

Dílčí výsledky evaluace projektu „Zvyšování dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez přístřeší“ (2020-2022)

Barbora Latečková
4G eval s.r.o.

Příspěvek na konferenci České evaluační společnosti
Praha, 16. června 2022



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Osnova prezentace

1. Harmonogram evaluace
2. Složení evaluačního týmu
3. Evaluační otázky a cíle evaluace, stakeholderi
4. Evaluační design a metodologické překážky, teorie změny a indikátory
5. Klíčová zjištění z procesní evaluace, dobrá praxe, vliv COVID-19 na průběh projektu
6. Zjištění z kazuistik
7. Zjištění z informačních systémů pilotních ordinací
8. Design analýzy pro ÚZIS a předběžná zjištění
9. Návrh pro pojišťovny (jak bonifikovat ordinace, zavedení výkonů specifických pro CS)
10. Předpoklady udržitelnosti



Složení evaluačního týmu

- ▶ Barbora Latečková, evaluátorka a vedoucí evaluačního týmu
- ▶ Oto Potluka, výzkumník, statistik a specialista kontrafaktuálních evaluací, Univerzita v Basileji
- ▶ Marie Körner, metodička a socio-ekonomka, kontrola kvality a sběru dat
- ▶ Renata Korečková, expertka sociálně-zdravotního pomezí, právnička Záchranné služby Havlíčkův Brod

Harmonogram evaluace

- ▶ Evaluační plán a aktualizace designu evaluace, vstupní rozhovory s ordinacemi ✓
- ▶ Kontrola dat z IS a vygenerování baseline pro statistika, jak z pilotních, tak ze srovnávací ordinace ✓
- ▶ Průběžná evaluační zpráva ✓
 - ▶ Rozhovory se všemi stakeholdery ve 4 městech (celkem 34 rozhovorů)
 - ▶ Práce se statistickými daty (test generování dat), byly např. ověřeny rozdíly v relativní četnostech infekčních a parazitárních onemocnění mezi ordinacemi.
 - ▶ Dále byla ověřena dostupnost údajů ze ZZS k výjezdům k osobám CS a k hospitalizacím osob CS z ÚZIS (jak na akutním, tak na následném lůžku).
 - ▶ Procesní i systémová doporučení
- ▶ Kazuistiky, celkem 76 rozhovorů v 1. vlně a 28 opakovaných respondentů ve 2. vlně sběru dat ✓
- ▶ V květnu proběhlo 1. jednání s pojišťovny, závěrečná evaluační zpráva (ukončení smlouvy 15.7.2022)
- ▶ Září 2022 – prezentace výsledků projektu Ministerstvu zdravotnictví a zainteresovaným stranám



Hlavní evaluační otázky

1. Zvýšila se využitá **kapacita služeb ordinace** praktického lékaře zaměřeného na CS projektu v pilotovaných městech oproti výchozímu stavu?
2. Přispěl projekt ke **zlepšení péče o zdraví** osob CS?
3. Přispěl projekt ke **zlepšení sociální situace** osob CS?
4. Jaké jsou pravděpodobné **ekonomické efekty** projektu na širší systém?
5. Lze na základě výsledků doporučit **institucionalizaci služby**?
6. Jakým **problémům** projekt čelí? (procesní část)



Cíle evaluace

- ▶ Vyhodnocení dopad **klíčové aktivity (KA1) – Podpora ambulantní zdravotní péče a terénních služeb a průběžné vyhodnocení** probíhajících činností (formativní evaluace):
 - ▶ adekvátního personálního a technického zajištění a průběhu spolupráce s cílovými skupinami
 - ▶ dodržení časového harmonogramu
 - ▶ identifikovat slabé a silné stránky a navrhnout doporučení pro závěrečnou fázi realizace projektu
 - ▶ ověřit vhodnost způsobu řešení projektu v oblasti zdravotní péče o osoby bez přístřeší
 - ▶ prověřit, jak je zajištěna spolupráce s pojišťovnami na možném hrazení specifických úkonů pro osoby CS po ukončení projektu
- ▶ Průběžně jsme identifikovali také **dobrou praxi** kvůli možné budoucí replikaci v dalších městech

Evaluační design a metody sběru dat

- ▶ Evaluace je rozdělena na vyhodnocení dopadů projektu (sumativní evaluace) a průběžné vyhodnocení probíhajících činností (procesní) s využitím **kvalitativních i kvantitativní metod** (smíšený design).
- ▶ V jádru přístupu k dopadové evaluace jsou **statistické kvazi-experimentální metody** (pre-post časové řady, rozdíl v rozdílech) využívané pro kontrafaktuální dopadové evaluace (intervenční a neintervenční ordinace). Evaluační tým za tímto účelem identifikoval tzv. srovnávací ordinaci nepodpořenou projektem, která paralelně k projektu poskytuje zdravotní služby pro cílovou skupinu, a která si vede záznamy v IS, ale nemá terénní službu.
- ▶ **Klíčové kvalitativní metody:** rozhovory, kazuistiky (a) hloubkové, s opakovaným sběrem dat a b) příklady sociálně terénní práce v MMZ, na základě vypracované metodologie případových studií.
- ▶ Příčinná souvislost mezi výslednými změnami a projektem je hodnocena zejména dle rekonstruované teorie změny projektu (**theory-based evaluation**) a s předpokládaným využitím řady statistických analytických metod.
- ▶ Metody sběru dat: Analýza sekundárních dat včetně statistických (Review). Polostrukturované rozhovory se stakeholdery (Key Informant Interviews – KII, případně skupinové rozhovory (Group Discussion – GD, návštěva a pozorování (Visit and Observation – V&O).



