ústavu, čeká na ukončení ORL léčby. Neví ale, jestli ho tam vezmou.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Bere antiepileptika, píše mu je jeho neurolog, doplatek na ně je velký, přibližně 500,- Kč měsíčně. V únoru si na to musel půjčit.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Neví, jakou alternativu by mohl chtít. Myslí si, že je lepší dojet sem, než aby byl ošetřen v terénu („tady jsou na to zařízení“). Vítá možnost tzv. leženky (možnost setrvat přes den v noclehárně na lůžku, pokud to momentálně vyžaduje zdravotní stav).

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Využívá dostupné sociální služby Charity – nocleh, jídlo, prádelnu.

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Má „svého“ sociálního pracovníka na Charitě, využívá jeho pomoci, např. při zařízení dávek hmotné nouze a nyní i při žádosti o invalidní důchod.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Registrován na ÚP, nyní žádá o invalidní důchod

Pracuje? Nyní mu to nedovoluje zdravotní stav, chodí o berlích.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Po zdravotní stránce se klient zhoršil, prohloubily se jeho pohybové obtíže. Nyní pokročil ohledně žádosti o invalidní důchod, doufá, že mu bude přiznán. Podařilo se klienta zcela čerstvě umístit do azylového zařízení, a to i za pomoci pilotní ordinace (vystavení lékařské zprávy).

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Díky spolupráci pilotní ordinace se sociálními službami mohl klient získat místo v azylovém domě. Ordinace mu také vyžádala potřebnou operaci ve FN Olomouc.



Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Nebyly pro tohoto klienta zjištěny.

Zjištěné příklady dobré praxe

Běžná praxe tzv. leženek, kdy pacient ordinace dostane potvrzení, že může přechodně setrvat na nocležně přes den (např. po dobu zvýšené teploty nebo braní antibiotik). Sociální služba tímto způsobem na vyžádání ordinace supluje nízkoprahové lůžkové zařízení.

KAZUISTIKA č. 5

Datum prvního rozhovoru: 19.10.2021, Olomouc

Datum druhého rozhovoru: 7.4.2021, Olomouc

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, roč. 1966

Místo kde CS bytoval: Domov sv. Anežky, Olomouc

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Rozvedený, v Přerově má rodinu a děti a bratra, se kterými je zřídka v kontaktu, je romského původu, silně introvertní, málomluvný, bez domova je už 20 let, v Anežce je 2 roky a předtím bydlel v Přerově na placené ubytovně, neumí specifikovat blíže časovou souvislost. Jeho hlavní sociální kontakt je sociální pracovník v Anežce.

Psychiatrická diagnóza (neví/neudává jaká), má nespecifikovaný problém s nohama (bere na to prášky). Léky užívá na psychiku a na cukrovku. Chodí k psychiatrovi navázanému na pilotní ordinaci, byl také hospitalizován v Kroměříži v léčebně, kde mu pomohli.

Nemá práci, nemá nárok na starobní důchod, pobírá příspěvek v hmotné nouzi, je zbavený svéprávnosti, bydlení platí ručitel. V minulosti absolvoval oddlužení.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byl:

- Byl očkovaný na COVID-19, během pandemie se zhoršila chůze, do Anežky chodí doktor, který mu na to předepisuje léky (udává, že někdy jsou léky drahé)
- Chodí k psychologovi. Momentálně ho „nic netrápí“, i když na nohy by potřeboval specializovanou péči.
- Sociální pracovníci mu pomohli vyřídít doklady, pomáhají mu vyřizovat podporu od ÚP

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Navštěvuje už 2 roky, zpětná vazba pozitivní, plánuje navštěvovat dále, byl tam před dvěma týdny na injekcích.

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Udává, že by preferoval lepší pomoc s bolestí nohou, jinak ho nic netrápí.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Psychiatrické léky a léky na cukrovku.



Preference alternativy k pilotní ordinaci

Udává, že by potřeboval lepší odbornou pomoc (nespecifikované bolesti nohou)

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Domov sv. Anežky

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Vyřizují mu podporu na UP, psycho-sociální podpora.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? ANO, bere podporu v hmotné nouzi.

Pracuje? NE, neschopnost

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Pacient-klient byl v podobném stavu při obou dotazováních a byl silně medikován, sám udává, že by potřeboval lepší odbornou pomoc kvůli bolestem nohou.

Positivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Stav se zdá být stabilizovaný, nezhoršuje se.

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Nedostupnost specializované péče (či alespoň svou situaci takto vnímá), potřeboval by diagnózu na nohy, dostává pouze prášky.

Zjištěné příklady dobré praxe.

Nejsou zjištěny.

KAZUISTIKA č. 6

Datum prvního rozhovoru: 19.10.2021, Olomouc

Datum druhého rozhovoru: 7.4.2022, Olomouc

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: Ž, nar. 1973, Olomouc

Místo kde CS bytovala: Domov sv. Anežky, Charita Olomouc

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je vdaná, má 1. výročí svatby, manžel nyní žije u rodičů na Vysočině (rodiče onemocněli, pečuje o ně), má dva syny, se kterými se nestýká. Od 6/2021 bydlí v Domově sv. Anežky (do té doby bydlela s druhým manželem v nájmu v Prostějově, protialkoholní léčba, přišli o byt. Dříve bydlela v domě v Olomouci, který zůstal exmanželovi.



Před 4 lety prodělala mozkovou mrtvici, bere léky na ředění krve. Má diagnostikována bipolární poruchu osobnosti, užívá psychofarmaka. Má dobrou zkušenost s psychiatrickou léčebnou (6týdenní program v roce 2018).

Nejvíce v krizových situacích pomáhají pečovatelky a manžel. Pobírá invalidní důchod. Nyní si zařizuje ZTP za pomoci sociálních pracovníků.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byla:

- Nebyla na vlastní žádost očkovaná proti COVID-19
- Byla odvezena zdravotnickou záchrannou službou (zvracení, průjem – akutní střevní chřipka), kapačky na 4 hodiny, následně propuštěna
- Našla si dobrou psychiatricku, zaléčena, bude chodit k ní nadále
- Měla v zimě zánět lícního nervu (časté procházky i v zimním počasí), vyřešila pilotní ordinace

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Chodí tam, jenom když to vyžaduje situace („Ani předtím jsem lékaře moc nenavštěvovala, nemám je ráda. Vyhýbám se jim.“). Doktor je ale podle jejich slov hodný a vstřícný.

Bariéry zdravotní péče

Před 4 lety, kdy měla mrtvici, byla následně umístěna do LNPLNP. Personál byl dle jejich slov přepracovaný, bez zájmu.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Bere léky na ředění krve a psychofarmaka.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Ne jako alternativa, potřebná je podle ní i možnost ošetření CS v terénu.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Ano, Domov (pobytovou, pečovatelskou službu, odvoz a doprovod k lékaři)

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Pečovatelky pomáhají v krizových situacích, ale „občas jsou tu lidi na sebe hnusný“.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Není registrována na ÚP.

Pracuje? NE, invalidní důchod.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Klientka-pacientka uvádí, že je to víceméně stejné („někdy lepší, někdy horší“).

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Stabilizovaný stav, zejména psychiatrický, ordinace zároveň zajišťuje vhodnou prevenci.

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Závěrečná zpráva projektu Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez přístřeší – PŘÍLOHY 105



Nezaznamenány.

Zjištěné příklady dobré praxe

Nezaznamenány.

KAZUISTIKA č. 7

Datum prvního rozhovoru: 19.10.2021, Olomouc

Datum druhého rozhovoru: 7.4.2022, Olomouc

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: Ž, nar. 1957, v Prostějově

Místo kde CS bytoval: Domov sv. Anežky, Charita Olomouc

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je rozvedená, 3 děti (nevědí o tom, kde se paní nachází, nejsou v kontaktu), její nejbližší sociální kontakt je jako u naprosté většiny CS sociální pracovník. Na ulici pobývala cca 15 let (ve stanu či podmostí, střídavě u přátel), pak strávila přes rok v nemocnici (amputace levé nohy pod kolenem, je na vozíku), následně LNPLNP a poté rovnou umístěna do Domova (před rokem). Absolvovala také protialkoholní léčbu ve Šternberku (dobrá zkušenost). Trápí ji brnění v amputované noze, užívá prášky proti bolesti a na krev (neví přesně, jaké léky). Lékařka z pilotní ordinace léky rovnou kupuje a pacientka zpětně proplácí.

Pobírá starobní důchod, který jí vyřídili sociální pracovníci. Se sociálními pracovníky řešila oddlužení, ale detaily neví, má dluhy na pojištění. Sociální služba ji asistuje také při převlékání postele apod., vyřídili ji doklady.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byla:

- Občas z ulice došla do pilotní ordinace, pak ji poslali do nemocnice, když to bylo akutní (2020), podstoupila amputaci pravé nohy pod kolenem („Sama jsem si to neuměla vyhodnotit, jak je to akutní. A mám odpor k doktorům.“). Neodvážela ji ZZS, ale převozová sanitka.
- V nemocnici očkovaná proti COVID-19 (2 dávky)
- Pobyť v LNPLNP a následně od 1.7.2021 umístěna do Domova sv. Anežky

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Je spokojená, doktorka dochází přímo do domova, sestry jsou výborné.

Bariéry zdravotní péče

Výborný přístup v nemocnici po amputaci nohy. Horší zkušenost následně v LNPLNP (lékařka přišla jen 2x v týdnu, „ani si mě neprohlédla, jen psala léky“). Potřebovala by rehabilitaci (a schody jsou problém) a doprovod (potřebovala by jistotu se přesouvat někam).

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Lékařka pilotní ordinace přinese sama léky, zpětně propláceny. Užívá hlavně léky na bolest.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Ze své zkušenosti by uvítala nízkoprahovou polikliniku, sama se v terénu nechtěla nechat ošetřovat.



Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Ano, Domov.

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Důležitou, vše potřebné zařídili (2. vozík, starobní důchod, doklady)

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Pobírá starobní důchod.

Pracuje? NE

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Pacientka-klienta působila stabilním dojmem, nebyly stopy po požívání alkoholu (dříve absolvovala protialkoholní léčbu). Začala si masírovat „pahýlek“, má protézu („mám fantomové bolesti“, „necvičím, ale plánuji, ale nechce se mi“). Nezlepšuje se to (začalo to po operaci). Nicméně jí podle svých slov více ovoce, bere vitamíny, B-komplex.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Stabilizace zdravotního stavu a řešení sociální situace včetně oddlužení.

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Potřebovala by rehabilitaci a bezbariérové zařízení (je na invalidním vozíku). Potřebovala by také doprovod (potřebovala by jistotu se přesouvat někam).

Zjištěné příklady dobré praxe

Nezaznamenány.

KAZUISTIKA č. 8

Datum prvního rozhovoru: 19.10.2021, Olomouc

Datum druhého rozhovoru: 7.4.2022, Olomouc

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: Ž, nar. 1948

Místo kde CS bytoval: Domov sv. Anežky, Charita Olomouc

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je rozvedená, 5 dětí (1 dcera umřela), s dětmi není v kontaktu, 2 synové jsou také bez domova, v Anežce je od poč. roku 2021, předtím byla v nemocnici ve Šternberku (podvrtnutý kotník), v minulosti v nemocnici v Uničově (krvácení do mozku, dlouhodobá hospitalizace), v Lipníku na ubytovně. Bez domova je od roku 2018. Dříve jí pomáhal syn, ale přerušila kontakt (chtěl prý peníze na mobil, dlouho nepřišel), pomáhá jí nejvíce její spolubydlící v Anežce.



Je po úrazu kyčle, infarktu a mrtvici, je špatně mobilní, nevěří si v chůzi na delší vzdálenosti, má urologické problémy, výrůstky na páteři (je viditelně ohnutá), užívá pravidelně léky na spaní, prodělala před 20 lety silnou boreliózu.

Pobírá starobní důchod, s doplatkem na léky nemá problém (občas si na doplatky půjčí od spolubydlící), splácí ale i dluhy za dceru.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byla:

- Očkována proti COVID-19 (2 dávky)
- Dostala od psychiatricky léky na spaní – zlepšení
- Bez hospitalizací

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Je spokojená, doktorka jezdí také přímo do domova, nebo jede za ní do Wurmovky (pilotní ordinace).

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Nezaznamenány.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

ANO, dává jí je v domově, neví, co přesně všechno užívá.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Nemá, varianta se spolupracujícími specialisty je optimální.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby?

Ano, ubytování v domově sv. Anežky. Na spolubydlící v pokoji si zvykla, ale „mají ponorkovou nemoc.“ Sdělila také, že se v domově „hodně pije“. Ráda by měla vlastní sociální bydlení.

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Fyzická drobná pomoc.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Starobní důchodkyně

Pracuje? NE

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Měla problémy se spaním, ale došla si k psychiatrice a předepsané léky jí zabraly. Zdravotní stav považuje za stabilní.

Positivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Lepší životospráva („Jíst ovoce jsem začala tady – finančně jsem si to mohla teď dovolit“), zlepšené spaní díky práškům od specialisty/psychiatra.



Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Nezaznamenány.

Zjištěné příklady dobré praxe

Nezaznamenány.

KAZUISTIKA č. 9

Datum prvního rozhovoru: 19.10.2021, Olomouc

Datum druhého rozhovoru: 7.4.2021, Olomouc

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, roč. 1944, Brno-Město

Místo kde CS bytoval: Domov sv. Anežky, Olomouc

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Má rodiče a jednoho bratra. Před pandemií bydlel v podobném zařízení v Dolanech u Olomouce (ca 5 let). V roce 1995 se vrátil z Německa, 4 roky bydlel v Dolanech po ubytovnách. Celkově je bez domova 27 let. V krizových situacích mu nejvíce pomáhají sociální pracovníci.

Již delší dobu ho trápí problémy s prostatou, má cukrovku a vysoký krevní tlak, bere 7-8 různých léků denně, neuvádí žádné závislosti. Měl dříve epizody schizofrenické psychózy, je zamedikován (opakovaně byl na psychiatrii, v rozhovorech uvádí první hospitalizaci již 1969, pak na poč. 2000, dobré zkušenosti). Chodí pravidelně k praktikovi a k neurologovi.

Finančně je zajištěný, dle svých slov má dostatečně velký starobní důchod, doplatky na léky nejsou problém. Během pandemie bylo nepříjemné, že nesměli vycházet ze zařízení, jídlo jim vozili přímo.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byl:

- Očkován na COVID-19
- 2 roky pobývá v Anežce (využívá pobytovou službu a nově službu rozdělení a přípravy léků)
- Pozbyl OP – ale vyřizoval si sám (dostal prozatímní)

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Je registrovaným pacientem u své praktické lékařky v Dolanech.

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků) 7 – 8
léků denně, doplatky nejsou problém

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Nikoli jako alternativu, uvítal by nízkoprahovou polikliniku.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Pobytová služba, rozdělení a přípravyléků. „Tady mě mrzelo, že jsme museli místnost sdílet, nyní mám zase samostatný pokoj.“



Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Sociálně-psychologická podpora.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? NE, již 10 let v důchodu.

Pracuje? NE, již 10 let v důchodu.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Má pocit, že celkový zdravotní stav se „spíše zlepšil“, zejména urologické problémy.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Zlepšení zdravotního stavu. Rozdělení a přípravy léků vede k pravidelnosti jejich užívání. Přesto by uvítal, kdyby jich mohl časem brát méně („vidina užívání tolika léků do smrti se mi nelíbí“).

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče

Nezaznamenány. (Snad postupné snížení medikace, upravení medikace).

Zjištěné příklady dobré praxe.

Rozdělení a přípravy v zařízení.

KAZUISTIKA č. 10

Olomouc, MMZ (2020/06)

U cizince – Slovák, žijícího ve squatu, došlo k těžkým popáleninám a byl rychlou záchrannou službou převezen do nemocnice. Neměl zdravotní pojištění. Po pár dnech byl z nemocnice propuštěn a navštívil ordinaci. Ve spolupráci se sociálními pracovníky mu bylo vyřízeno pojištění na Slovensku, pak následně v ČR, díky pojištění mu byl uhrazen poplatek za pobyt v nemocnici, a zabránilo se tomu, aby vznikl dluh zdravotní pojišťovny. Lékařka nasadila pacientovi antibiotika a jeho zdravotní stav se zlepšil. Po návratu do squatu jej dále navštěvovali terénní pracovníci a sledovali jeho zdravotní stav.

KAZUISTIKA č. 11

OLOMOUC, MMZ (2020/07): Klient žijící ve squatu s poraněním ruky, který však odmítal lékaře navštívit s tím, že je to pro něj stresující prostředí. Návštěvou PMT v jeho domácím prostředí se podařilo zdravotní sestře získat jeho důvěru a druhý den se již klient dostavil sám přímo do ordinace.

KAZUISTIKA č. 12

OLOMOUC, MMZ (2020/07): Žena, zaregistrovaná v naší ordinaci, byla vyšetřena ve FN v kožní ambulanci, kde ji ale odmítli ošetřit a poslali ji do ordinace charity k odvšivení. Měla masivně postiženou vlasovou část hlavy – přítomnost vší, pokousání a rozmokvání pokožky, přítomnost červů. V ordinaci bylo provedeno oholení, odvšivení, zbavení červů. Vzhledem k masivnímu postižení hlavy bylo odvšivení provedeno na třikrát – obtížné zbavování parazitů.

KAZUISTIKA č. 13

OLOMOUC, MMZ (2020/08): Muž, roč. 1964, přivezen pracovníkem Denního centra. Na Denní centrum byl přivezen starostou z blízké obce, protože pobýval venku na náměstí. Pacient byl zanedbaný, mokvající defekty na DKK. Portálem VZP zjišťován praktický lékař, kterého se nepodařilo dohledat do roku 2020. Dle pacienta



– chodil k lékaři sporadicky, občas do Dubu nad Moravou. V ordinaci oholen, zajištěno čisté oblečení, ošetřeny DKK, naočkován proti tetanu, uložen na leženku, která postupně prodlužována na týden, spolupráce se sociálními pracovníky nocležny a denního centra. Po skončení leženky dále využívá nocležnu, na obci budou zajištěny doklady a registrace na ÚP. Pacient dochází pravidelně k převazům PDK, již téměř zhojeny.

KAZUISTIKA č. 14

OLOMOUC, MMZ (2020/09): Muž roč. 1958, byl 3.9.2020 převezen z II. Interní kliniky FN Olomouc a vysazen na dvoře charity. Z čekárny do ordinace bylo nutné pacientovi dopomoci, protože chůze s francouzskou holí byla nestabilní. Pacient používal inkontinentní pomůcky a byl omezený v soběstačnosti. Zařízení charity – nocležna a azylový dům neodpovídaly jeho potřebám – zařízení nejsou bezbariérová a není zde personál pečovatelské služby. Po poradě lékařky s vedoucím pracovníkem nocležny a s vedením SLD byl pacient odeslán zpět do nemocnice. 7.9.2020 odpoledne byl pacient opět vysazen ze sanitky na dvoře charity. V propouštěcí zprávě bylo uvedeno, že jeho stav je kompenzován a neodpovídá umístění na akutním lůžku. V LNPLNP v Červené vodě v současné době bohužel nepřijímají pacienty. Stav pacienta zůstal stejný, stále byl omezený v soběstačnosti. Byl umístěn dočasně na leženku, kde se ale počítá s klienty soběstačnými a tedy není zde pečující personál. Tímto mu bylo zajištěno alespoň lůžko a jídlo. Ordinace na řešení této situace spolupracuje se sociálními pracovníky.

KAZUISTIKA č. 15

OLOMOUC, MMZ (2020/10): V červenci PMT řešil případ, ve kterém v říjnu došlo k posunu. Muž, roč. 1972, žijící zcela sám ve squatu za Olomoucí, pacient s psychiatrickým onemocněním – dekompenzace stavu, byl navštíven pracovníkem v terénu. Již mnoho let, udával zdravotní potíže, ale komunikace byla obtížná vzhledem k bludům a dalším psychickým omezením. Muž neměl doklady, ve spolupráci s terénními pracovníky proběhlo zjišťování osobních údajů pacienta k eventuálnímu vyšetření, ale do ordinace nebyl ochoten se dostavit. V říjnu se podařilo pacienta motivovat, aby absolvoval psych. vyšetření ve FNOL, a nastoupil na azylový dům, dále je v řešení žádost o invalidní důchod.

KAZUISTIKA č. 16

OLOMOUC, MMZ (2020/11): 19. listopadu se objevil na dvoře charity muž, roč. 1964, oděv měl znečištěný krví, ostatní klienti přišli do ordinace pro sestry, ať ho „jde zachraňovat“. Sestra na dvoře našla klienta kouřícího, znečištěného, obtížně se pohybujícího. Byl ale schopen dojít do ordinace a sám se osprchovat. Sestra mu vydala čisté oblečení. Spolupráce s ním byla obtížná. Nebylo snadné jej přesvědčit, že o své původní oblečení nepříjde, pouze dostane nové. Měl u sebe lékařské zprávy od svého praktického lékaře (nebyl v ordinaci zaregistrovaný, ale sestra jej znala, protože navštěvoval charitní služby a znal se s jinými pacienty). Svým praktikem byl odeslán na urgent. Tam byl pouze ošetřen a odeslán zpět do azylového domu Řepčín (dle nálezu na urgentu trochanterická bursitida, čerstvá fraktura horního i dolního raménka os pubis, otoky DKK – doporučena diuretika, ATB terapie). Muž má diagnostikovanou schizofrenii v dekompenzované fázi. Byl omezen ve svéprávnosti a opatrovníkem mu je určeno město Olomouc. Bydlí v městském AD v Olomouci Řepčíně. Pacient evidentně není schopen dodržovat léčebný režim vzhledem k psychiatrické diagnóze. (zkráceno pro účely zprávy)

KAZUISTIKA č. 17

OLOMOUC, MMZ (2020/12): 17. prosince byl ráno přivezen sanitkou na dvůr charity muž, r. 1988. V ordinaci byl ošetřen už v listopadu. Přivezen byl z urgentu FNOL., kde byl kvůli epileptickému záchvatu. Byl v mírné ebrietě 0,12 promile. Opakovaně padal, byl znečištěný, pokálený, zapáchající, hladový a velmi unavený. Bylo mu umožněno dát si na denním centru polévku, pak mu byla v ordinaci poskytnuta hygiena s dopomocí, muž byl po amputaci levé ruky v předloktí. Následně mu byl zjištěn defekt na II. prstu LDK s nekrotickou krustou a mírný otok nártu. Byla mu domluvena leženka, aby si odpočinul. Tvrdil, že má v Olomouci matku s babičkou, ale nemůže u nich bydlet. Nebylo zjištěno, proč. Muž byl alkoholik, léčil se několikrát, ale vždycky se znovu vrátil k pití. Tvrdil, že si chce najít ubytovnu. Pracovníci mu vysvětlovali, že pokud bude dál pít, nevydrží v žádném bydlení. Protialkoholní léčebnu zatím neakceptoval, nabídku umístění do Červené vody také odmítl



z důvodu neochoty k abstinenci. Vizí do budoucna je podání žádosti do Domova sv. Anežky. Během pobytu na ležence se jej sociální pracovníci pokoušeli motivovat k nástupu na protialkoholní léčbu a hledali s ním i další řešení.

KAZUISTIKA č. 18

OLOMOUC, MMZ (2021/02): 25. února 2021 navštívil PMT spolu se zdravotní sestrou v terénu muže (cca 60-65 let), na kterého pracovníky upozornil Magistrát Olomouc. Pracovníci byli informováni, že muž bydlí ve vesnici u Olomouce v objektu určeném k demolici a má defekt na tváři. PMT se vypravil do vsi, kde muž přebýval a na základě rozhovorů s místními lidmi dotyčného nalezl. Muž seděl s vínem u prodejny potravin a na oslovení reagoval pozitivně. Pán byl poměrně komunikativní, na tváři měl rozsáhlý defekt. Ochtově povídal, že jej má již několik let a že mu bylo sděleno, že se jedná o rakovinu. Udával také potíže se sluchem a s nohou, ale vždy dodával, že mu lékaři nastínili riziko, že po operaci se může stav buď zlepšit, nebo zhoršit a proto veškerá opatření odmítl. Vyprávěl něco málo o svém životě, kde pracoval, bydlel, dokonce pracovníkům sdělil, že mu nějaká paní podala žádost do Domova sv. Anežky, ale že tam nebyl přijat. Pán byl lítostivý, při hovoru bylo patrné rozrušení, které téměř vyústilo v pláč. Souhlasil s tím, že ho terénní pracovníci mohou navštívit, návštěvu ordinace odmítl. Pracovníci vnímali důležitost navázání kontaktu, i když poskytnutí nějaké další péče nebylo zatím možné.

KAZUISTIKA č. 19

OLOMOUC, MMZ (2021/04): 16. dubna 2021 byl na dvůr charity přivezen sanitkou z psychiatrického oddělení FNOL muž (roč. 1969). Nikdy dříve nevyužil služby ordinace ani jiné služby Charity Olomouc. U sebe měl pouze předběžnou propouštěcí zprávu. Dle svého sdělení měl roztroušenou sklerózu, byl z neznámého důvodu přeložen z psychiatrické nemocnice v Bílé Vodě na psychiatrii FN Olomouc. Na PDK měl nezhojenou ranku po amputaci V. prstu. Obtížně chodil a byl okraden o berle. Pod tímto tlakem jej pracovníci umístili na leženku a v pondělí se jej podařilo odeslat k hospitalizaci v LNP Červená Voda.

KAZUISTIKA č. 20

OLOMOUC, MMZ (2021/05): Terénní pracovníky upozornil jiný klient na muže – bývalého vojáka (roč. 1979), který sloužil na misích. Údajně trpí posttraumatickým syndromem, obzvláště v opilosti. Muž uvedl, že je na ulici krátce – přijel z Prahy, kde pracoval jako mistr, ale kvůli pandemii COVID-19 přišel o práci a k armádě se s ohledem na zdravotní stav nemůže vrátit. Bydlel v garáži nedaleko vlakového nádraží, v plánu měl odcestovat na jih Moravy (má zde známé), přihlásit se ke sběru meruněk a postavit se na vlastní nohy. Depresemi ani stavy úzkosti dle svých slov netrpí a pomoc psychiatra nepotřebuje. Měl zájem o stan a spacák. Provedena u něj byla edukace ohledně parazitů a byla mu doporučena návštěva ordinace.

KAZUISTIKA č. 21

OLOMOUC, MMZ (2021/07): Muž, roč. 1978, žije v lese mimo město Olomouc. V noci byl bezdůvodně neznámými lidmi napaden, pobodán, polit benzínem. Dva dny ležel v lese, než se mu podařilo dostat k lidem a požádat o pomoc. Byl převezen do FN Olomouc na oddělení urgentního příjmu. Vzhledem k ebrietě přes 2 promile byl odeslán na záchytku. Tam vyhodnotili, že jeho stav záchytce neodpovídá, a poslali jej zpět na urgentní příjem, kde byl ošetřen. Upozorňoval prý zdravotníky na bolest v LDK, ale ti tento problém neřešili. V pondělí 26.7.2021 ráno se dostavil do ordinace, kotník LDK měl oteklý, profialovělý a tvrdil, že má v 10 h kontrolu ve FNOL. Kvůli bolesti nebyl schopen chůze, převoz pacienta zajistili terénní pracovníci charitním vozem. Odpoledne téhož dne po ordináčnících hodinách byl pacient vysazen sanitkou na dvoře Charity s dlahou na LHK, nechodící sádkou na LDK a berlemi, které v tomto stavu nebyl schopen použít. Byl umístěn na leženku, sestra ordinace kontaktovala OLÚ v Červené Vodě, kde ale nebylo volné místo. Dále kontaktovala DSA, kde bylo místo pouze v patře. Muž nebyl schopen kvůli dlaze horní končetiny používat berle, proto chodil do schodů po kolenou – noclehárna Charity je také v patře a nedisponuje bezbariérovým zařízením. Ze stejného důvodu – absence bezbariérového přístupu v DSA – nebylo vhodné přijmout pacienta tam. V úterý 27. 7. 2021 proběhla konzultace sestry a vedoucího nocležny ohledně situace pacienta. Pracovníci zhodnotili, že ze strany FNOL nebylo adekvátním řešením vysadit pacienta na Charitě, která není zdravotnickým



zařízením pro nechodícího pacienta. Personál ordinace rozhodl odeslat pacienta zpět do FNOL s doporučením k hospitalizaci nebo k umístění ve vhodném zdravotnickém zařízení. Odvoz do nemocnice a hospitalizaci však pacient rázně odmítl s tím, že raději půjde i v tomto stavu na ulici než do nemocnice. Vedoucí nocležny poté domluvil s vedoucím DSA umístění pacienta v DSA na krizovém pokoji, který je v přízemí, kam byl pacient druhý den převezen. Při kontrole na traumatologii, který proběhla 29.7.2021 byla pacientovi sejmuta dlaha z LHK (kterou měl z důvodu efektivnějšího hojení bodných ran). Pacient již byl tedy schopen používat berle a mohl se v rámci DSA přesunout z krizového pokoje na volné lůžko v patře. V DSA mu byl umožněn krátkodobý pobyt do zhojení a vyléčení.

KAZUISTIKA č. 22

OLOMOUC, MMZ (2021/10): Muž ročník 1952. Starobní důchodce pobírající důchod do 5 000 Kč, poslední bydlení měl u matky, když zemřela, zůstal na ulici. PMT ho opakovaně kontaktoval před olomouckými supermarkety, kde žebrol. Muže v minulosti srazilo auto, tudíž se pohybuje pomocí francouzských holí a také špatně artikuluje. Terénní pracovníci ho informovali o možnosti navštěvovat ordinaci, denní centrum či noclehárnu včetně možnosti podat si žádost o bydlení na AD. Muž se na CHO skutečně dostavil a byl přednostně přijat na AD.

KAZUISTIKA č. 23

OLOMOUC, MMZ (2021/11): Muž, roč. 1970, ordinaci navštívil poprvé, chodil o francouzských berlích, prý byl hospitalizován, ale zprávu z nemocnice neměl. Pracovníci zjistili, že byl muž vysazen ze sanitky na dvoře CHO po propuštění z LNPLNP ve Dvorcích. Na CHO byl umístěn na ležence, poté předán do služby sociálních pracovníků (hledání bydlení). Pacient se za několik dnů opět dostavil do ordinace, dle zdravotní zprávy byl propuštěn z FN Olomouc, kde ho hospitalizovali pro těžké zánětlivé onemocnění jícnu. Dostal recepty na léky, ale neměl na doplatky. V lednu jej čeká další gastroskopie ve FN. Byla mu zajištěna leženka na 4 dny a uhrazeny doplatky na léky v lékárně. Následně se sociální pracovníci řešil bydlení (AD Řepčín + obec v místě trvalého bydliště).

KAZUISTIKA č. 24

OLOMOUC, MMZ (2021/12): Muž roč. 1955. Pobýval asi měsíc na ulici, protože přišel o dům. Dostavil se do ordinace pro bolesti DKK, kde měl omrzliny a zároveň také popáleniny. Měl výrazné otoky až do stehů způsobené hydronefrózou. Pacient byl odeslán na urgentní příjem. Tam mu byly ošetřeny omrzliny a zaveden permanentní močový katetr. V tomto stavu byl propuštěn do péče praktického lékaře a v jeho případě na ulici. Dne 23.12.2021 přišel do ordinace se zprávami z lékařského oddělení ve FN. Znovu byl muži proveden převaz defektů a zajištěna hospitalizace v OLÚ Červená Voda.

KAZUISTIKA č. 25

OLOMOUC, MMZ (2022/02): Muž, ročník 1963 (nový pacient). Do ordinace Charity se dostavil muž, který pracovníkům sdělil, že byl napaden a okraden o veškeré úspory (cca 40 tisíc korun). V hospodě prý dostal ránu do obličeje a probral se až na urgentním příjmu. To se stalo poté, kdy ukončil práci u zaměstnavatele (bez smlouvy), který mu zajišťoval také bydlení. V ordinaci byl ošetřen (stehy na hlavě, na nose, provedena kontrola a převaz) a byl poslán na leženku. Kvůli přetrvávající bolesti hlavy a smrkání krve proběhla kontrola také na chirurgii ve FN. Terénní pracovníci pomohli klientovi s registrací na ÚP, včetně podání žádosti o příspěvek hmotné nouze. Situaci zkomplikovala skutečnost, že klient byl již evidovaný na ÚP v Brně. Po sérii telefonátů a několika návštěvách olomoucké pobočky se mu podařilo zaregistrovat v Olomouci a požádat o avizované dávky. V současné době hledá práci s bydlením, do té doby využívá charitní noclehárnu.

KAZUISTIKA č. 26



OLOMOUC, MMZ (2022/03): Muž, roč. 1963. Ordinaci navštívil muž (ročník 1963) po propuštění z LNPLNP Červená Voda. Tam byl umístěn po hospitalizaci ve FN s chronickým srdečním selháním, otoky a omrzlinami na obou nohách. Jeho stav byl stabilizován. Při kontrole bylo zjištěno, že má muž užívat antikoagulační lék vázaný na předpis kardiologa. Pacient však nebyl schopen si lék sám zajistit. Situaci řešila zdravotní sestra. Telefonicky lék objednala, zařídila doručení receptu na mobil ordinace a následně pacienta objednala na kontrolu ke kardiologovi. Za týden přišel pacient znovu do ordinace. Sděлил sestře, že ke kardiologovi nešel, ale zvládl se přejednat. Tři týdny poté muž přinesl zprávu z hospitalizace ve FN Olomouc pro akutní infarkt. Sestra musela pacienta opět přejednat. Dále bylo třeba řešit bezdoplatkovou variantu léku, který byl pacientovi v nemocnici předepsán (doplatek činil 1000,- Kč) a zajistit mu nový recept s nižším doplatkem. Muž byl následně umístěn na leženku a nasměrován k sociálním pracovníkům NDC pro potvrzení do lékárny o proplacení doplatků Charitou, a také aby mu pomohli hledat řešení jeho sociální situace.

KAZUISTIKA č. 27

Datum a místo prvního rozhovoru: 20. 10. 2021, Ostrava

Datum a místo druhého rozhovoru: 7. 4. 2022, Ostrava

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, 1958

Místo kde CS bytoval: azylový dům

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

S rodinou je ve sporadickém kontaktu („mají svoje starosti“). Nyní je půl roku v azylovém domě, předtím pobýval tři měsíce na ulici, když ho vyhodili z bytu, také spával na noclehárně. Může tu být ještě další půlrok. Je nemocný, má rakovinu, dojíždí na ambulantní léčbu do nemocnice, ale vyhlídka na vyléčení není. Má bolesti, řeší je s pomocí pilotní ordinace. Je kuřák, ale kvůli nemoci to poslední dobou omezuje, uvádí s jistou hrdostí, že už je jen na 10 cigaretách denně. Snaží se o sebe dbát. Byl uznán invalidním, ale nemá nárok na invalidní důchod, je v evidenci úřadu práce. Pobírá dávky hmotné nouze. Má dluhy, splácí po 200,- Kč měsíčně. S ohledem na věk a nemoc se na práci určitě necítí. Chodí o berlích, pohybuje se s obtížemi. Chtěl by požádat o pečovatelku, ale údajně to nejde, to by musel být na vozíku. Působí rezignovaným, bezmocným, smutným dojmem.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období:

- Léčil se s pokročilým stádiem onkologického onemocnění, dojížděl s pomocí zdravotnické dopravní služby na ambulantní léčbu do FN. Z azylového domu ho při akutním zhoršení odvezla do nemocnice i záchranná služba.
- Zhoršil se stav pohybového aparátu (o berlích), objevily se bolesti.
- Pobýval v hospici, ale vyžádal si návrat zpět do azylového domu, cítil se tam osamělý, i když péče byla dobrá.
- Byl očkovan v pilotní ordinaci proti covidu a proti chřipce, pilotní ordinace mu poskytuje léčbu bolesti.

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Pomáhají mu tady zvládat bolest, to funguje. Zaregistroval se tu v době, kdy nastupoval do azylového bydlení (zároveň mu vystavili lékařskou zprávu pro azylový dům). Je tu spokojen, nebude to měnit, má k nim důvěru.

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)



Nepostrádá žádnou zdravotní péči, nevidí v ní přínos. Pomohla by mu pečovatelka, na tu však nesplňuje kritéria.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Bere vícero léků (šest, sedm). Dostává je zde v azylovém domě z dávkovače, který mu připravuje sestra. Léky si sám nevyzvedává, tudíž nedoplácí. Dostává také náplasti proti bolesti.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Nedokáže formulovat, jakou alternativu by si představoval, s nynější podobou je spokojen („jsou zlatí“). Obecně má dobré zkušenosti se systémem zdravotních služeb.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Využívá azylové bydlení.

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Využívá porady sociálních pracovníků Armády spásy.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Registrován na ÚP, invalidita bez nároku na důchod

Pracuje? Je v pracovní neschopnosti.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Zhoršil se klientův zdravotní stav, pohybuje se hůř. Je zřejmý i psychický propad, klient cítí bezmoc a rezignaci. Nemá už žádné plány, žádná očekávání, snaží se udržet si dosavadní kvalitu života.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Klient má možnost díky péči pilotní ordinace dožít mezi lidmi, jejichž společnost si přeje. Pobyt v hospici pro něj znamenal osamění.

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Nebyly pro tohoto klienta zjištěny.

Zjištěné příklady dobré praxe

Pilotní ordinace je schopna díky spolupráci se sociální službou a specializovanými poskytovateli zdravotních služeb de facto zvládnout paliativní péči o pacienta v terminálním stádiu onkologického onemocnění. Pacient tuto formu upřednostňuje před specializovaným zařízením díky osobním vztahům a mimořádné míře důvěry v personál.

KAZUISTIKA č. 28

Datum a místo prvního rozhovoru: 20. 10. 2021, Ostrava

Datum a místo druhého rozhovoru: 7. 4. 2022, Ostrava

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, 1977



Místo kde CS bytoval: azylový dům

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je svobodný, bez domova je přibližně dva roky, předtím bydlel u matky. Během posledních dvou let byl v sociálním bydlení, také spal na noclehárně, v azylovém domě. S rodiči a sourozenci se vídá, s matkou skoro každý den. Má po úrazu kotníku, takže chodí s obtížemi, také trpí psychickými potížemi (deprese), kvůli kterým byl hospitalizován na psychiatrii a nyní se léčí v psychiatrické ambulanci. Uvádí závislost na cigaretách. Je veden v evidenci úřadu práce, bere dávky hmotné nouze. Dluhy má, ale o oddlužení neuvažuje. Na práci se psychicky necítí, snaží se vyřídit si invalidní důchod. Spolupracuje, snaží se o vstřícnost, i když jeho naladění je spíše negativní.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období:

- Pobýval dva týdny v psychiatrické nemocnici, byl tam přivezen zdravotnickou záchrannou službou po psychickém kolapsu, ale nevyhovoval mu tamní režim.
- Nyní se léčí s depresemi ambulantně, dochází na kontroly každé tři měsíce.
- Má po úraze kotníku, pociťuje omezenou pohyblivost, hůře chodí.
- Docházel s kotníkem na ambulantní rehabilitaci, byl spokojen s přístupem i léčbou.