TEORIE ZMĚNY A INDIKÁTORY

Záměr

Příspěvek ke zvýšení efektivity služeb hrazených z veřejných rozpočtů zlepšením zdraví populace osob bez přístřeší

Indikátory:

- *Snížení celkových nákladů na zdravotní péči osob CS z veřejných rozpočtů*
- *Zajištění úhrady specifických úkonů péče o osoby CS z veřejných rozpočtů*

Krátkodobý dopad 1

Zlepšení péče o zdraví osob CS

- *Snížení onemocnění z důvodu vyšší proočkovanosti*
- *Snížení výskytu infekčních a parazitárních onemocnění*

Krátkodobý dopad 2

Zlepšení sociální situace CS

- *Kazuistiky: zlepšená soc. situace, zejména u osob pod střechou (bydlení, zaměstnání)*

Krátkodobý dopad 3

Ekonomické dopady

- *Snížení výjezdů IZS*
- *Snížení finanční náročnosti vynaložené péče o osoby CS (finanční vyčíslení dle bodovaných výkonů) z důvodu prevence*
- *Snížení počtu hospitalizací*

Cíl

Zvýšení přístupu k dostupným zdravotním službám a zdravotní péči pro osoby bez přístřeší a osoby ztrátou přístřeší ohrožených ve vybraných lokalitách

- *min. 500 unikátních osob CS navštíví 1 ordinaci za projektové období*
- *Ordinace jsou navázány na síť poskytovatelů zdravotních služeb (zvýšení počtu CS odeslaných ke specialistům – gynekolog, dermatolog, neurolog, psycholog, internista, zubař...)*
- *Zvýšení počtu osob CS referovaných do následné sociální služby (ÚP, ČSSZ, sociální zařízení)*
- *Zvýšení míry proočkovanosti mezi osobami CS*
- *Zvýšení počtu předaných informací o poradenských službách týkajících se osobních dokladů a dluhového poradenství*
- *Zajištění financování aktivit v současné míře po ukončení projektu*

Stakeholderři

- ▶ MZ (financující subjekt), odborný tým MZ
- ▶ Hlavní CS: osoby bez přístřeší; vedlejší CS: Implementující subjekty provozující pilotní ordinace praktického lékaře (Charita Olomouc, NADĚJE Praha, MUDr. Radoslav Svoboda Plzeň + SKP-Centrum, Armáda spásy Ostrava) ve spolupráci se sociální službou
- ▶ Srovnávací ordinace v Plzi (nedostávají podporu)
- ▶ Ambulantní specialisté, sociálně-zdravotní pracovníci nemocnic
- ▶ Zdravotnická záchranná služba
- ▶ Krajské úřady, Magistráty
- ▶ Zdravotní pojišťovny (Svaz zdravotních pojišťoven a VZP)



Zjištěné příklady dobré praxe

- ▶ **Spolupráce se sociální službou (chystání léků do dávkovače, pravidelné podávání léků)**
- ▶ **Terénní služba:** Je hodnoceno kladně, že v terénu působila zdravotní sestra, která může lépe edukovat a motivovat pacienta, která má případně také větší „páku“ na umístění do zdravotnických zařízení než sociální pracovník. Umí také lépe vyhodnotit, zda k případům volat IZS nebo ne.
- ▶ Vytvoření **metodiky zdravotní péče v karanténních domech** (vypracována lékařkou Armády spásy, t.č. v Ostravě).
- ▶ **Úhrada doplatků na léky:** funguje v Plzni, ordinace praktika je umístěná v areálu Charity Plzeň, provozuje ji soukromá Poliklinika Bory (kontraktor Magistrátu). Pokud mají osoby CS recept z pilotní ordinace, dostanou v Poliklinice Bory lék zdarma.

Vliv COVID-19 na průběh projektu

- ▶ Upozadění edukace v rámci terénních výjezdů
- ▶ Přejídné personální oslabení ordinací z důvodu nemoci
- ▶ Podpora humanitárního ubytování ve městech, zřizovány karanténní domy, ukázala se dostupnost kapacit i pro osoby CS
- ▶ Prevence onemocnění CS: Ordinance a NDC často místo, kam si chodili CS pro informace, nutnost přísné hygienické nároky na prostory ordinací, plexiskla, nové rozmístění stolů, rozestupy, distribuce ochranných pomůcek, dezinfekce, očkování (zpravidla jednorázovou vakcínou vzhledem k obtížnosti plánování návštěv s CS) a testování.