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Je v pilotní ordinaci registrován. Vystavili mu potvrzení pro azylový dům, taky mu udělali test na covid, když se potřeboval někde prokázat. Řešil s nimi nohu a „nějaké další maličkosti“. Je tu spokojen.

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Chybí mu zubař, jiné bariéry nebyly zjištěny.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Bere léky proti depresi, předepisuje mu je psychiatr v ambulanci, kam dochází jednou za tři měsíce. Doplatky zatím zvládá, nějaké léky dostal napřímo i v pilotní ordinaci.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Žádné alternativy ho nenapadají.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Využívá azylové bydlení a sociální poradenství.

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Využívá doprovod sociálních pracovníků ze služby Trigon Ostrava, když je ve špatném psychickém stavu, a poradenství Armády spásy.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Registrován na ÚP, žádá o invalidní důchod

Pracuje? Ne, nedovoluje mu to psychický stav.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)



Klientova sociální situace se nezměnila, lepší se stav kotníku, takže lze očekávat, že se zmírní omezení pohybu. Psychický stav udává klient nadále nepříliš dobrý, ale s ambulantní psychiatrickou péčí vyjadřuje spokojenost. Pociťuje nejistotu, obavy z budoucnosti. Východisko vidí v přiznání invalidního důchodu.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Ordinace umožnila vstup do azylového bydlení a nadále pečuje o pacienta jako registrující poskytovatel primární péče, přičemž poskytuje i služby nad tento rámec (dávkování léků předepsaných psychiatrem, testy na koronavirus).

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Nebyly pro tohoto klienta zjištěny.

Zjištěné příklady dobré praxe

Díky stálému kontaktu se sociálními pracovníky v azylovém bydlení dokáže ordinace plnit nejen úlohu praktika, ale dohlédnout i na účelnost vynaložené léčby specialistou (dávkování léků předepsaných psychiatrem).

KAZUISTIKA č. 29

Datum a místo prvního rozhovoru: 20. 10. 2021, Ostrava

Datum a místo druhého rozhovoru: 7. 4. 2022, Ostrava

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, 1953

Místo kde CS bytoval: azylový dům

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je rozvedený, ale je v pravidelném kontaktu s dětmi a vnoučaty. Poprvé se ocitl na čas na ulici v šedesáti letech. Před rokem ho vyhodili z bytu, pak bydlel u syna, ale pro neshody odešel do azylového bydlení. Má dlouhodobé potíže s koleny a zády, ztížený pohyb. Uvádí závislost na cigaretách. Před dvěma lety byl hospitalizován s infarktem, jinak má zkušenosti se systémem zdravotní péče minimální. Je evidován na úřadu práce, o nároku na starobní důchod či na dávky hmotné nouze uvádí rozporuplné informace, nelze se dobrat jednoznačného závěru, zda pobírá starobní důchod, nebo dávky hmotné nouze. Dluhy údajně nemá. Ochotně odpovídá, snaží se vyhovět.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období:

- Dobu pandemie pociťoval negativně, vnímal ohrožení zdraví, nemá už tak dobrou imunitu. Snažil se vyhýbat lidem z bezdomovecké komunity, hlavně mladším, „je to samý feťák“.
- Kromě docházení do pilotní ordinace, kde mu léčili bolest zad, má ortopeda v Ostravě, kde se léčí s koleny a zády.
- Hospitalizován byl na posled předě dvěma lety s infarktem, do interní ambulance nedochází, jinou zdravotní péči nečerpá.
- Byl očkován proti covidu v očkovacím centru ve Vítkovicích.

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika



Je v pilotní ordinaci registrován od okamžiku, kdy ho vyšetřovali pro účely azylového bydlení. Je tu spokojen, nic by neměnil, řešil s nimi hlavně bolest zad.

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Nemá zubaře, sice ho nepotřebuje akutně, ale pociťuje jako problém, že nemá přístup k prevenci.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Léky momentálně nebere, když bral, doplácel padesát nebo sto korun, to nebyl problém.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Nemá návrhy na alternativu k péči, s touto formou je spokojen.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Využívá azylové bydlení. Dochází na jídlo poskytované sociálními službami a pro poradenství.

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Má sociální pracovníci v organizaci Rubikon, využívá i poradenství poskytované Armádou spásy.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Je v důchodovém věku, ohledně pobírání starobního důchodu uvádí rozporné informace.

Pracuje? Ne, je starobní důchodce, práci už neplánuje.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Klientova sociální situace se jeví jako nezměněná, stejně tak zdravotní stav. Ohledně sociální situace (nárok na starobní důchod) uvádí rozporuplné informace, ale nepociťuje je jako výrazný problém. Své potřeby ohledně zdravotní péče označuje jako naplněné, zdravotní potíže bere jako daný stav, u nějž neočekává zlepšení.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Zajištění primární péče i při ztrátě bydlení, možnost získat potvrzení a lékařské zprávy (vyšetření pro azylový dům).

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Nedostupnost zubní péče.

Zjištěné příklady dobré praxe

N/A.

KAZUISTIKA č. 30

Datum a místo prvního rozhovoru: 20. 10. 2021, Ostrava

Datum a místo druhého rozhovoru: 7. 4. 2022, Ostrava

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, 1989



Místo kde CS bytoval: azylový dům

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je svobodný, s rodinou nebyl v kontaktu, nyní se občas vídá s matkou. V azylovém domě je šest týdnů, předtím byl bez domova asi dva roky, přespával u kamarádů, venku, kde se dalo. Po napadení nožem přede dvěma lety má omezenou hybnost ruky. Léčí se s psychiatrickými obtížemi, je závislý na cigaretách. Pacientem pilotní ordinace je asi rok. Má přiznaný invalidní důchod prvního stupně, který si vyřídil za pomoci sociálních pracovníků, a chce žádat o stupeň druhý. Byl registrován na úřadu práce, nyní pracuje v chráněné dílně. Má nějaké dluhy, ale neví, jak by řešil oddlužení. Působí roztěkaně, snaží se mít rozhovor co nejdřív za sebou.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období:

- Byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici, nyní dochází jednou měsíčně do psychiatrické ambulance.
- Byl hospitalizován v souvislosti s úrazem ruky, zůstaly mu trvalé následky v podobě omezené hybnosti, momentálně s rukou dochází na neurologii (docházel též na rehabilitaci, ale dle jeho slov mu to nepomohlo).
- Zařídil si očkování proti covidu, týden pobýval v karanténním domě.

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Když něco potřebuje, třeba nějaké potvrzení, pomohou mu. Je tu registrován asi rok. Někaké výhrady má, ale dle svých slov o nich nechce mluvit.

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Nemá zubaře, všichni mají plno.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Užívá jeden psychiatrický lék, „neřekne jaký“, ale je bez doplatku. Kdyby musel, doplatek by zvládl.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Nic ho nenapadá.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Využívá azylové bydlení a poradenství.

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Nemá „svého“ sociálního pracovníka, může se obrátit na kohokoli, jsou ochotní a pomůžou. Pomohli mu např. vyřídít doklady.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Má přiznaný invalidní důchod I. stupně, bude žádat o druhý.

Pracuje? Pracuje v chráněné dílně.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)



Klientův stav je patrně stabilní po stránce zdravotní, uvádí v detailech odlišné údaje než minule. Zřejmě obnovil částečně rodinné kontakty. Velkým posunem je získání zaměstnání v chráněné dílně – chválí si, že má příjem z práce i z invalidního důchodu, doufá v přiznání vyššího stupně invalidity, a to i ve spolupráci s lékařkou pilotní ordinace. V současnosti čerpaná zdravotní péče mu vyhovuje a pomáhá.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Ve spolupráci se sociální službou dopomohla ordinace klientovi k invalidnímu důchodu, vystavila lékařskou zprávu pro zaměstnavatele, řeší průběžné potřeby v oblasti primární péče.

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Chybějící péče zubního lékaře.

Zjištěné příklady dobré praxe

Pilotní ordinace je schopna zajistit pacientovi ve spolupráci se sociálními pracovníky potřebné informace a lékařské zprávy k řešení sociální situace (bydlení, žádost o invalidní důchod atd.).

KAZUISTIKA č. 31

Datum a místo prvního rozhovoru: 1.11.2021, Pardubice

Datum a místo druhého rozhovoru: 21.4.2022, Pardubice

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, věk 59 let

Místo kde CS bytoval: Pardubice, terén

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Není v kontaktu s odrostlými dětmi, rodiče zemřeli, se sestrou jsou v kontaktu občasné. Na první pohled je zřejmá mimořádná hygiena CS, i když bydlí ve stanu (doslova jako ze škatulky – pozn. eval.). Bydlí venku ve stanu (6 měsíců), bez domova je už několik let (chvíli venku, například v zahradní chatce, chvíli jinde), přes den pracuje, pokud je práce. Za prací se dříve stěhoval, bydlel s přítelkyní (Skuteč, Horní Počernice).

Do pilotní ordinace chodí již 3 roky, je se službami spokojený (chodí i na prevenci, získává tam lékařské zprávy pro zaměstnavatele), nechodí ke specialistům, netrpí vážnějšími potížemi. V krizových situacích se obrací na pracovníky denního centra.

Má potíže se žaludkem, absolvovat operaci (závislost na kávě a cigaretách, odstraněna část žaludku, nebyla pryč tehdy práce, nervy, stres, žaludeční vředy), užívá na to bezdoplatkový lék.

Není registrován na ÚP (konflikty), nemá nárok na invalidní důchod. Oddlužení neabsolvoval, druh má údajně jen malý.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byl:

- Neměl chvíli OP, ukradli mu ho i s batohem, vyřídil si sám
- Je očkovaný proti COVID-19
- Chodí na prevenci do pilotní ordinace
- Našel si práci od prvního setkání (vykládka kamionů)



Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Chodí na prevence, dostává výpisy pro zaměstnavatele, je spokojen.

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Neudává.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Nolpaza, na žaludek.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Nemá.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Noclehárnu a denní centrum.

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci? Pomáhají v krizových situacích, „teréňáci o nás vědí“.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? NE, kvůli tomu, že je dle svých slov „nevymáchaná huba“, zrušili registraci.

Pracuje? ANO

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Našel si práci (vykládka kamionů), v době prvního dotazování práci ještě neměl.

Positivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Chodí na prevenci, zdravotní stav se nezhoršil. Klient-pacient je na první pohled ve velmi dobré psychické i fyzické kondici. Od operace žaludku upravil životosprávu („jím málo a často, od r. 2010).

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Neuvádí.

Zjištěné příklady dobré praxe.

Nebyly zjištěny.

KAZUISTIKA č. 32

Datum a místo prvního rozhovoru: 1.11.2021, Pardubice

Datum a místo druhého rozhovoru: 21.4.2022, Pardubice

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, věk 69 let

Místo kde CS bytoval: Pardubice, terén

Celkový popis situace osoby CS



Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je vdovec (13 let), manželka zemřela, 3 děti žijí v cizině (Anglie), sem tam se vídá s tchýní. Zůstal v ČR kvůli úrazu. Po smrti ženy se dostal do péče psychiatra, pomohli mu. Využívá služby noclehárny (již 3 roky, měl problém jinde sehnat bydlení), nepracuje (špatná chuze, po autonehodě), udává několik diagnóz: rakovinu tlustého střeva (ale prý nebere žádné léky), údajně se vyléčil se z rakoviny (2020) a leukémie (2019). V únoru 2022 si zlomil kyčel, absolvoval rehabilitaci. Chodí k ortopedovi. Služby pilotní ordinace využívá nárazově.

Udává, že pracuje jako stavař, ale sociální služba toto vyvrátila.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byl:

- Měl zlomenou kyčel, absolvoval rehabilitaci
- Je očkovan proti COVID-19
- Pilotní ordinace mu vystavila lékařskou zprávu namísto jeho ošetřujícího lékaře (údajně v Táboře)
- Se zády chodil k ortopedovi

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Používá podle potřeby, funguje to podle něj dobře.

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Opakovaně uvádí, že léky neužívá. Když léky bral, doplatek nebyl problém.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Nemá.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Noclehárnu a denní centrum

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci? Stará se sám.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Není jasné.

Pracuje? CS podal mylnou informaci, nepracuje.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Chodil během projektového období k ortopedovi, bolesti zad ustoupily. Udávaná vážná onemocnění nelze ověřit (zmiňuje několik typů rakoviny, během prvního a druhého dotazování).

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Zmírnění bolesti zad, pilotní ordinace umožňuje zprostředkovat v místě kontaktního bydliště základní péči a pomoc, odesílá ke specialistům.

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Neuvádí.



Zjištěné příklady dobré praxe.

Nebyly zjištěny.

KAZUISTIKA č. 33

Datum a místo prvního rozhovoru: 1.11.2021, Pardubice

Datum a místo druhého rozhovoru: 21.4.2022, Pardubice

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: Ž, 62 let

Místo kde CS bytoval: Pardubice, terén

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Má rodinu na Slovensku, je s ní v telefonickém kontaktu (se dvěma dcerami ano, se dvěma syny ne). Už 13 let bydlí sama venku na veřejných prostranstvích, v zimě využívá služeb noclehárny a denního centra, na Slovensko se vrátit nechce. Během covidu bydlela v „plechárně“, platilo město, organizovalo SKP. SKP ji také nejvíce pomáhá v krizových situacích.

Má zraněnou ruku (špatně zhojený úraz), je závislá na alkoholu a kouří. Léky neužívá pravidelně, ale pokud dostane recept, může si jej doplatit z důchodu. Není občanem ČR, problém se dostat ke specialistům.

Má dluhy na pokutách, pobírá starobní důchod.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byl:

- Byla hospitalizována v nemocnici kvůli kolapsu, 5 dní, péče dobrá (ale zdravotní personál záchranky nebyl údajně příjemný, nevěřili, že má těžký stav)
- Dobírala léky, které dostala v nemocnici, na doplatky ale má
- Původně očkování proti COVID-19 nechtěla, ale ve sledovaném období se nakonec nechala naočkovat jednorázovou vakcínou (nebylo to v nemocnici, ale v kontaktním místě)
- Dostala zdarma zdravotní průkaz v pilotní ordinaci (v běžných ordinacích se za tyto průkazy, potvrzení o bezinfekčnosti atd., platí)

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Využívá příležitostně služeb pilotní ordinace, dostala zdarma zdravotní průkaz (v běžných ordinacích se za tyto průkazy, potvrzení o bezinfekčnosti atd., platí. Spokojená.

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Není občanem ČR, problém se dostat ke specialistům.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Nespecifikovala, neužívá pravidelně.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Nenapadá ji alternativa.

Sociální pomezí



Využívá sociální služby? Ano, noclehárnu a služby denního centra

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci? Pomohli zařídit důchod, OP.

Má u sebe občanský průkaz? ANO.

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Má starobní důchod ze Slovenska (má odpracováno).

Pracuje? NE, kvůli omezení hybnosti ruky.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Nebyla ve sledovaném období hospitalizována, bez kolapsů.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Zdravotní stav se nezhoršuje, nepříbyly nové diagnózy ani hospitalizace, i když přetrvává závislost na alkoholu. Klientka není motivována k přesunu pod střechu, zejména samostatné bydlení jí vyhovuje.

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Není občankou ČR, problém se dostat ke specialistům.

Zjištěné příklady dobré praxe.

Vydávání potvrzení (zdravotní průkaz, potvrzení o bezinfekčnosti) zdarma pro pacienty CS.

KAZUISTIKA č. 34

Datum a místo prvního rozhovoru: 1.11.2021, Pardubice

Datum a místo druhého rozhovoru: 21.4.2022, Pardubice

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, věk 65 let

Místo kde CS bytoval: Pardubice, terén

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Neuvádí rodinný stav, má sestru, přestali být v kontaktu. V krizových situacích mu nejvíce pomáhá SKP-Centrum. Přišel o byt v Pardubicích kvůli finančním problémům. V zimě přespává na noclehárně, jinak ve stanovém městě v lese (již 4 roky, celkově bez domova 6 let). ZZS ho vezla opakovaně na hospitalizace (uvádí, že 3x). Má zkušenosti s LNPLNP.

Má dlouhodobé potíže po infarktu (před 4 lety). Nemá závislosti, užívá léky na srdce, krevní oběh, odvodnění, užívá je pravidelně. Dříve je proplácelo SKP ze svých fondů, nashromáždil si do zásoby, teď si musí doplatky platit sám, bude mít problém, až mu dojdou. Chodí ke kardiologovi.

Během pandemie přišel o práci, možnost zaměstnání bylo méně. Absolvoval oddlužení v rámci Milostivého léta (částečně stále v řešení), zatím není dostatečně motivován vyřídit si starobní důchod.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byl:



- Odvezen sanitkou 2020, na poč. pandemie, akutní srdeční příhoda
- Byl doočkován třetí dávkou proti COVID-19
- Neudržel si práci během pandemie
- COVID-19 paradoxně umožnil využívat péči (více pozornosti pro tuto CS), 10 dní bydlel v izolaci v humanitárním zařízení
- Chodí pravidelně na prevenci do pilotní ordinace (měření tlaku – naposledy byl na poč. 2022).
- Přestal být v kontaktu se sestrou.
- Absolvoval oddlužení v rámci Milostivého léta (řešilo se přes exekutora, má ještě dluh 9000 Kč, nyní je problém s exekutorem, v řešení)

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Chodí pravidelně na prevenci, spokojen.

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Problém s hrazením doplatkových léků.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Užívá doplatkové léky na srdce, krevní oběh, odvodnění, užívá je pravidelně. „Bral 8 léků bezdoplatkových, ale nyní už je 6 z nich s doplatkem.“

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Nenapadá ho.

Sociální pomezí

Vyžívá sociální služby? Hlavně bydlení (přespání) a služby denního centra

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci? Viz výše. Motivují k vyřízení starobního důchodu.

Má u sebe občanský průkaz? ANO, i průkaz pojištěnce.

Dochází na úřad práce, ČSSZ? NE

Pracuje? NE, přišel o práci.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Více o sebe pečuje („více se oblíkám“, „chodím pomaleji“), motivován vyřídit si starobní důchod.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Neudržel si práci během pandemie. Absolvoval oddlužení v rámci Milostivého léta, zatím není dostatečně motivován vyřídit starobní důchod.

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Neuvádí žádné překážky nebo chybějící péči.

Zjištěné příklady dobré praxe.

Úhrada doplatků sociální službou za léky.

KAZUISTIKA č. 35



Datum a místo prvního rozhovoru: 1.11.2021, Pardubice

Datum a místo druhého rozhovoru: 21.4.2022, Pardubice

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, roč. 1975

Místo kde CS bytoval: Azylový dům pro muže, Pardubice

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je rozvedený, matka zemřela, o otci neví, má 3 bratry, se kterými se nestýká a dceru 25 let, se kterou se také nestýká. Rozvodem přišel o dům, bydlel pak v Litomyšli u známého v bytě a poté bydlel 2018-2020 na ubytovně, přišel o práci (vyráběl disky v průmyslové zóně) kvůli žaludečnímu záchvatu a následné pracovní neschopnosti. Než se v létě 2021 dostal do azylového domu, bydlel pod mostem (dostal parazity, nulová hygiena).

Po rozvodu jej začal trápit žaludek (dvanácterník, žaludeční vředy), problémy již 15 let. Má problém s nohama (celodenní bolesti, křeče), má zahojené nohy i ruce díky zdravotní péči pilotní ordinace (defekty), pravidelně se převazovaly. Chodí na neurologii, pravidelně chodí na vyšetření. Pravidelně užívá hořčíc, vápník, na bolesti bere Tramal (2x denně). Řeší závislost na alkoholu (chod do Laxu - Sociální a adiktologické služby pro abstijnující uživatele nelegálních drog, alkoholu), v roce 2017 byl v Brně na protialkoholní léčbě. Stále pije, ale nárazově.

Má dluhy na zdravotním pojištění, ale teď nemá jak řešit, aby mohl řešit insolventi, potřebuje práci, momentálně je v pracovní neschopnosti. Bere podporu v hmotné nouzi.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byl:

- Byl očkován na COVID-19
- V červenci 2020 byl hospitalizován kvůli defektům na nohou, má s nemocnicí špatné zkušenosti, na chirurgii jej nechtěli převázat, městská policie jej odvezla sanitkou, do Semtína k praktické lékařce, ta jej také odmítla ošetřit
- Dostal se do péče pilotní ordinace a následně do ubytování na azylovém domě, kam denně chodila sestra na převazy, zaléčily se defekty na nohou i rukou

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Výborná, skvělé sestry, převazy. Zdravotně-sociální personál tvoří jeho momentální oporu v životě. Doktorka s ním mluvila otevřeně, velká psychická vzpruha.

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Čekací doba na neurologii je 2 měsíce.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Neužívá, dostává injekce vit.B12. Dostává recept na vazelínu (bezdotkatkový).

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Každá pomocná ruka je dobrá.

Sociální pomezí



Využívá sociální služby? Humanitární ubytování Naděje. Prostředí azylového domu je pro něj ale celkem stresující, „mentalita lidí je tu šílená“.

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Pomohli motivovat k vyřízení dokladů, ale úřady si obešel sám. Vyřídili dávky.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? ANO, bere podporu v hmotné nouzi.

Pracuje? NE, neschopnost

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Nejvýraznější změna je, že již nechodí o berlích, i když je chůze stále bolestivá (více nohy namáhá). Zaléčily se mu rány na ruce. Sdělil, že více pečuje o životosprávu („omezil jsem bůček, jím více zeleniny“), začal cvičit. Sám udává, že od pobytu v AD se jeho zdravotní stav „rozhodně zlepšil“.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Zaléčení akutního stavu na nohách a také ran na rukách. „Stále jsem ale ve stresu (nemám práci a bydlení)“.

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Dlouhé čekací doby u lékaře.

Zjištěné příklady dobré praxe

Docházení sester na AD za účelem intenzivních převazů (výrazné zdravotní zlepšení, velký efekt).

KAZUISTIKA č. 36

PARDUBICE, MMZ (2020/08): Klientka, 48 let, žije dlouhou dobu na ulici. V posledním období se její zdravotní stav zhoršil, projevem je výrazné omezení pohybu. Terénní pracovníci zajistili invalidní vozík a předali informaci o možnostech poskytnutí zdravotní péče a možnostech NDC. Klienta motivovaná zhoršením zdravotního stavu projevila o nabídnuté službě zájmem. Následně jí byla poskytnuta základní hygiena a lékařské vyšetření. Na základě lékařského ošetření byla klientka informována o svém zdravotním stavu s možností získání invalidního důchodu. Nyní klientka pravidelně navštěvuje ordinaci, kde řeší svůj zdravotní stav, je jí poskytován pravidelné ošetření. Dále je také pravidelnou návštěvnicí NDC a s terénními pracovníky aktivně spolupracuje na získání invalidního důchodu.

KAZUISTIKA č. 37

PARDUBICE, MMZ (2020/11): Žena, 43 let a muž, 51 let, oba žijící řadu let na ulici nebo v příležitostných ubytovnách (squat). V rámci terénního výjezdu kontaktovali pracovníky. Při vyšetření obou klientů jim byl diagnostikován parazitický roztoč zákožka svrabová, který způsobuje onemocnění zvané svrab. Následně oba klienti byli vyzváni, aby se dostavili do ordinace NDC. Lékařka poskytla pacientům Permethrin, který na kůži působí po dobu 12 hodin. Klienti byli informováni, že mast si musí aplikovat každý den na celé tělo a tomuto úkonu by měla předcházet velmi důkladná tělesná hygiena. Při následných návštěvách zdravotníků v terénu a provedených kontrolách bylo zjištěno, že oba klienti se parazitických roztočů úspěšně zbavili.

KAZUISTIKA č. 38

PARDUBICE, MMZ (2020/12): Muž, 42 let a muž, 38 let, dlouhodobě žijící na ulici. V rámci terénní práce bylo oběma klientům vzhledem k otevřeným ranám na dolních končetinách doporučeno navštívit ordinaci. V krátké



dobře po tomto doporučení oba klienti navštívili ordinaci praktické lékařky. Zde jim bylo poskytnuto ošetření v plném rozsahu dle závažnosti diagnózy. Následně bylo oběma klientům doporučeno pravidelně, nejlépe každý den, přijít do ordinace za sestrou k provedení převazu. Muž 42 let se tímto doporučení lékařky řídí a na převaz se dostavuje pravidelně každý den ve stanovenou hodinu. Muž 38 let se na převazy dostavuje naprosto nepravidelně a v nepředvídatelných časech. Pro pracovníky ordinace je přístup prvního pacienta velmi motivační, je povzbudivý jeho zájem a přístup k jeho zdravotnímu stavu. Druhý pacient je typickým zástupcem cílové skupiny (*žijící v terénu – pozn. eval*).

KAZUISTIKA č. 39

PARDUBICE, MMZ (2021/07): Muž, 50 let, pochází z Moravy. V předchozím období, cca 2 roky žil v Pardubicích na ubytovně. Pracoval na brigádách, především na stavbách. Nyní je 3 měsíce bez domova – žije ve stanu pod mostem. Do ordinace byl dopraven terénním týmem z důvodu defektů na obou dolních končetinách. Příčinou defektů byla zřejmě třídní chůze v mokré obuvi. Klient je aktuálně bez finančních prostředků a bez možnosti získání brigády. Pracovníci terénního týmu doprovodili klienta na ÚP a na sociální odbor. Klient pravidelně každý den docházel do ordinace na převazy. Ve službě, která je v sousedství ordinace – NDC, následně tráví celý den. Od 6. 8. 2021 se podařilo pro klienta zajistit ubytování v Azylovém domě pro muže. Na převazy nadále klient dochází pravidelně - každý den. Stav defektů na dolních končetinách je výrazně zlepšen.

KAZUISTIKA č. 40

PARDUBICE, MMZ (2021/08): Žena, 53 let, žijící v karavanu u řeky Labe. Na pravé dolní končetině má absces. Klientka je dlouhodobě závislá na alkoholu. Při požití většího množství alkoholu má inkontinenci moči i stolice. Terénní tým ji dle aktuálního stavu odváží do ordinace, pokud není ve stavu podnapilosti takovém, že by převoz nezvládla. Z ošetření má vždy velkou obavu a je pracovníky terénního týmu i pracovníky ordinace intenzivně uklidňována. Odmítá se nechat ošetřit zdravotní sestrou či lékařkou. Z důvodu alespoň nějakého ošetření klientka souhlasila, že si převazy bude provádět za dohledu zdravotního personálu sama. Zdravotní personál dohlíží a určuje, jak má klientka při převazu postupovat. Díky tomuto postupu se ráda pravidelně převazuje a je vidět velké zlepšení. Kompromisní přístup z obou stran zachránil klientce dolní končetinu od septického stavu. Pracovníci terénního týmu zajišťují klientce čisté oblečení a jídlo z potravinové banky.

KAZUISTIKA č. 41

Datum a místo prvního rozhovoru: 3.9.2021, Praha

Datum druhého rozhovoru: 22.4.2022, Praha

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: Ž, 1962

Místo, kde CS bytovala: v karavanu

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je rozvedená, s rodinou není v kontaktu. Bez domova je už 20 let, žije se stálým partnerem, bydlí spolu v karavanu, také spávali ve stanu v lese. Cítí se zdravá, žádné léky nebere, k žádným lékařům nechodí – jen když něco potřebuje, zajde do ordinace Naděje pro lidi bez domova, ale to je málokdy. Ze sociálních služeb využívá pouze jídlo. Dluhy nemá, je registrovaná na úřadu práce, takže zdravotní pojištění jí hradí stát. Žádný důchod ani sociální dávky nepobírá. Kouří cigarety, jiné závislosti nemá. Nejdůležitější je pro ni společnost partnera a jeho pomoc v každodenním životě. Působí vyrovnaně a spokojeně, při rozhovoru se hodně směje.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období:

Závěrečná zpráva projektu Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez přístřeší – PŘÍLOHY 128



- nenavštívila žádného poskytovatele zdravotních služeb, neřešila žádné zdravotní obtíže, které by si vyžádaly odbornou péči
- sestra jí v terénu ošetřila opařeninu a pak udělala i převaz
- nebyla očkovaná (prý pro kontraindikaci „po infarktu“), nebyla na žádné prevenci, dle svých slov „je zdravá jak řípa“, nepotřebuje chodit k doktorovi

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Když potřebuje, sem tam si do pilotní ordinace zajde, ale jenom málo. Kdysi (udává, že před čtyřmi lety) byla v ordinaci se žaludkem. Dostala tam léky, pomohli jí. Když ordinaci navštívila, dostala od tamější sociální služby i jídlo a oblečení. Až bude potřebovat zdravotní péči, zase tam půjde, je tam spokojená.

Bariéry zdravotní péče

Pandemie pro ni neznamena žádnou změnu ani omezení, žije pořád stejně. Jediné, co jí chybí, je zubař, protože „nikde neberou“. Potřebovala by se objednat, ale nemá kde.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Léky neužívá, nepotřebuje. Kdyby je brala a musela na ně doplácet, neměla by na to. Když potřebovala kdysi lék na žaludek, dostala jej podle svých slov rovnou v pilotní ordinaci.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Současný model péče, tj. přístup do pilotní ordinace, jí vyhovuje, je tam spokojená.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Chodí si pro jídlo od Naděje a od Armády spásy, jinak žádné sociální služby nevyužívá.

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Má svoji kurátorku v Letňanech, v Naději Praha jí pomohli zařídit doklady. Jinak nic nepotřebuje, dokáže si své věci zařídit.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Registrována na ÚP

Pracuje? NE, nemá to v plánu.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Klientka začala pociťovat potřebu zdravotního ošetření (zubní péče), jinak je její situace stabilní po všech stránkách.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Terénnímu týmu se podařilo „dát do pořádku tu opařeninu“. Klientka má jistotu ošetření v pilotní ordinaci, kdyby bylo třeba.

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Nedostatek kapacit zubních lékařů.

Zjištěné příklady dobré praxe



Efektivní práce terénního týmu, podařilo se ošetřit opařeninu ruky, pacientka si přišla i pro převaz, stav se zhojil bez komplikací a zdravotních následků.

KAZUISTIKA č. 42

Datum a místo prvního rozhovoru: 3.9.2021, Praha

Datum a místo druhého rozhovoru: 22.4.2022, Praha

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, 1956

Místo, kde CS bytovala: v karavanu

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je svobodný, rodiče jsou už po smrti. Žije s partnerkou v karavanu, také spávali ve stanu v lese. Už je na ulici přes dvacet let. Závislosti nemá, sem tam kouří tabák, ale „jen rekreačně“. Podle svých slov je zdravý, žádné obtíže nepociťuje, nic mu nechybí. Stálou práci nemá, někdy chodí nárazově do teplárny na brigádu, jedná se o práci nočního hlídače. Dluhy nemá, sociální dávky nečerpá, pobírá starobní důchod. Chodívá na jídlo od různých sociálních služeb, využije někdy možnost osobní hygieny. Nejdůležitější je pro něj partnerka, jsou spolu dlouhé roky, jsou jeden pro druhého velmi důležití, jsou spolu a nic jim nechybí. Je veselý, žertuje, působí spokojeně.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období:

- nenavštívil žádného poskytovatele zdravotních služeb, neřešil žádné zdravotní obtíže, které by si vyžádaly odbornou péči
- poslední zdravotní potíže řešil před patnácti lety se žaludkem, od té doby neměl se systémem zdravotních služeb žádný kontakt
- nebyl očkovan, nebyl na žádné prevenci

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Kdysi (před 15 lety) tam byl, byl spokojen. Ví, že tato možnost existuje i dnes, partnerka tam několikrát byla. Kdyby potřeboval, zašel by tam.

Bariéry zdravotní péče

Pandemie nezměnila jeho způsob života, jen nosil respirátor, hlavně ve veřejné dopravě. Žádné bariéry nepociťuje, nemocný není a zdravotní péči nepotřebuje.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Léky neužívá, nepotřebuje. Kdyby musel brát léky s doplatkem, „v nejhorším by si na to sehnal peníze na ulici“.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Ví, že má přístup do pilotní ordinace, tento systém mu vyhovuje.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Chodí si pro jídlo od Naděje a od Armády spásy. Ví, že s provozem pilotní ordinace je spojeno poskytnutí sociálních služeb (hygiena, jídlo, oblečení).



Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Nemá žádného „svého“ sociálního pracovníka. V Naději Praha mu pomohli vyřídít starobní důchod. Jinak si dokáže všechno zařídit sám.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Je starobní důchodce, dle svých slov je momentálně registrován i na ÚP.

Pracuje? Sem tam má nárazovou práci, jinak už na to nemá věk, pobírá starobní důchod.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Klientova situace zdravotní i sociální je stabilní, sehnal si od podzimu brigádu nočního hlídače.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

N/A

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

N/A

Zjištěné příklady dobré praxe

N/A

KAZUISTIKA č. 43

Datum a místo prvního rozhovoru: 3.9.2021, Praha

Datum a místo druhého rozhovoru: 22.4.2022, Praha

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, 1966

Místo, kde CS bytovala: v bytě, který zdědil, ale který se postupně stal neobyvatelným

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je svobodný, nemá žádnou rodinu. Je od svých 24 let v invalidním důvodu pro psychiatrickou diagnózu. Už deset let to má s bydlením „na střídačku“, vždy chvíli přebývá ve vlastním bytě, který je ale už neobyvatelný a má odpojené energie, a chvíli je venku. Má různé zdravotní obtíže, dochází s nimi ke specialistům, svého registrujícího praktika má, ale moc tam nechodí. Nepije, nekouří, závislosti nemá. Z invalidního důchodu mu kurátorka vždy přiděluje peníze na týden, sociální dávky nepobírá. Má velké dluhy, hlavně za poplatky na bytě. Hovoří ochotně, snaží se vyhovět, působí trochu úzkostným dojmem.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období:

- V létě 2021 mu praskly žíly na noze, hodně krvácel, málem zemřel. Vezla ho záchranná služba, byli moc hodní. Ležel v Thomayerově nemocnici, tam byl spokojen, pomohli mu.
- Chodí na kontroly ke svému psychiatrovi a také na ortopedii s kolenem. Ke své praktické lékařce moc nechodí, není tam spokojen, není ochotná, často se cítí odbytý.



- Nechal se očkovat proti covidu (v očkovacím centru).
- Pociťuje přetrvávající potíže po covidu prodělaném během zimy, stále má kašel.

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

- Má svoji praktickou lékařku, takže v pilotní ordinaci byl jenom dvakrát. Dle jeho slov „to tam bylo v pohodě“. Dostal tam i oblečení a jídlo, byli ochotní, byl spokojen.

Bariéry zdravotní péče

- Potřeboval by zubní ošetření, praskají a vypadávají mu zuby. Lékařka mu dala termín až za mnoho měsíců, byť je u ní registrován.
- Potřebuje žilní zákrok hrazený ze zdravotního pojištění, nabídli mu na klinice zákrok za přímou platbu, ale chtějí 5 000,- Kč, na to nemá peníze.
- Kvůli covidu mu odložili kontrolu kolene na ortopedii, bolí ho to, musí tam jít.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

- Bere psychiatrické léky dlouhodobě, jsou bez doplatku. Léky, které bral v souvislosti s onemocněním žil, byly s doplatkem, „musel si na to sehnat“.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

- Alternativy nežádá, má „své“ lékaře, dává přednost péči specialistů před péčí praktika.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby?

- Chodí si pro jídlo na Černý Most do vozu Naděje Praha a do Holešovic. Dostal jídlo a oblečení i v pilotní ordinaci, když tam byl.

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

- S úředními záležitostmi mu pomáhá jeho kurátorka na úřadu městské části.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Je v invalidním důchodu, na ÚP nedochází.

Pracuje? Nepracuje, pobírá invalidní důchod.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

- Klient při druhém rozhovoru pociťuje větší nedostatek zdravotních služeb (zubař, operace žil, odložená kontrola na ortopedii), má dlouhodobé následky covidu (nelepšící se kašel). Sociální a ekonomická situace se nezměnila.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

N/A.

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

- nedostatek kapacit zubního lékaře, odložení kontrol kolene kvůli covidu

Zjištěné příklady dobré praxe



N/A.

KAZUISTIKA č. 44

Datum a místo prvního rozhovoru: 3.9.2021, Praha

Datum a místo druhého rozhovoru: 22.4.2022, Praha

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, 1955

Místo, kde CS bytovala: sociální byt

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je rozvedený, s rodinou není v kontaktu. Celý život pracoval, měl firmu na renovaci nábytku, ale tu mu vyplavila povodeň v roce 2007. Na ulici se ocitl před čtyřmi roky, spával na ubytovně, v azylovém domě a nedávno dostal přidělený sociální byt, který má na tři roky. Podle sociálních pracovníků prý „není typ, co by patřil na ulici“. Chodí o holi, má potíže s kyčlí a s tím spojené bolesti, má diabetes. Psychicky se cítí dobře. Občas kouří cigarety, nepije, snaží se žít zdravě, vařit si kvalitní jídlo. Pobírá starobní důchod, práci mu jeho stav i věk už nedovolí. Dluží „něco málo“, o oddlužení neuvažuje. Je hovorný, ale věcný, působí vyrovnaně.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období:

- Docházel do ortopedické ambulance kvůli bolesti kyčle, byla mu několikrát odložena operace kvůli omezením operativy spojeným s pandemií.
- Nyní je po operaci, dostal endoprotézu a „dává se dohromady“. V nemocnici v Motole byl spokojen, jen zmiňuje malé porce jídla.
- Má svou praktickou lékařku tady v Praze, dochází na diabetologii.
- Uvádí, že se nechal očkovat proti covidu.

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

- V pilotní ordinaci nikdy nebyl, má své poskytovatele v běžné síti zdravotních služeb.

Bariéry zdravotní péče

- Odložená operace kyčle z důvodu pandemie nemoci Covid-19.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplateků, pravidelnost braní léků)

- Bere léky proti bolesti (v souvislosti s endoprotézou kyčle) a na ředění krve. Vybírá si lékárny, kde účtují menší doplatek, takže to jakž takž finančně zvládá.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

- Uvádí, že je o něj postaráno, má péči, kterou potřebuje.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Chodí si pro jídlo od Naděje Praha, dostal sociální bydlení od městské části.

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Pomohla mu sociální správa právě s přidělením bytu, dochází za ním sociální pracovnice z městské části. S úřady jedná sám, své záležitosti je schopen si vyřídit.



Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Je starobní důchodce, pobírá důchod.

Pracuje? NE, nedovoluje mu to zdravotní stav.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Situace klienta je stabilní po všech stránkách, podařilo se absolvovat operaci kyčle, nyní se zotavuje. Sociální bydlení mu umožňuje lepší péči o zdraví, sežene levné suroviny a může si vařit.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

–

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

–

Zjištěné příklady dobré praxe

Sociální bydlení umožnilo absolvovat náročnou operaci kyčle s propuštěním do domácích podmínek (klient z ulice by musel být umístěn na následné lůžko nebo by nebyl doléčen a výsledek léčby by byl zmařen).

KAZUISTIKA č. 45

Datum a místo prvního rozhovoru: 3.9.2021, Praha

Datum a místo druhého rozhovoru: 29.4.2022, Praha

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, 1952

Místo kde CS bytoval: Humanitární ubytování Naděje, Michle, Praha

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je svobodný, má sestry a bratra, ale není s nimi v kontaktu, nemá děti, původně pochází z Trutnova. Bez domova je podle svých slov zhruba 40 let, nepamatuje si už, jak se tam dostal (vzpomíná si, že přišel o byt). Trpí zřejmou poruchou kognitivních funkcí, zejména paměti, špatně vidí, na hospitalizace v nemocnici si nepamatuje, dodatečně si vzpomněl na amputaci chodidla před zhruba 15 lety (má amputovaná obě chodidla a prsty na nohou kvůli omrzlinám vzniklým při pobytu na ulici) a na pobyt v LNPLNP ve Dvoře Králové. Chodí o berlích. V humanitárním ubytování v Michli bydlí dva roky. Pobírá starobní důchod. Psychicky se cítí dobře, pandemie na něj neměla žádný vliv. Netrpí žádným vážným onemocněním, podle slov sociálních pracovníků důsledně abstínuje a bude přesunut do Domova se zvláštním režimem Přístav na dožití.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byl:

- v Naději očkován na COVID-19, má 3 dávky
- nemá zdravotní potíže, do Naděje dochází zdravotní sestra pro kontrolu
- dodržoval po celou dobu abstinenci od alkoholu

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika



Pilotní ordinaci U Bulhara v poslední době (pokud si pamatuje) nevyužil, ale ví, že existuje.

Bariéry zdravotní péče

Neuvádí žádné bariéry.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Léky neužívá.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Po svých zkušenostech v terénu doporučuje, aby bylo možné provádět ošetření i venku.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Humanitární ubytování Naděje

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Velmi důležitou. Jeho hlavní sociální kontakt jsou pracovníci v humanitárním zařízení, klienti zařízení mu spíše vadí. Pomohli mu s vyřízením dokladů, zařizují ubytování v Domově.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Čerpá starobní důchod

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Neměnný, zdravotně stabilizovaný stav, klient nebyl ani při první, ani při druhém sezení pod vlivem alkoholu.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Stabilizace klienta a přesun do dlouhodobého sociálního bydlení.

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Nebyly pro tohoto klienta zjištěny.

Zjištěné příklady dobré praxe

Umístění klienta do dlouhodobého bydlení.

KAZUISTIKA č. 46

Datum a místo prvního rozhovoru: 3.9.2021, Praha

Datum a místo druhého rozhovoru: 29.4.2022, Praha

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, 1988

Místo kde CS bytoval: Humanitární ubytování Naděje, Michle, Praha

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):



Je svobodný, má rodiče a sestru, se kterými jsou ve sporadickém kontaktu, původně je z Chomutova, pomáhají mu zejména sociální pracovníci Naděje. Po dvouleté zhruba tříleté epizodě bydlení v chatce u známého se dostal až na ulici, načež se dostal díky sociálním pracovníkům do péče lékařů v pilotní ordinaci U Bulhara v Praze a odtud pak do humanitárního ubytování Naděje. Trpí elefantiázou nohy a prodělal opakovaně erysipel (růže). S postiženou nohou jde v květnu na operaci ke specialistovi z Vinohradské nemocnice a po rekonvalescenci bude bydlet již sám na ubytovně (kvůli pandemii byla operace odložena, což jej trápilo). Pravidelně mluví s psychologičkou, která do ubytování dochází. Dostává invalidní důchod, který mu sociální pracovníci pomohli vyřídit a domluvili mu také možnost docházet do registrující ordinaci praktika v OC Pankrác. Neplatil zdravotní pojištění, dluh se mu odečítá z invalidního důchodu. Fyzický stav mu momentálně neumožňuje pracovat. Je registrován na ÚP. Podle sociálních pracovníků jeden z nejmotivovanějších klientů, nepije, začal jíst ovoce a drží dietu.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byl:

- na návštěvě u praktika minulý rok kvůli invalidnímu důchodu
- letos navštívil specialistu kvůli předoperační prohlídce
- v roce 2021 hospitalizován s růží v nemocnici, zdravotníci byli nepříjemní na sociální službu i na něj, měl horečku
- v Naději očkovan na COVID-19

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Využil vstupní vyšetření U Bulhara, vzhledem k vytížení ordinace U Bulhara se pracovníci snaží pacienty dostat k jiným, registrujícím praktikům v Praze, domluvili mu možnost navštěvovat ordinaci Moje ambulance v OC Pankrác. S pilotní ordinací u Bulhara má výborné zkušenosti („hodně mi tam pomohli“).

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Pandemie zpomalila specializovanou zdravotní péči, psychicky to nesl špatně a těší se, až bude mít po operaci nohy postižené elefantiázou. Svůj stav ale označuje za stabilizovaný, čemuž dle svých slov vděčí Naději i pilotní ordinaci. Pomohli mu tak také najít specializovanou péči.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Na růži bere antibiotika a léky na zlepšení průtoku krve. Platí 1200 Kč měsíčně za převazy (speciální plastové izolepy) a čtverečky na rány. Na léky, pokud byly moc drahé, mu dříve přispívala Naděje.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Jako ideální model by si představoval, že pacienty z terénu budou umisťovat do sociální polikliniky a pak na adekvátně dlouhé doléčení.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Humanitární ubytování Naděje

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Zásadní. Pomohli sehnat specialistu, vyřešit dluhovou situaci, zaléčit ostatní onemocnění, poskytují psychologickou podporu, pomáhají s odvozy na úřady, vyřídili novou občanku (klient si nevšiml, že už je prošlá). Hradili mu také doplatky na léky, pokud byly moc drahé. Podle jeho slov jsou to právě oni, na které se obrací v kritických situacích a pro řešení problémů.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Registrován na ÚP, čerpá invalidní důchod



Pracuje? NE, překážkou je zdravotní stav, chce mít do budoucna brigády

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Psychicky lepší stav, operaci má proběhnout již na konci května, klient se těší, až bude mít nohu odoperovanou a bude moci chodit a zhubnout. Přibral na váze.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Stabilizace sociální, ekonomické i zdravotní situace klienta díky síti služeb Naděje a síti navázaných odborníků (praktik OC Pankrác, specialista). Díky pilotní ordinaci se dostal do systému zdravotní péče. Pravidelné návštěvy praktika zajišťují prevenci.

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Nebyly pro tohoto klienta zjištěny.

Zjištěné příklady dobré praxe

Efektivní síť spolupracujících lékařů, specialistů a pracovníků sociální služby. Příklad dobré spolupráce na sociálně-zdravotním pomezí.

KAZUISTIKA č. 47

Datum a místo prvního rozhovoru: 3.9.2021, Praha

Datum a místo druhého rozhovoru: 29.4.2022, Praha

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: M, 1960

Místo kde CS bytoval: Humanitární ubytování Naděje, Michle, Praha

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je rozvedený, původně z Varnsdorfu, dceru neviděl skoro 10 let, ani své 8-leté vnouče, prostředního syna neviděl už 3 roky, nejmladší syn údajně bydlí v Berouně. Snaží se s nimi navázat kontakt přes Facebook, pomáhají mu sociální pracovnice a koupil si kvůli tomu i telefon a SIM kartu. Podle svých slov přišel po rozvodu o vše, 5 let zpátky byl vyhozen z bytu přítelkyně, chodil v noci pěšky. Bez domova je zhruba 3,5 roku poté, co bydlel na ubytovně (za 4000,- Kč měsíčně), ale měli pro něj málo práce, nevystačil finančně a musel odejít (agentura pražských úklidových služeb). Poté se živil drobnými brigádami, včetně na Slovensku (například loupání šneků, kdy mu nezaplatili).

Dvakrát během té doby zkolaboval (z ubytovny jej vezla sanitka, byl hospitalizován s vysokým tlakem 240/160), podruhé se odvézt nenechal, zrovna měl na víkend nejmladšího syna, záchranka jej ošetřila v Radotíně na místě. Měl vážné zdravotní problémy typické pro CS: bércové vředy, růži a infekci v noze, se kterými se stále doléčuje (byl do léta 2021 na ulici).

Je registrován na ÚP. Dluží na zdravotním pojištění (údajně za půl roku) a není možné to řešit z hmotné nouze. Nemá na splácení výživného. Chtěl by odejít do předčasného důchodu.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byl:



- očkovan na COVID-19
- v roce 2021 byl ještě pod mostem na Těšnově, měl defekty na nohou i na rameni, někdy si volal sanitku i sám, dále snížená hybnost ruky, byl ošetřován v terénu
- V jednom z nemocničních zařízení v Praze jej dali na kapačky a ve 2 hodiny v noci vysadili na autobusové zastávce
- hospitalizován na podzim/zimu 2021/2022 s doléčením bércových vředů a infekčního onemocnění v noze
- cítí bolesti v ruce

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Má svou praktickou lékařku v Ďáblicích, ale do pilotní ordinace U Bulhara chodil na převazy, ještě než se dostal do ubytování v Michli. Stěžoval si, že čekání na ošetření trvá i 2,5 hodiny.

Bariéry zdravotní péče

Léky, když potřebuje, mu nyní hradí v Naději, předtím se na to snažil vydělat, ale jen do určité částky, je to problém, z jeho zkušenosti spousta bezdomovců si nemůže koupit léky, protože na to nemají.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Léky neužívá pravidelně.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Funkční model. Prioritou by dále mělo být doléčení pacientů a hrazení doplatky na léky. Přejde mu nespravedlivé, že na ubytovny pustí feťáky, ale ne alkoholiky.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Humanitární ubytování Naděje.

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Velmi důležitou, jeho hlavní sociální kontakt, snaží se zkontaktovat rodinu. Sociální kurátor v Praze mu pomohl vyřídit doklady (za rok 4x). Snaží se mu vyřídit předčasný důchod.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Dříve měl v Radotíně příspěvek na bydlení. Příspěvek v hmotné nouzi.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Klient-pacient byl od července do listopadu 2021 v Michli, poté byl hospitalizován na JIP na Františku, zpět do ubytování se dostal v únoru 2022. Podle služby hodně pije, pokud pije více klientů, má to demoralizující vliv na ostatní, musí to hlídat, navíc se jim pak hůře hojí rány, pokud užívají alkohol. Podle vlastních slov, „co jsem v Naději, je to lepší“.

Positivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Positivní – podle klienta-pacienta, kdyby byl na ulici, možná už o nohu přišel, sestra je tu „hodná a dobrá“. Růží už nemá, ale ještě se objevily nové bércové vředy. Klient-pacient má motivaci nastoupit na brigádu a něco si přivydělat. Byl také očkovan na COVID-19 v nemocnici (při prvním sezení očkování odmítl).

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Doplatky na léky.



Zjištěné příklady dobré praxe.

Nejsou.

KAZUISTIKA č. 48

Datum a místo prvního rozhovoru: 15.12.2021, Praha

Datum a místo druhého rozhovoru: 27.4.2022, Praha

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: Ž, roč. 1963

Místo kde CS bytoval: Azylový dům pro ženy Naděje, Praha

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

S manželem žijí odděleně (chce podat žádost o rozvod, ale manžel se rozvádět nechce, údajně by přišel o úlevu na daních), přišli v minulosti o byt, má 4 děti. Pracovala 14 let jako pekařka, v ranních hodinách. Manžel ji údajně bil, následkem útoků trpí nevratným a progredujícím poškozením mozku. Chybí ji přední zuby. V azylovém domě je od roku 2020, bez domova je 8. rok; nejprve bydlela u dcery, také po ubytovnách, i ve stanu s někým na Novodvorské, v noci jezdila nočním autobusem, 10 měsíců strávila v psychiatrické léčebně v Bohnicích (v roce 2017), byla zde hospitalizována v minulosti opakovaně (celkem 5x), pokus o sebevraždu, před dvěma lety silné migrény. Synovec se oběsil kvůli exekuci.

Má přiznán plný invalidní důchod 3. stupně (před 4 lety), chce si vyřídit insolvence (má srážky z důchodu), pravidelně pracuje (brigáda) a v květnu 2022 by měla odejít do tréninkového bytu Naděje. Chodí každý pátek k terapeutce a každý měsíc k psychiatrovi. Je v úzkém kontaktu s dcerou.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byl:

- Zhoršený psychický stav během pandemie („šlo to z kopce“), všechny ženy byly postupně v karanténě (izolaci), hůř se sháněla práce
- Nebyla očkovaná na COVID-19 (nechtěla)
- Navštívila stomatologa Naděje, dobrá zpětná vazba

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Zná, ale nikdy tam nebyla. Naopak byla u stomatologa Naděje, chválí si ho.

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Nezaznamenány, dobré zkušenosti se zdravotnickými zařízeními.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

Ano, na psychiku.

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Prostřední azylového domu je pro ni stresující, je tam hodně žen v různém stavu.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Humanitární ubytování Naděje



Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Pomáhají zařizovat bydlení, specializovanou péči, tréninkový byt. Velká sociální opora (jako rodina).

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Pobírá invalidní důchod.

Pracuje? Ano, brigády (úklidy)

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Sice hlásí, že je „ve stresu“ („je nás tady – míněno v AD – hodně“) a bere silné prášky na spaní (problémy se spaním přetrvávají), řeší recidivu závislostí. Rozhodla se řešit rodinnou situaci (žádost o rozvod), intenzivně se věnuje své terapii (vracejí se jí staré vzpomínky), ale nebyla ve sledovaném období hospitalizována na psychiatrii (v minulosti opětovné hospitalizace), daří se řešit ambulantně. Chodí na skupinu anonymních alkoholiků. Pravidelně pracuje a sociální pracovníci ji umožní samostatné bydlení v tréninkovém bytě od 5/2022.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Sice se během pandemie cítila psychicky v nepohodě, navíc začala řešit rozvod, a s tím i tlak na psychiku, přesto pečuje o své zdraví (jí více ovoce, vitamíny, potravu na klouby). Neopakují se jí migrény, které ji trápily, než měla trvalé bydlení v AD.

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Nezaznamenány.

Zjištěné příklady dobré praxe

Tréninkový byt.

KAZUISTIKA č. 49

Datum a místo prvního rozhovoru: 15.12.2021, Praha

Datum a místo druhého rozhovoru: 27.4.2022, Praha

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: Ž, 66 let

Místo kde CS bytoval: Azylový dům pro ženy Naděje, Praha

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je rozvedená, původně z Liberce, děti žijí v zahraničí, je s nimi ve sporadickém kontaktu. Manžel zemřel v roce 2018 poté, co se o něj dlouhodobě starala, v roce 2021 měla celkový kolaps a v září téhož roku absolvovala pobyt v psychiatrickém zařízení v Kosmonosech. Před umístěním do azylového domu žila v pronájmu, ale neměla nárok na příspěvek na bydlení, protože měla trvalé bydliště v Liberci. Neví, co bude dělat po ukončení smlouvy v azylovém domě, chtěla by do domova důchodců, podala celkem 12 žádostí, připravit je pomohli sociální pracovníci. Příspěvek na péči ji byl zamítnut jako neodůvodněný.



Užívá léky na bolesti v nohou (neurologický problém), má skoliózu, bolesti kyčle, má vysoký tlak, problémy s žaludkem (vředy), trpí depresemi a úzkostmi (dle sociální pracovnice trpí schizofrenickými epizodami, slyší hlasy – užívá 1x měsíčně antipsychotika/depotní injekce, chodí na terapii). Ze specialistů dál navštěvuje ortopeda a neurologa. Užívá pouze bezdoplatkové léky, nemůže si dovolit doplatkové. Je očkovaná 3 dávkami proti COVID-19. Pobírá starobní důchod ve výši 8000 Kč, má příspěvek na bydlení (doplácí 3000 na bydlení v AD), dříve ji posílali děti peníze, nyní už ne.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byl:

- V roce 2021 se celkově zhroutila a byla hospitalizována v psychiatrickém zařízení
- Navštěvuje psychiatrické zařízení Fokus Praha a terapeutickou skupinu
- Očkovaná třemi dávkami proti COVID-19

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Má zkušenost s ordinací U Bulhara, dostala tam potvrzení o bezinfekčnosti, aby se mohla ubytovat v sociálním zařízení.

Bariéry zdravotní péče

Potřebovala by 13 000,- Kč na můstek na zuby kvůli paradentóze, nemůže si dovolit uhradit. Nemá na doplatky na léky, a proto dostává náhradní bezdoplatkovou léčbu.

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

ANO, na záda, žaludek a vysoký tlak, užívá depotní injekce 1x měsíčně (antipsychotika).

Preference alternativy k pilotní ordinaci

Potřebovala bych domov důchodců pro osoby s narušeným pohybovým aparátem. Nevadilo by jí navštěvovat „polikliniku pro chudé“.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Azylový dům pro ženy Naděje

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Pomáhají s lékařskou péčí i se zařizováním návazného bydlení („straší mě hlavně bydlení“), ale i s prací.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Pobírá starobní důchod.

Pracuje? Zatím ne, může max. 6 hodin, má pracovní konzultantku.

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Její stav se podle ní samotné „stabilizoval“.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

Na podzim 2021 se zlepšila hlavně záda, pokračuje psychiatrická léčba, ale dle sociálních pracovníků stále trpí silnými bludy/psychotickými epizodami danými možným traumatem.

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Závěrečná zpráva projektu Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez přístřeší – PŘÍLOHY 141



Nemůže si dovolit doplňkové léky, bere náhradní nedoplňkové. Chybí ji domov důchodců pro osoby s narušeným pohybovým aparátem.

Zjištěné příklady dobré praxe

Spolupráce se specialisty, flexibilní možnost podávání injekcí/antipsychotik.

KAZUISTIKA č. 50

Datum a místo prvního rozhovoru: 15.12.2021, Praha

Datum a místo druhého rozhovoru: 27.4.2022, Praha

Osobní údaje osoby CS

Pohlaví, rok narození: Ž, 54, resp. 55 let

Místo kde CS bytoval: Azylový dům pro ženy Naděje, Praha

Celkový popis situace osoby CS

Stručný popis/vývoj na základě dotazníků a případného doplnění z jiných zdrojů (uvést):

Je svobodná, bezdětná, rozešla se s přítelem, se kterým bydlela v pronájmu a zůstala bez domova. V témže roce 2021 se pokusila o sebevraždu, byla hospitalizována na urgentním příjmu v Motole, doktor ji pomohl nasměrovat do azylového domu, kde je ubytována od srpna 2021 (nikdy nebyla na ulici). Prodělala také infarkt, byla v bezvědomí, měla částečné poškození mozku, zapomíná (má zakázáno chodit ze schodů a jezdit metrem). Trpí diabetem (s ním se léčí přes 20 let), neuropatií a psychickými obtížemi. Bere antidepresiva, která ji zabrala (měla silný třas).

Je registrována na ÚP, strhávají jí dluh na zdravotním pojištění. Má zažádáno o invalidní důchod. Sociální pracovníci jí vyřídili hmotnou nouzi. Hledá si brigádu. Dle sociální pracovnice jsou u nich v AD často ubytovány ženy, které jsou málo samostatné, dříve závislé na (ex)manželovi/partnerovi (což je případ této klientky), důležité je si udržet zaměstnání, práci.

Zdravotní pomezí

Osoba CS v uplynulém období byl:

- Od srpna 2021 na pracovní neschopnosti
- očkovaná proti COVID-19, ale prodělala jej, měla po něm silnou dušnost
- ubytována kvůli nákaze COVID-19 v izolaci na humanitárním hotelu v Praze, kde nebyly k dispozici léky, musela shánět u specialistů a praktiků paralen a léky
- v zimě 2021 odvoz záchrankou kvůli kolapsu – selhaly nohy (infúze), jednodenní ošetření
- po vyřízení hmotné nouze si může brát i doplňkové léky

Zpětná vazba na pilotní ordinaci praktika

Nemá zkušenosti s pilotní ordinací, do sociální péče se dostala po hospitalizaci v nemocnici.

Bariéry zdravotní péče (vypsat problémy)

Nebyly pro klientku zjištěny (po vyřízení hmotné nouze si může brát i doplňkové léky)

Jaké užívá léky? (popis, zda užívá i léky na předpis, úhrada doplatků, pravidelnost braní léků)

ANO, je jich „až až“, na srdce, cukrovku, psychické problémy (antidepresiva) a na neuropatii.

Preference alternativy k pilotní ordinaci



Nemá, vše je potřebné. Zdůraznila, že v hotelových izolacích kvůli COVID-19 nebyly k dispozici léky.

Sociální pomezí

Využívá sociální služby? Humanitární ubytování Naděje

Jakou roli hrají v jeho zdravotní péči sociální pracovníci?

Zásadní, pomohli jí „se vším“. Ubytovali, vyřídili hmotnou nouzi, vyřídili nový OP (byla neplatná, bydliště měla v Dolních Břežanech), zažádali o invalidní důchod. Sociální pracovnice pomohla registrovat na ÚP, špatná zkušenost, pracovnice údaje klientce řekla: „Vy jste na tom špatně, neměla byste pracovat“, což snížilo dočasně její motivaci.

Má u sebe občanský průkaz? ANO

Dochází na úřad práce, ČSSZ? Registrována na ÚP, čerpá hmotnou nouzi.

Pracuje? NE, překážkou je zdravotní stav, chce mít do budoucna brigády

Zhodnocení evaluátorky

Hlavní posun osoby CS od prvního dotazování, pokud je (zdravotní, ekonomický, sociální)

Psychický stav výrazně lepší („psychicky se cítím lépe“), verbálně lepší projev, zmírnila se dušnost, zlepšily se kognitivní schopnosti dané periodou v bezvědomí, zmírnil se třas. V péči psychiatra, kardiologa, gynekologa a diabetologa.

Pozitivní (či negativní) již pozorovatelné dopady projektu na zdraví či socio-ekonomickou situaci, pokud jsou:

V zimě ještě prodělala jeden akutní odvoz, skončila na kapačkách v nemocnici, ale od počátku roku se situace zlepšuje. Uchází se o zaměstnání (může pracovat denně pouze ca 4-5 hodin).

Přetrvávající klíčové bariéry dostupnosti péče (vyplývající z výpovědi osoby CS)

Nebyly pro klientku zjištěny (po vyřízení hmotné nouze si může brát i doplatkové léky).

Zjištěné příklady dobré praxe

Příklad dobré spolupráce na sociálně-zdravotním pomezí, odesílání ke specialistům.

KAZUISTIKA č. 51

PRAHA, MMZ (2020/10): Patrik, 28 let, byl kontaktován terénními pracovníky v centru Prahy. Patrik byl pod vlivem alkoholu a ve zhoršeném hygienickém stavu. Pohybuje se pomocí fr. holí. Patrik sdělil, že si zlomil nohu v kotníku, ale v nemocnici odmítl sádku. Patrik byl motivován k návštěvě nízkoprahového centra a ordinace. Důležité bylo, aby alespoň částečně vystřízlivěl. Prostřednictvím terénních pracovníků a ordinace se nakonec Patrik dostal do azylového domu. Patrikovi se ovšem nedařilo držet jeho závislost na alkoholu v přijatelné míře a jeho pobyt byl ukončen. (Patrik byl opakovaně na léčení.) Na případu Patrika se ukázala absence pobytové zařízení pro lidi se závislostmi.

KAZUISTIKA č. 52

PRAHA, MMZ (2020/11): Muž, 54 let, byl kontaktován v okolí metra, kde se zdržuje. Byl ve zhoršeném hygienickém stavu, silně zavšiven a zasvraben. Špatně chodí, měl nateklé ruce i nohy. Byl převezen do nízkoprahového denního centra, vysprchoval se a převlékl. Dále proběhlo ošetření svrabu a odšívění. Sdělil, že byl v posledních týdnech opakovaně hospitalizován pro plicní embolii, ale nemá u sebe žádné propouštěcí zprávy. Vše nechal ve vraku auta, ve kterém dlouhodobě přespával. Osobní doklady má v pořádku. Vzhledem k celkové slabosti a otokům byl převezen do humanitárního zařízení, kde byl vzhledem k léčenému svrabu



ubytován na izolaci. Během pobytu byl doprovázen do nemocnice, kde byl dříve hospitalizován, aby byl dořešen jeho zdravotní stav. V nemocnici nebyl přijat s tím, že se má obrátit do místa svého bydliště nedaleko od Prahy. Tam byl také převezen, vyšetřen a medikován. Posléze se jeho zdravotní stav začal zlepšovat. Komplikací byl výskyt nemoci covid-19 v zařízení, byl pozitivně testován a musel být hospitalizován. Hospitalizace naštěstí nebyla dlouhá, vrátil se do zařízení a se sociální pracovnící plánuje přechod na běžný azylový dům.

KAZUISTIKA č. 53

PRAHA, MMZ (2021/03): Muž, 57 let, pochází z Bulharska. Klient je z důvodů omrzlin po amputaci nohy pod kolenem (provedeno v pražské nemocnici). Na druhé končetině je amputace indikovaná (prsty, část nártu?). Za provedené výkony dluží klient cca 2 000 euro. Nemocnice přitom již odmítala další péči s výjimkou stavu bezprostředně ohrožujícího život. Pahýl se ovšem nadále špatně hojí (klient na něj upadl) a stav druhé nohy se zhoršuje. Nastala situace, kdy zdravotní sestra již vyhodnotila stav jako život ohrožující (nebezpečí sepse), zařídila převoz do nemocnice. Nemocnice klienta ovšem vrátila bez ošetření, s tím, že přímo na životě ohrožen není. Hrozila situace, že v takovém hraničním stavu bude klient setrvávat delší dobu a nakonec zemře. Sociální služba kontaktovala bulharského velvyslance s žádostí o pomoc. Prostřednictvím velvyslanectví a cizinecké policie se podařilo najít příbuzné klienta v Bulharsku. Ambasáda dále sdělila, že klient nemá bulharské zdravotní pojištění (v ČR byl jako bezdomovec několik let). Situace se jevila bezvýchodně. Nakonec příbuzní doplatili 8 000 euro na bulharské zdravotní pojištění a zařídili rychlé přeposlání certifikátu o pojištění na cizinecké oddělení nemocnice. Pracovnice cizineckého oddělení sdělila, že bude přiděleno číslo pojištěnce a že základní péče může být poskytována.

KAZUISTIKA č. 54

PRAHA, MMZ (2021/07): Žena, 40 let, žila se svým přítelem a jeho matkou. Byt patří matce přítele. V okamžiku, kdy přítel nastoupil na léčbu závislosti, musela být opustit a ocitla se na ulici. Má dítě z předchozího vztahu, které je v péči u předchozího přítele. Vyhledala azylový dům Naděje pro ženy a požádala o ubytování. Zároveň absolvovala prohlídku v pilotní ordinaci (požadavek a informace jí podaly pracovnice AD, v ordinaci byla zavedena jako nová pacientka). Ve spolupráci se sociální pracovnící řeší registraci na ÚP, dávky hmotné nouze, dluhy splatitelné – řešitelné výši) a kontakt s OSPOD (ráda by vídala svoji dceru). Během měsíčního pobytu v AD (červenec 2021) se jí podařilo najít zaměstnání.

KAZUISTIKA č. 55

PRAHA, MMZ (2021/11): Muž, 41 let se do Naděje dostal po intervenci svého spolubydlícího. Bydlel u známého. Ten kontaktoval terénní program s tím, že jeho spolubydlící již nezvládá z důvodů poranění (snížená soběstačnost) i ztráty zaměstnání (finanční zajištění) společné bydlení. Zároveň nechce, aby skončil na ulici. Terénní pracovník domluvil schůzku přímo v bytě. Nikoho tam ovšem nenašel, klient byl již sám před domem. Ukázalo se, že má závažné poranění nohy (zlomenina paty). Terénní pracovník ho převezl do pilotní ordinace a následně po prohlídce do pobytového humanitárního zařízení. Klient pracoval jako kuchař, ale kvůli „koronakrizi“ o zaměstnání přišel. Během pobytu vyšlo najevo, že má ošetřujícího psychiatra i praktického lékaře. Sociální pracovník pomohl opět navázat kontakt s ošetřujícím psychiatrem a motivuje klienta k užívání předepsaných léků. Dále je převážen do nemocnice k ošetření nohy. V současnosti (11/2021) je klient stále v humanitárním zařízení, vedle zdravotního stavu řeší i dávky hmotné nouze a navazující ubytování.

KAZUISTIKA č. 56

PRAHA, MMZ (2021/11): Muž 53 let, dlouhodobě na ulici. První kontakt s Nadějí měl již v r. 2012. V roce 2015 požádala fakultní nemocnice terénní program Naděje o převzetí klienta po amputaci prstů (nebyl další důvod hospitalizace, dostal fr. hole). Byl převezen do azylového domu. Podobná situace se několikrát opakovala: „hospitalizace – ubytování – ukončení ubytování – hospitalizace“. Klient je v současné době již popáté ubytován z důvodů zhoršeného zdravotního stavu. Předchozí pobyty vždy skončily nezájmem – klient odešel, nebo byl pobyt ukončen, protože nezvládal dodržovat pravidla služby. Opětovně se ocitl na ulici, kde se jeho stav zhoršil. V současnosti (11/2021) se dostal do humanitárního zařízení po intervenci terénního týmu. Terénní



tým byl na jeho situaci upozorněn ostatními klienty. Zatím pobyt zvládá, sestra ordinace zajišťuje převazy nohou. Klientův příběh ukazuje na potřebu zařízení s možností (vhodné prostory, odborné týmy) ubytovávat lidi bez domova se závislostí na alkoholu.

KAZUISTIKA č. 57

PRAHA, MMZ (2022/01): Žena, 47 let, pochází ze Slovenska. V ČR je cca rok. Ze Slovenska odešla po smrti manžela. V ČR vystřídala několik zaměstnání, bydlela v nájmu. U posledního zaměstnavatele nedostala výplatu, musela nájemní byt opustit. Podařilo se jí najít krátké ubytování u známé, ale stále je ohrožena bezdomovectvím. Navíc se začal i větě zhoršovat zdravotní stav psychický i fyzický. Nakonec se díky terénním pracovníkům dostala do nízkoprahového centra a následně do pilotní ordinace. Vyšlo najevo, že má dluhy na slovenském zdravotním pojištění. Ordinace pomohla řešit vysoký tlak a předala ženu do péče psychologa Naděje. Psycholožka poskytla několik konzultací a snažila se také zprostředkovat psychiatrickou péči. Mezitím sociální pracovník pomáhal klientce najít nové zaměstnání. Klientka také byla ujištěna, že kdyby přišla o bydlení u kamarádky, může se uchýlit do azylového domu. Situace se po měsíci zlepšila, tlak byl dekompenzován, začala chodit do pravidelné práce, známá ji zatím nechává u sebe bydlet do doby, než ušetří prostředky na nájem.

12. Příloha I – REVIDOVANÝ PODKLAD PRO ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Tento podklad byl vytvořen za účelem zohlednění náročnosti zdravotní péče o tuto cílovou skupinu.

1. SPECIFICKÉ VÝKONY PRO CS

V rámci projektu pilotních ordinací byly vytvořeny a zaznamenávaly v IS nové výkony, specifické pro cílovou skupinu osob bez přístřeší, jejich seznam uvádíme níže:

09001	Příprava pacienta bez přístřeší na vyšetření á 15 minut
09002	Edukační pohovor lékaře s pacientem bez přístřeší v ordinaci
09003	Edukační pohovor všeobecné sestry s pacientem bez přístřeší v ordinaci
09004	Edukační pohovor lékaře s pacientem bez přístřeší v terénu
09005	Edukační pohovor lékaře s pacientem bez přístřeší v terénu
09006	Ošetření nespolupracujícího pacienta bez přístřeší lékařem
09007	Ošetření nespolupracujícího pacienta bez přístřeší všeobecnou sestrou

Zde uvádíme přehled podílů nových výkonů na všech vykazovaných výkonech v IS:

Praha:	54,8 % (z 11 649 výkonů během doby trvání projektu) – vyšší podíl oproti ostatním ordinacím je dán 1) absencí zázemí azylových domů na doléčení, opakování chronických onemocnění, 2) klienti často přicházejí jednorázově (50 % klientů po prvním ošetření již nepřijde), 3) často se jedná o cizince nebo osoby bez střechy ve špatném stavu
Olomouc:	7,8 % (z 11 652 výkonů)
Ostrava:	6,8 % (z 9 572 výkonů)
Srovnávací ordinace Plzeň:	29,2 % respektive 28,1 % (z 1 057, resp. 1 113 výkonů)

Pilotní ordinace navrhuje jako prioritní nové výkony zařadit tyto:

a) Příprava pacienta bez přístřeší na vyšetření á 15 minut



- Odůvodnění:
 - i. Cílová skupina osob bez přístřeší vyžaduje často specifickou přípravu na ošetření. Jedná se o zdravotní výkon, tedy bezprostřední příprava/očištění nezbytné k vyšetření – ošetření velké rány 10-15 cm apod.
 - ii. Výkon „vyšetření“ je vázán na lékaře, který nemusí být vždy k dispozici (všeobecná sestra např. nechce lékaře vyrušovat, pokud má jiného pacienta, zároveň dokáže sama rozpoznat např. zavšivení a pacienta odšíví. Někdy je třeba pacienta odšít mimo pracovní dobu, kdy není lékař přítomen. Bylo by vhodné umožnit „vyšetření všeobecnou sestrou“, na který by bylo možné navázat výkon „příprava pacienta před vyšetřením“. Zároveň dobrou praxí je pomoc sanitáře v těchto případech, jedná se o časově náročnou službu.

b) Ošetření nespolupracujícího pacienta bez přístřeší lékařem

- Odůvodnění: Pacienti z cílové skupiny vyžadují delší dobu na ošetření, často mají alkoholové či nealkoholové závislosti či psychiatrické diagnózy, a vyšetření trvá déle než u běžných pacientů.

c) Edukační pohovor lékaře s pacientem bez přístřeší v ordinaci

- Odůvodnění: Edukační pohovor s pacientem bez přístřeší trvá déle než standardní edukační pohovor z důvodů uvedených výše.

d) Edukační pohovor všeobecné sestry s pacientem bez přístřeší v terénu

- Odůvodnění: V rámci pilotního projektu bylo umožněno vyjíždět zdravotní sestře do terénu a provádět edukaci pacientů. Došlo tak k úspěšnému podchycení závažných stavů, které by jinak končily hospitalizací.

e) Edukační pohovor všeobecné sestry s pacientem bez přístřeší v ordinaci

- Odůvodnění:
 - i. Omezené kapacity lékařů, lékař se potřebuje primárně věnovat diagnostice, edukace je důležitá i pro dodržování léčebného režimu a další sociální péče následně (sestra často konzultuje se sociálním pracovníkem nutné další kroky a kontroluje také, zda je pacient léčen u specialisty/v nemocnici).
 - ii. Nyní lze vykázat kód 06123 s názvem „Komplex - edukace, reedukace, ošetrovatelská rehabilitace“ pouze 1x měsíčně (frekvenční omezení), tedy v případě, že by se využíval stávající kód. Kromě běžných pohovorů řeší sestra často přípravu vydání potvrzení o bezinfekčnosti či kontrolní prohlídky, které pilotní ordinace vydávala pro CS zdarma. V ordinaci Praze bylo vydáno 979 potvrzení o bezinfekčnosti, v Ostravě 305, v Pardubicích 65, v Olomouci 395, data do 9/2021.

Dále pilotní ordinace navrhují tyto kódy, které *nebyly* zatím v projektu specificky sledovány:

f) Kód na chystání léků do zásobníku

- Odůvodnění: není v odbornosti 001 Všeobecné praktické lékařství, pouze jako součást lůžkové ošetrovatelské péče. Toto je specifikum CS (potřebují dávkovat léky pro zajištění pravidelnosti braní léků).

g) Zvýšit frekvenci hrazených převazů

- Odůvodnění: nyní se hradí převaz pouze 2x týdně, což je v mnoha případech nedostačující. Specifikum CS: Nutno častější převazy – 3x týdně (každý druhý den).

h) Ošetření pacienta bez přístřeší lékařem v terénu



- **Odůvodnění:** jednalo by se o zavedení přístupu tzv. pouliční medicíny, tj. ošetření osob bez přístřeší v „jejich přirozeném prostředí“, což by vyžadovalo změnu zákona o zdravotních službách, č. 372/2011 Sb., podle kterého nyní není možné v praxi poskytovat zdravotní péči v terénu (převazy, ošetření ran, aplikace léků atd.).

NÁVRHY BONIFIKACE PÉČE O CÍLOVOU SKUPINU OSOB BEZ PŘÍSTŘEŠÍ

I. Podpora vybraných zařízení ošetřujících cílovou skupinu osob bez přístřeší

Přiznání **specifického statutu ordinacím pro osoby v nouzi** (či např. „sociálně vyloučené pacienty bez domova“ či „nizkoprahové ordinace“), který by náročnější péči zohlednil (s podmínkou či bez podmínky navázání ordinace na sociální službu – pilotní projekt však ověřil jako úspěšné a nezbytné zejména pro hygienickou přípravu pacientů před ošetřením) a přiznal:

- zvýšenou četnost některých výkonů (typicky např. edukace, protože ošetření CS pacienta trvá násobně déle).
- celkově vyšší bodové ohodnocení za výkony vzhledem ke statutu ošetřování CS (zdravotní pojišťovny už nyní bodově bonifikují např. ordinace, které mají delší ordinační dobu, či provozují např. „hospicovou péči“ apod.)
- adekvátní grantovou podporu (není věcí zdravotních pojišťoven, nicméně nutno řešit na zdravotně-sociálním pomezí, s MZ a MPSV)

Vhodné by také bylo po vzoru dobré praxe ze srovnávací ordinace v Plzni hradit pacientům z cílové skupiny **doplatek na léky**. V Plzni, kde pacienti, kteří do lékárny v Poliklinice Bory přijdou s receptem z této konkrétní ordinace, nemusí hradit doplatek na léky. Magistrát města Plzeň hradí tento typ péče již od roku 2011 a jedná se o dobrou praxi. Z evaluace vyplývá, že zhruba pětina pacientů zkoumaných v rámci kazuistik nemá dostatek prostředků na úhradu doplatků na léky.

II. Specifický kód péče o cílovou skupinu

Možnosti bonifikace péče (zohlednění náročnosti péče o cílovou skupinu) je možné také prostřednictvím zesíleného kódu péče. Podobně, jako již existuje ošetření „nevidomého/hluchoněmého/pacienta na autistickém spektru“, tak by bylo bonifikováno „**ošetření osoby bez přístřeší**“ (diagnóza bezdomovectví dle metodiky *ETHOS – Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení v prostředí ČR*), **či obecnější „ošetření nespolupracujícího pacienta“** (umožnilo by ošetření například osob s drogovou, konkrétně nealkoholovou závislostí atd.). V praxi by šlo o kód výkonu + kód zesílení, což by vyžadovalo změnu úhradové vyhlášky. Výhodu spatřujeme v tom, že obecný kód zesílení, nikoli pouze bonifikace konkrétního zařízení, je možné využívat také v nemocničním prostředí či u ambulantních specialistů (větší motivace ošetřit CS v systému standardních zdravotních služeb).

III. Zvýšit kapitační paušál s ohledem na cílovou skupinu

Ordinace v Olomouci specificky doporučuje zvýšit kapitační platbu o 5 Kč, aby byla zohledněna vyšší náročnost pacientů z cílové skupiny. V Olomouci bude pilotní ordinace využívat kapitačně výkonovou platbu, v Ostravě rovněž přecházejí na kapitačně výkonový systém, protože s pacienty cílové skupiny není čistě výkonová úhrada dostačující. V Pardubicích by v kapitační platbě také zohlednili celoživotní vzdělávání zdravotnického personálu.

IV. Zahrnutí návštěvních hodin cílové skupiny do celkové ordinační doby

Ordinace často nedosáhnou na kapitační platbu kvůli nízkému počtu hodin lékaře v ordinaci. Je proto doporučeno, aby se do ordinačních hodin započítávala také návštěvní služba mimo ordinaci, a naopak aby byly výkony poskytované v rámci návštěvní služby ještě bonifikovány vzhledem k náročnosti péče o pacienty CS v jejich sociálním prostředí.

V. Zvýšení úhrady za účast na službách lékařské pohotovostní služby



Doporučuje se bonifikace běžných poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb, pokud se účastní zajišťování LSPP (služba v působnosti krajů), protože se jedná o službu, kde může CS obdržet akutní ošetření mimo běžné ordinací hodiny.

13. Příloha J – DETAILNÍ VYHODNOCENÍ DAT Z PILOTNÍCH ORDINACÍ

Níže uvádíme detailní tabulky vytvořené na základě dat z informačních systémů pilotních ordinací. Tabulky dělí dále CS dle věku pohlaví a dalších zvolených parametrů uvedených v popisu tabulek.

Tabulka 1 – Četnosti výskytu infekčních onemocnění u mužů z cílové skupiny

Ordinace	Hepatitida před projektem	Hepatitida během projektu	TBC před projektem	TBC během projektu	Chřipka před projektem	Chřipka během projektu	Černý kašel před projektem	Černý kašel během projektu
Praha	217	80	4	5	47	0	0	0
Pardubice	0	0	0	0	0	0	0	0
Olomouc	13	11	27	2	370	49	1	0
Ostrava	80	149	0	0	23	94	2	5
Plzeň (kontr. 1.4.2020)	2	0	2	0	8	0	0	0
Plzeň (kontr. 1.8.2020)	2	0	2	0	8	0	0	0
Infekční onemocnění celkem (projektové ordinace)	310	240	31	7	440	143	3	5

Tabulka 2 – Relativní četnosti infekčních onemocnění u mužů z cílové skupiny (na 1000 pacientů a měsíc)

Ordinace	Hepatitida před projektem	Hepatitida během projektu	TBC před projektem	TBC během projektu	Chřipka před projektem	Chřipka během projektu	Černý kašel před projektem	Černý kašel během projektu
Praha	1,124	3,954	0,198	0,247	2,323	0,000	0,000	0,000
Pardubice	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Olomouc	0,263	1,063	2,610	0,193	35,770	4,737	0,097	0,000
Ostrava	4,601	9,252	0,000	0,000	1,428	5,837	0,124	0,310
Plzeň (kontr. 1.4.2020)	1,572	0,000	0,980	0,000	3,922	0,000	0,000	0,000
Plzeň (kontr. 1.8.2020)	1,211	0,000	1,250	0,000	5,000	0,000	0,000	0,000
Infekční onemocnění celkem (projektové ordinace)	0,343	1,218	0,157	0,036	2,233	0,726	0,015	0,025

Tabulka 3 – Četnosti výskytu infekčních onemocnění u žen z cílové skupiny

Ordinace	Hepatitida před projektem	Hepatitida během projektu	TBC před projektem	TBC během projektu	Chřipka před projektem	Chřipka během projektu	Černý kašel před projektem	Černý kašel
----------	---------------------------	---------------------------	--------------------	--------------------	------------------------	------------------------	----------------------------	-------------



								během projektu
Praha	249	82	0	0	36	2	0	0
Pardubice	0	0	3	0	0	0	0	0
Olomouc	3	3	0	0	235	19	0	0
Ostrava	18	48	0	0	0	16	0	0
Plzeň (kontr. 1.4.2020)	0	5	0	0	0	0	0	0
Plzeň (kontr. 1.8.2020)	1	4	0	0	0	0	0	0
Infekční onemocnění celkem (projektové ordinace)	270	133	3	0	271	37	0	0

Tabulka 4 – Relativní četnosti infekčních onemocnění u žen z cílové skupiny (na 1000 pacientek a měsíc)

Ordinace	Hepatitida před projektem	Hepatitida během projektu	TBC před projektem	TBC během projektu	Chřipka před projektem	Chřipka během projektu	Černý kašel před projektem	Černý kašel během projektu
Praha	16,747	12,725	0,000	0,000	0,651	0,310	0,000	0,000
Pardubice	0,000	0,000	0,741	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Olomouc	0,470	0,749	0,000	0,000	14,023	4,741	0,000	0,000
Ostrava	2,941	6,349	0,000	0,000	0,000	2,116	0,000	0,000
Plzeň (kontr. 1.4.2020)	0,000	5,787	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Plzeň (kontr. 1.8.2020)	1,724	5,714	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Infekční onemocnění celkem (projektové ordinace)	2,237	1,751	0,010	0,000	0,934	0,487	0,000	0,000

Tabulka 5 – Počty pacientů dle ordinací a data narození

Ordinace	Pacienti 1987 a mladší	Pacienti 1958-1986	Pacienti 1957 a starší	Součet
Praha	794	3491	900	5185
Pardubice	95	212	59	366
Plzeň (kontr. 1.4.2020)	29	105	28	162
Plzeň (kontr. 1.8.2020)	29	105	28	162
Olomouc	114	653	497	1264
Ostrava	251	822	318	1391
Infekční onemocnění celkem (projektové ordinace)	1254	5178	1774	8206

Tabulka 6 – Relativní četnosti infekčních onemocnění před projektem dle roku narození cílové skupiny (na 1000 osob a měsíc) (A)



Ordinace	Hepatitida 1987 a ml.	Hepatitida 1958-1986	Hepatitida 1957 a st.	TBC1987 a ml	TBC 1958-1986	TBC 1957 a st.
Praha	1,899	1,535	0,100	0,000	0,017	0,000
Pardubice	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,130
Plzeň (kontr. do 1.4.2020)	0,000	0,794	0,000	0,000	0,794	0,000
Plzeň (kontr. do 1.8.2020)	0,000	1,020	0,000	0,000	0,680	0,000
Olomouc	0,557	0,292	0,000	0,000	0,486	0,224
Ostrava	0,885	3,830	0,815	0,000	0,000	0,000
Projektové ordinace	0,438	0,436	0,036	0,000	0,023	0,028

Tabulka 7 – Relativní četnosti infekčních onemocnění před projektem dle roku narození cílové skupiny (na 1000 osob a měsíc (B))

Ordinace	Chřipka 1987 a ml.	Chřipka 1958-1986	Chřipka 1957 a st.	Černý kašel 1987 a ml	Černý kašel 1958-1986	Černý kašel 1957 a st.
Praha	0,244	0,222	0,299	0,000	0,000	0,000
Pardubice	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Plzeň (kontr. do 1.4.2020)	0,000	3,175	0,000	0,000	0,000	0,000
Plzeň (kontr. do 1.8.2020)	0,000	2,721	0,000	0,000	0,000	0,000
Olomouc	9,747	11,230	2,331	0,000	0,024	0,000
Ostrava	2,213	0,045	0,815	0,000	0,090	0,000
Projektové ordinace	0,387	0,492	0,273	0,000	0,003	0,000

Tabulka 8 – Relativní změny četnosti infekčních onemocnění během projektu dle roku narození cílové skupiny (na 1000 osob a měsíc (A))

Ordinace	Hepatitida 1987 a ml.	Hepatitida 1958-1986	Hepatitida 1957 a st.	TBC1987 a ml.	TBC 1958-1986	TBC 1957 a st.
Praha	4,898	6,437	0,000	0,000	0,350	0,000
Pardubice	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Plzeň (kontr. do 1.4.2020)	2,874	4,310	0,000	0,000	0,000	0,000
Plzeň (kontr. do 1.8.2020)	3,448	3,448	0,000	0,000	0,000	0,000
Olomouc	0,000	0,000	5,117	0,000	0,731	0,000
Ostrava	5,478	26,726	0,498	0,000	0,000	0,000
Projektové ordinace	0,978	2,402	0,161	0,000	0,066	0,000

Tabulka 9 – Relativní změny četnosti infekčních onemocnění během projektu dle roku narození cílové skupiny (na 1000 osob a měsíc (B))

Ordinace	Chřipka 1987 a ml.	Chřipka 1958-1986	Chřipka 1957 a st.	Černý kašel 1987 a ml.	Černý kašel 1958-1986	Černý kašel 1957 a st.
Praha	0,000	0,140	0,000	0,000	0,000	0,000
Pardubice	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000



Plzeň (kontr. do 1.4.2020)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Plzeň (kontr. do 1.8.2020)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Olomouc	4,020	10,599	10,234	0,000	0,000	0,000
Ostrava	1,992	13,114	3,154	0,000	0,830	0,000
Projektové ordinace	0,218	1,044	0,446	0,000	0,047	0,000

Tabulka 10 – Relativní četnost výskytu parazitárních onemocnění (na 1000 pacientů a měsíc)

	Svrab před	Svrab během projektu	Pedikulóza před	Pedikulóza během projektu	Helmintóza před	Helmintóza během projektu
Praha	5,792	18,481	10,393	59,042	0,000	0,000
Pardubice	3,175	10,870	0,172	0,604	0,000	0,000
Plzeň (kontr. do 1.4.2020)	4,688	2,755	6,250	0,000	0,000	0,000
Plzeň (kontr. do 1.8.2020)	4,464	2,609	4,870	0,000	0,000	0,000
Olomouc	8,080	2,996	23,168	15,747	0,000	0,000
Ostrava	0,000	0,000	3,790	23,834	0,000	0,000
Celkem (projektové ordinace)	1,730	2,747	3,522	8,670	0,000	0,000

Tabulka 11 - Četnost výskytu parazitárních onemocnění u mužů

	Svrab před	Svrab během projektu	Pedikulóza před	Pedikulóza během projektu	Helmintóza před	Helmintóza během projektu
Praha	1320	462	2352	1465	0	0
Pardubice	33	33	2	2	0	0
Plzeň (kontr. do 1.4.2020)	5	6	8	0	0	0
Plzeň (kontr. do 1.8.2020)	7	4	8	0	0	0
Olomouc	469	43	1305	202	0	0
Ostrava	40	89	86	414	0	0
Celkem (projektové ordinace)	1862	627	3745	2083	0	0

Tabulka 12 – Četnost výskytu parazitárních onemocnění u žen

	Svrab před	Svrab během projektu	Pedikulóza před	Pedikulóza během projektu	Helmintóza před	Helmintóza během projektu
Praha	119	31	230	110	0	0
Pardubice	4	3	0	0	0	0
Plzeň (kontr. do 1.4.2020)	4	2	4	0	0	0
Plzeň (kontr. do 1.8.2020)	4	2	4	0	0	0
Olomouc	66	0	229	24	0	0



Ostrava	17	32	6	58	0	0
Celkem (projektové ordinace)	206	66	465	192	0	0

Tabulka 13 – Relativní četnost výskytu parazitárních onemocnění mužů (na 1000 pacientů a měsíc)

	Svrab před	Svrab během projektu	Pedikulóza před	Pedikulóza během projektu	Helmintóza před	Helmintóza během projektu
Praha	6,836	8,906	12,181	28,240	0,000	0,000
Pardubice	4,339	10,848	0,263	0,657	0,000	0,000
Plzeň (kontr. do 1.4.2020)	3,931	4,717	6,289	0,000	0,000	0,000
Plzeň (kontr. do 1.8.2020)	4,237	3,390	4,843	0,000	0,000	0,000
Olomouc	9,483	2,282	26,388	10,722	0,000	0,000
Ostrava	2,300	5,758	4,946	26,786	0,000	0,000
Celkem (projektové ordinace)	2,058	1,666	4,138	5,535	0,000	0,000

Tabulka 14 – Relativní četnost výskytu parazitárních onemocnění žen (na 1000 pacientů a měsíc)

	Svrab před	Svrab během projektu	Pedikulóza před	Pedikulóza během projektu	Helmintóza před	Helmintóza během projektu
Praha	1,500	1,455	2,899	5,161	0,000	0,000
Pardubice	0,679	1,272	0,000	0,000	0,000	0,000
Plzeň (kontr. do 1.4.2020)	3,268	1,634	3,268	0,000	0,000	0,000
Plzeň (kontr. do 1.8.2020)	2,801	1,961	2,801	0,000	0,000	0,000
Olomouc	3,118	0,000	10,818	2,976	0,000	0,000
Ostrava	1,478	3,130	0,522	5,673	0,000	0,000
Celkem (projektové ordinace)	0,491	0,378	1,108	1,100	0,000	0,000

Tabulka 15 – Absolutní četnost výskytu parazitárních onemocnění dle roku narození před realizací projektu (na 1000 pacientů a měsíc)

Ordinace	Svrab během 1987 a ml.	Svrab během 1958-1986	Svrab během 1957 a st.	Pedikulóza 1987 a ml.	Pedikulóza 1958-1986	Pedikulóza 1957 a st.	Helmintóza 1987 a ml.	Helmintóza 1958-1986	Helmintóza 1957 a st.
Praha	58	1027	354	111	1938	474	0	0	0
Pardubice	0	25	12	0	2	0	0	0	0
Plzeň (kontr. do 1.4.2020)	4	1	4	0	10	2	0	0	0
Plzeň (kontr. do 1.8.2020)	4	3	4	0	10	2	0	0	0
Olomouc	13	454	68	63	1098	373	0	0	0



Ostrava	0	18	39	4	43	45	0	0	0
Projektové ordinace	71	1524	473	178	3081	892	0	0	0

Tabulka 16 - Relativní četnost výskytu parazitárních onemocnění dle roku narození (na 1000 pacientů a měsíc)

Ordinace	Svrab během 1987 a ml.	Svrab během 1958-1986	Svrab během 1957 a st.	Pedikulóza 1987 a ml.	Pedikulóza 1958-1986	Pedikulóza 1957 a st.	Helmintóza 1987 a ml.	Helmintóza 1958-1986	Helmintóza 1957 a st.
Praha	1,090	4,391	5,871	2,087	8,286	7,861	0,000	0,000	0,000
Pardubice	0,000	2,621	4,520	0,000	0,210	0,000	0,000	0,000	0,000
Plzeň (kontr. do 1.4.2020)	5,747	0,397	5,952	0,000	3,968	2,976	0,000	0,000	0,000
Plzeň (kontr. do 1.8.2020)	4,926	1,020	5,102	0,000	3,401	2,551	0,000	0,000	0,000
Olomouc	1,810	11,036	2,172	8,772	26,690	11,913	0,000	0,000	0,000
Ostrava	0,000	0,811	4,542	0,590	1,937	5,241	0,000	0,000	0,000
Projektové ordinace	0,280	1,457	1,320	0,703	2,946	2,489	0,000	0,000	0,000

Tabulka 17 – Absolutní četnost výskytu parazitárních onemocnění dle roku narození během projektu (na 1000 pacientů a měsíc)

Ordinace	Svrab běhe m 1987 a ml.	Svrab běhe m 1958-1986	Svrab běhe m 1957 a st.	Pedikulóza 1987 a ml.	Pedikulóza a 1958-1986	Pedikulóza a 1957 a st.	Helmintóza a 1987 a ml.	Helmintóza a 1958-1986	Helmintóza a 1957 a st.
Praha	20	420	47	78	1190	252	0	0	0
Pardubice	0	27	9	2	0	0	0	0	0
Plzeň (kontr. do 1.4.2020)	0	6	2	0	0	0	0	0	0
Plzeň (kontr. do 1.8.2020)	0	4	2	0	0	0	0	0	0
Olomouc	0	28	15	12	164	50	0	0	0
Ostrava	0	40	81	0	84	388	0	0	0
Projektové ordinace	20	515	152	92	1438	690	0	0	0

Tabulka 18 - Relativní četnost výskytu parazitárních onemocnění dle roku narození (na 1000 pacientů a měsíc)

Ordinace	Svrab běhe m	Svrab běhe m	Svrab běhe m	Pedikulóza 1987 a ml.	Pedikulóza a 1958-1986	Pedikulóza a 1957 a st.	Helmintóza a 1987 a ml.	Helmintóza a 1958-1986	Helmintóza a 1957 a st.
----------	--------------	--------------	--------------	-----------------------	------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------	-------------------------



	1987 a ml.	1958- 1986	1957 a st.						
Praha	1,399	6,684	2,901	5,458	18,938	15,556	0,000	0,000	0,000
Pardubice	0,000	7,075	8,475	1,170	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Plzeň (kontr. do 1.4.2020)	0,000	2,381	2,976	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Plzeň (kontr. do 1.8.2020)	0,000	1,905	3,571	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Olomouc	0,000	1,787	1,258	4,386	10,465	4,192	0,000	0,000	0,000
Ostrava	0,000	2,028	10,613	0,000	4,258	50,839	0,000	0,000	0,000
Projektové ordinace	0,190	1,184	1,020	0,873	3,306	4,630	0,000	0,000	0,000

14. Příloha K – TEXT ZADÁNÍ ANALÝZ PRO ÚZIS

Projekt „Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez přístřeší“ s reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0009641 je realizovaný Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost, prioritní osa – Sociální začleňování a boj s chudobou. Hlavní účel evaluace projektu je ověření správnosti nastavení Klíčové aktivity 1 – Podpora ambulantní zdravotní péče a terénních služeb, resp. dotačního programu a dalších souvisejících intervencí v rámci této klíčové aktivity s důrazem na dopady. Cílem dopadové části evaluace je posoudit dosažené výstupy, míru jejich využití cílovými skupinami a potenciální přínosy k očekávaným dopadům. Projekt očekává dopady zejména v oblasti zlepšené péče o zdraví cílové skupiny (CS) a pozitivních ekonomických efektů pro širší systém (snížení úhrad z veřejných prostředků).

Data z NZIS budou konkrétně sloužit k vyhodnocení dvou klíčových indikátorů evaluace: snížení počtu hospitalizací (urgentních i na zvolených lůžkách následné péče, které mají další efekt do úhrad z veřejných rozpočtů) a snížení počtu výjezdů ZZS (Zdravotnické záchranné služby).

Ordinace pro osoby bez přístřeší fungovaly ve 4 intervenčních městech již před začátkem dotačního projektu (Armáda Spásy Ostrava 2018, Charita Olomouc 2007, Naděje Praha 1994, MUDr. Radoslav Svoboda s.r.o. Pardubice 2016). Začátek zkoumaného projektu je v r. 2020. Projekt rozšířil zdravotní péči poskytovanou ordinacemi a umožnil pravidelné terénní edukativní výjezdy (edukace zdravotní sestrou).

Do projektu je zapojena z výzkumných důvodů také ordinace provozovaná Charitou a Poliklinikou Bory v Plzni od r. 2011, která slouží jako srovnávací (neintervenční). Ta ovšem v systému provozu nemá odděleny pacienty CS a pacienty z běžné populace, a nebude tedy do analýzy dat zahrnuta. Z důvodu pozastavení plateb zdravotních pojišťoven po dobu dotace nejsou přenášena data z pilotních ordinací do ÚZIS, proto nebude možné zahrnout do analýzy pacienty, kteří ordinaci navštívili od doby po zahájení projektu. Z analýzy jsme pak vyřadili ordinaci Naděje v Praze, která má velké množství jednorázových pacientů a není registrující ordinací.

Žádáme proto o datovou analýzu spočívající ve vyčíslení těchto parametrů u pacientů 3 sledovaných ambulancí (Armáda spásy Ostrava, Charita Olomouc a MUDr. Radoslav Svoboda):

I. Počet vstupních ošetření na akutním příjmu v nemocnicích

II. Počet hospitalizací

a) na lůžkách akutní péče



b) na lůžkách následné péče, LNP, DIOP, DIP

c) v následné péči v psychiatrických nemocnicích

III. Počet primárních výjezdů ZZS na jednoho pacienta z CS (všechny hrazené výjezdy, tedy varianty „převezen do nemocnice“ i „ponechán na místě“)

Všechny ordinace fungují primárně pro CS, tedy není nutné dále specifikovat CS za pomoci sekundárních charakteristik (např. specifických diagnóz). Přikládáme vzorovou matici možné organizace dat s upřesněním, že v obou případech žádáme o průměrný i celkový počet hospitalizací/ošetření/výjezdů k CS.

Prosíme o analýzu dat ve výše uvedených parametrech v následujícím sledovaném časovém období, a to s měsíční granularitou, z důvodu možného zkreslení dat kvůli COVID-19 i kvůli přesnému zachycení nástupu projektu:

Od 1.1.2014 do 31.12.2021 (či co nejbližší konci roku 2021).

Ordinace pro osoby bez přístřeší v Olomouci funguje již od roku 2007, v Ostravě od roku 2018, v Pardubicích od roku 2016. Projekt byl v Ostravě a Olomouci spuštěn dne 1.4.2020, v Pardubicích dne 1.8.2020. Budeme tedy sledovat pacienty před otevřením ambulance, v provozu a v posíleném provozu, abychom odsledovali jednotlivé stupně/efekty péče pro CS (bez ordinace pro CS, s ordinací pro CS, s posílenou ordinací pro CS).

Pacienti jsou vydefinováni takto:

Pardubice - pacienti z CS, kteří navštívili ordinaci v období 1.1.2014 - 31.7.2020

Ostrava a Olomouc - pacienti z CS, kteří navštívili ordinaci v období 1.1.2014 - 31.3.2020

Zároveň žádáme o rozlišení dvou typů pacientů CS:

- o podskupinu analýzy budou tvořit pacienti CS, kteří ordinaci v období 1.1.2016 do 31.3.2020, resp. 31.7.2020 pouze navštívili 1–2x.
- o podskupinu analýzy budou tvořit pacienti CS, kteří ordinaci v období 1.1.2016 do 31.3.2020, resp. 31.7.2020 navštívili 3x a vícekrát. Pacienti CS, kteří chodí na prevenci i následné kontroly, by měli mít teoreticky nižší počet hospitalizací a odvozů.

IV. O stejná data prosíme i za běžnou populaci. V příložené tabulce uvádíme i jednotlivá města. Pokud tato data není možné vygenerovat za tato města, budou stačit i obecně za ČR.

V. Mimoto Vás prosíme o informaci o proočkovanosti CS a běžné populace (vyjádřenou jako podíl k populaci CS, resp. celé populace). Jde o situaci k 1.1.2018 a 31.12.2021. Jde o očkování TBC, tetanus, VHA, VHB, chřipka a COVID-19.

Žádost obsahuje excelovou přílohu (navrhovaná matice dat). Souhlas uvedených ambulantních poskytovatelů přikládáme.

(konec textu 1. žádosti o analýzu)

Dále následují parametry z doplňující žádosti č. 2:

(...) Jedná se nám o průměrnou délku hospitalizací (ve dnech) a průměrné denní náklady hospitalizace na 1 osobu CS, potažmo celkový počet hospitalizací a průměrný počet hospitalizací:

a) na lůžkách akutní péče intenzivní (ARO, JIP)

b) na lůžkách akutní péče standardní (bez psychiatrických odd.)

c) na lůžkách následné a dlouhodobé péče, tj. LDN, DIOP, DIP, kromě následných lůžek psychiatrických nemocnic



c) na lůžkách následné péče v psychiatrických nemocnicích a na lůžkách psychiatrických oddělení jiných nemocnic

Prosíme o analýzu dat ve výše uvedených parametrech v následujícím sledovaném časovém období, a to s měsíční granularitou, z důvodu možného zkreslení dat kvůli COVID-19 i kvůli přesnému zachycení nástupu projektu:

Od 1.1.2014 do 31.12.2021.

Pacienti CS jsou vydefinovaní takto:

Pardubice - pacienti z CS, kteří navštívili ordinaci v období 1.1.2014 - 31.7.2020

Ostrava a Olomouc - pacienti z CS, kteří navštívili ordinaci v období 1.1.2014 - 31.3.2020

Zároveň žádáme o rozlišení dvou typů pacientů CS.

- 1. podskupinu analýzy budou tvořit pacienti CS, kteří ordinaci v období 1.1.2016 do 31.3.2020, resp. 31.7.2020 navštívili ordinace pouze 1–2x.
- 2. podskupinu analýzy budou tvořit pacienti CS, kteří ordinaci v období 1.1.2016 do 31.3.2020, resp. 31.7.2020 navštívili 3x a vícekrát. U pacientů CS, kteří chodí na prevenci i následné kontroly, bychom měli teoreticky pozorovat nižší zátěž do veřejných rozpočtů.

IV. O stejná data, prosíme i za běžnou populaci. V příložené tabulce uvádíme i jednotlivá města. Pokud tato data není možné vygenerovat za tato města, budou stačit i obecně za ČR.

Žádost obsahuje excelovou přílohu (navrhovaná matice dat)

(Konec žádosti)



15. Příloha L – SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Projektové dokumenty

Projektový dokument (situační analýza, cíl projektu, rizika projektu, klíčové aktivity)

Výzva k předkládání žádostí o dotaci v rámci Programu poskytování zdravotně sociálních služeb osobám bez přístřeší ze dne 17. 10. 2019

Výzva 2 k předkládání Žádostí o dotaci v rámci programu Poskytování zdravotně sociálních služeb osobám bez přístřeší II. ze dne 23. 4. 2020

Výzva k předkládání Žádostí o dotaci v rámci programu Poskytování zdravotně sociálních služeb osobám bez přístřeší III. ze dne 3. 11. 2021

Dotační rozhodnutí (NADĚJE, Armáda Spásy, MUDr. Radoslav Svoboda, Charita Česká republika)

Metodika programu Poskytování zdravotně sociálních služeb osobám bez přístřeší

Metodický pokyn k Metodice programu Poskytování zdravotně sociálních služeb osobám bez přístřeší II. – vysvětlení

Měsíční monitorovací zprávy pilotních provozů ordinací

Návrh registračního listu zdravotního výkonu Ošetření osoby bez domova

Návrh koncepce zlepšení dostupnosti zdravotní péče pro lidi bez domova (autoři Dudka, Pekárková)

Seznam nových signálních výkonů ordinací

Metodika ošetřování CS v karanténních domech

Metodika práce terénního týmu „Jednání se zájemcem o službu preventivního mobilního týmu a základní nástroje“

Informační brožura projektu

Datové sady

Exporty dat z IS pilotních ordinací a srovnávací ordinace

Zpracovaná data IS ordinací evaluátory – datové tabulky

Datová analýza ÚZIS (červen 2022)

Dodatečná analýza ÚZIS k hospitalizacím (říjen 2022)

Tématické odborné články a publikace

MAREK, J. A KOL. Bezdomovectví. Portál, Praha, 2012

ŠUPKOVÁ, D. A KOL. Zdravotní péče o bezdomovce v ČR. Grada Publishing, Praha, 2007

MEDIAN. Analýza situace bezdomovectví v Praze. Zpracováno pro Centrum sociálních služeb Praha. Praha, říjen 2020

INSTITUT PRO SOCIÁLNÍ POLITIKU A VÝZKUM. Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR. Praha, 2019

ÚZIS. Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2019. Zdravotnická statistika ČR. Vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha 2, Palackého nám. 4

Závěrečná zpráva projektu Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez přístřeší – PŘÍLOHY 157



ÚZIS. Pacientské klasifikační systémy. Klasifikační systém CZ-DRG 4.0 revize 1 pro akutní lůžkovou péči v ČR. Dostupné na: <https://drg.uzis.cz/klasifikace-pripadu/web/analyzy-a-publikace/cenik>, navštíveno dne 28. 7. 2022

INSTITUT PRO POLITIKU A SPOLEČNOST. Struktura nákladů v českém zdravotnictví a mechanismy jejich alokace, prosinec 2019

VÝZKUMNÝ ÚSTAV PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Sčítání osob bez domova v české republice 2019. kategorie bez střechy a vybrané kategorie bez bytu podle typologie ETHOS, Praha, 2019

EVROPSKÁ FEDERACE NÁRODNÍCH SDRUŽENÍ PRACUJÍCÍCH S BEZDOMOVCI. Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení v prostředí ČR (ETHOS). Dostupné na: https://www.feantsa.org/download/cz_8621229557703714801.pdf, navštíveno 15. 3. 2022

ČERMÁKOVÁ, N. Zdravotní pojišťovny vydaly více peněz na léčbu žen. IN: Statistika a my (magazín Českého statistického úřadu). Publikováno 19. 8. 2021, dostupné na: <https://www.statistikaamy.cz/2021/08/19/zdravotni-pojistovny-vydaly-vice-penez-na-lecbu-zen>, navštíveno 5. 7. 2022

Odborná evaluační literatura

HENDL, J., REMR, J. Metody výzkumu a evaluace. Portál, 2017

MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ – EVALUAČNÍ JEDNOTKA NÁRODNÍHO ORGÁNU PRO KOORDINACI. Průvodce evaluátora. Praha, 2020. Dostupné na: https://dotaceeu.cz/getmedia/05897e7c-7a52-482c-a3d4-cf29369e0cbe/Pruvodce-evaluatora_2020.pdf.aspx, navštíveno 10.2.2021

MPSV. Postupy a metody kontrafaktuálních dopadových evaluací pro Operační program Zaměstnanost v období 2014–2020, dostupné na https://www.mpsv.cz/documents/20142/848077/Metodika_CIE_MPSV_131015.pdf/cbe02b6d-4042-6801-14a5-1f40cd597a7d, navštíveno 15. 1. 2021

ČES. Etický kodex evaluátora. Dostupné na: https://czecheval.cz/p%C5%99%C3%ADlohy/dvitek_etickykodex_ces.pdf, navštíveno 15. 1. 2021

ČES. Formální standardy provádění evaluací. Dostupné na: https://czecheval.cz/Dokumenty%20-%20archiv/ces_formalni_standardy_evaluaci_short_5_.pdf, navštíveno 15. 1. 2021

PATTON, M. Q. How to Use Qualitative Methods in Evaluation. California: SAGE Publishing, 1987

MAREŠ, J. Tvorba případových studií pro výzkumné účely. Pedagogika, roč. 65, 2015

STAKE, R. E. The Art of Case Study Research. New York: SAGE Publishing, 1995

YIN, R. K. Case Study Research. Design and Methods. Third Edition. California: SAGE Publishing, 2003

ABADIE et al. Implementing matching estimators for average treatment effects in Stata. In: The Stata Journal (2004) 4, No. 3, pp. 290-311

Revidovaná legislativa

Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů



16. Příloha M – NEJČASTĚJI VYKAZOVANÉ DIAGNÓZY ORDINACÍ

Tabulka 1 – Nejčastější diagnózy v ordinacích v Praze a Plzni

Plzeň před projektem			Plzeň během projektu			Praha před projektem			Praha během projektu		
Výkon	Počet	%	Výkon	Počet	%	Výkon	Počet	%	Výkon	Počet	%
9543	236	29,9%	1543	383	34,4%	9237	6900	23,5%	9237	3534	30,3%
1023	142	18,0%	1024	217	19,5%	9543	6280	21,4%	1543	2726	23,4%
1024	116	14,7%	1023	158	14,2%	1023	6193	21,1%	1023	2033	17,5%
9511	96	12,2%	9511	72	6,5%	44239	1848	6,3%	1024	567	4,9%
1543	38	4,8%	1300	36	3,2%	1543	1405	4,8%	9002	287	2,5%
21113	16	2,0%	9125	32	2,9%	6123	979	3,3%	44239	265	2,3%
89131	13	1,6%	9551	19	1,7%	1024	891	3,0%	6121	207	1,8%
1021	12	1,5%	9237	16	1,4%	9119	755	2,6%	6123	200	1,7%
9550	12	1,5%	9513	16	1,4%	1030	629	2,1%	1030	183	1,6%
9237	11	1,4%	89131	15	1,3%	9511	620	2,1%	9119	181	1,6%
9551	10	1,3%	9550	14	1,3%	908	577	2,0%	9241	174	1,5%
9215	8	1,0%	9215	10	0,9%	9115	453	1,5%	908	163	1,4%
1022	5	0,6%	9111	8	0,7%	917	271	0,9%	944	161	1,4%
44239	5	0,6%	9127	8	0,7%	950	200	0,7%	9115	118	1,0%
1999	4	0,5%	44239	7	0,6%	951	195	0,7%	9511	97	0,8%
9111	4	0,5%	1306	7	0,6%	9241	148	0,5%	9007	72	0,6%
21221	4	0,5%	1441	7	0,6%	916	143	0,5%	9215	64	0,5%
21413	4	0,5%	99949	7	0,6%	9215	141	0,5%	917	62	0,5%
89119	4	0,5%	1999	6	0,5%	2230	120	0,4%	951	49	0,4%
913	3	0,4%	2230	6	0,5%	944	99	0,3%	916	49	0,4%
Celkem	743	94,1%	Celkem	1044	93,8%	Celkem	28847	98,1%	Celkem	11192	96,1%
Souhrn	790	100,0%	Souhrn	1113	100,0%	Souhrn	29396	100,0%	Souhrn	11649	100,0%
Počet druhů výkonů			70			Počet druhů výkonů			77		



Tabulka 2 – Nejčastější diagnózy v ordinacích v Ostravě, Olomouci a Pardubicích

Pardubice před projektem			Pardubice během projektu			Olomouc před projektem			Olomouc během projektu			Ostrava před projektem			Ostrava během projektu		
Výkon	Počet	%	Výkon	Počet	%	Výkon	Počet	%	Výkon	Počet	%	Výkon	Počet	%	Výkon	Počet	%
9543	636	26,4%	1543	652	38,3%	9543	9272	27,7%	1543	2833	24,3%	1024	835	0,1479	1543	3857	0,3051
1023	356	14,8%	1024	236	13,8%	1024	5500	16,5%	9511	1753	15,0%	1023	800	0,1417	1024	2952	0,2335
1024	241	10,0%	1023	176	10,3%	9511	5432	16,2%	1024	1423	12,2%	9237	781	0,1384	1023	923	0,073
1543	198	8,2%	9532	71	4,2%	1023	4219	12,6%	1023	1304	11,2%	1150	520	0,0921	9237	814	0,0644
9119	153	6,3%	9119	68	4,0%	9237	3457	10,3%	0	912	7,8%	1543	479	0,0849	44239	531	0,042
9511	112	4,6%	1443	50	2,9%	9241	1730	5,2%	9237	655	5,6%	9119	425	0,0753	99949	409	0,0324
1021	75	3,1%	9511	43	2,5%	9215	965	2,9%	9215	389	3,3%	1021	369	0,0654	9119	405	0,032
1443	60	2,5%	9550	43	2,5%	1543	538	1,6%	9241	310	2,7%	2230	254	0,045	9003	357	0,0282
1030	52	2,2%	9123	39	2,3%	2105	376	1,1%	9119	207	1,8%	9215	178	0,0315	9001	332	0,0263
9550	44	1,8%	9551	35	2,1%	9119	371	1,1%	9001	176	1,5%	9127	172	0,0305	1150	292	0,0231
9551	42	1,7%	2230	29	1,7%	1022	156	0,5%	9111	123	1,1%	2125	151	0,0268	2230	292	0,0231
9111	38	1,6%	1300	29	1,7%	9550	139	0,4%	2230	122	1,0%	9511	113	0,02	9511	207	0,0164
2230	34	1,4%	9127	20	1,2%	9509	137	0,4%	1300	111	1,0%	1441	88	0,0156	9215	162	0,0128
2105	33	1,4%	21510	18	1,1%	9551	136	0,4%	9551	108	0,9%	1443	81	0,0144	1443	151	0,0119
9123	32	1,3%	9241	16	0,9%	1040	107	0,3%	9550	86	0,7%	1999	65	0,0115	9241	149	0,0118
9532	28	1,2%	9237	16	0,9%	9219	105	0,3%	1306	77	0,7%	44239	60	0,0106	9127	129	0,0102
51818	25	1,0%	9111	14	0,8%	62140	89	0,3%	2105	72	0,6%	9123	49	0,0087	9115	129	0,0102
9127	24	1,0%	9509	13	0,8%	9123	83	0,2%	1022	61	0,5%	1030	45	0,008	1300	103	0,0081
21510	24	1,0%	1021	12	0,7%	62130	68	0,2%	15118	57	0,5%	9111	37	0,0066	1021	96	0,0076
1441	23	1,0%	1441	12	0,7%	9216	66	0,2%	9127	56	0,5%	9241	23	0,0041	9111	63	0,005
Celkem	2230	92,4%	Celkem	1592	93,4%	Celkem	32946	98,5%	Celkem	10835	93,0%	Celkem	5525	97,9%	Celkem	12353	97,7%
Souhrn	2413	100,0%	Souhrn	1704	100,0%	Souhrn	33433	100,0%	Souhrn	11652	100,0%	Souhrn	5644	100,0%	Souhrn	12642	100,0%
Počet druhů výkonů			58			Počet druhů výkonů			93			Počet druhů výkonů			68		