Obecné poznatky z kazuistik (1/2)

- ▶ Pokud lidé nemají možnost posunout do dostupného sociálního bydlení, pak je obtížné dlouhodobě jejich sociálně a zdravotní situaci řešit (nevhodné prostředí ubytoven – skupinové zavšivení apod., omezená doba možnosti pobytu v azylových domech, noclehárny pouze sezónně/na noc, zákaz konzumace alkoholu).
- ▶ V azylových domech se zdravotně stabilizují, ale mnoho z nich uvedlo, že je to pro ně stresující prostředí, chybí často specializovaná péče (např. pravidelně chodí psycholog, ale pacienti s bipolární poruchou, schizoidní poruchou, těžkými depresemi by potřebovali být umístěni v sociálním zařízení se specializovanou zdravotní péčí).
- ▶ Některé osoby CS uvedly, že mají negativní zkušenosti z nemocničního prostředí, akutně sice byli ošetřeni, ale po pár dnech nebo i jen hodinách, než jsou dostatečně zaléčeni, jsou propuštěni zpátky buď na ulici nebo do sociální služby. Vede to k přetížení sociálních služeb a opakovaným hospitalizacím. Nevnímali by nějaké nízkoprahové zdravotní zařízení – „polikliniku pro chudé“ – jako stigmatizující.
- ▶ Osoby CS se snaží hradit si doplatky na léky, léčba je pro ně důležitá (peníze si buď půjčí od známých/sociální služby, hromadí si je do zásoby, seženou na ulici, nebo využívají specifické hodiny v lékárnách, kdy je dostanou bez doplatku, ti, kteří mají důchod, obecně úhrady zvládají lépe). Mnoho lidí na ulici si udržuje také hygienické návyky, zejména ti, kteří pracují. Problém s bezdoplatkovými léky: závislosti.
- ▶ Mladí lidé na ulici řeší často svou zdravotní situaci až ve chvíli, kdy vážně onemocní, a dostanou se pak do péče.

Obecné poznatky z kazuistik (2/2)

- ▶ Nutno CS umístiti do pro bydlení, život na ulici je nebezpečné místo (okradení, zbití – viz četné kazuistiky), snížila by se zátěž do zdravotního systému (opakované hospitalizace).
- ▶ V zařízeních mohou dbát na lepší stravu – důležité pro léčbu, a omezení alkoholu (lepší hojení ran).
- ▶ Nový typ CS „ekonomický“: Zpravidla muži středního věku, kteří přišli během pandemie o práci a dosud žili na ubytovnách. V Olomouci to vedlo k odmítání zájemců o ubytování na noclehárnách pro muže z kapacitních důvodů.
- ▶ Důležité odvézt CS ihned: Klienti mají zájem o edukaci v terénu, případně o materiál k ošetření, resp. krytí ran „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“* (zdroj: MMZ)

Dobrý praxe z kazuistik

- **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
- **MHMP zřídil penzion pro covid pozitivní lidi bez domova** s kapacitou 60 míst
- Školení: Zdravotní sestra z ordinace v Praze absolvovala v březnu/2021 kurz Ošetřování chronických ran. Hlavním přínosem pro sestru byly informace o nových materiálech a čištění ran. Vzhledem k vysoké ceně zmiňovaných materiálů vidí sestra jejich využití zejména v pobytových službách, kde mají pacienti kontinuální péči.
- **Sanitář (hrazen v rámci sociálních služeb), pomoc s „vedlejšími činnostmi“ v rámci ošetření CS** – za jeden měsíc (za příklad Olomouc 09/2020, data viz MMZ): výměna oblečení 28x, ošetření 7x problematických klientů, oholení 19x, odvšivení 7x, stříhání nehtů 13x, sprcha v ordinaci 42x (vykazováno v IS jako 84, neboť místo 15min šlo o 30min), převazy malé 26x, převazy velké 44x, vyzvednutí receptu v lékárně 28x, telefonické konzultace sestry 64x.
- K PMT v Ostravě se připojoval sociální pracovník z Teréniho programu Adelante, ukázalo se jako nezbytné - a zlepšil orientaci v místech pobytu CS, také posílení důvěry v nové tváře/pracovníky PMT, jezdilo se na předem vytipovaná místa
- **Zajištění návazné specializované péče** (hromadná vyšetření pacientů ordinace na Klinice zubního lékařství FNOL)
- **Výhoda terénního vozu:** transporty do zdravotnických zařízení, karanténních domů, okamžitý odvoz, sestra do terénu, větší zachytávání CS.

Kazuistiky osob CS pod střechou (1/5)

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

- ▶ *Muž, 70 let, Praha Naděje, důsledně abstínuje, 40 let na ulici, přišel o byt, okolnosti si nepamatuje, původně z Trutnova, po amputaci obou částí chodidel, o berlích, zhoršené kognitivní funkce, špatně vidí, nyní umístěn do DZR Přístav na dožití.*
- ▶ *Žena, 64 let, Olomouc Domov sv. Anežky, na invalidním vozíku, přes 15 let na ulici, hospitalizována na základě vyšetření v pilotní ordinaci („sama jsem si to neuměla vyhodnotit“), amputace dolní končetiny, rovnou z LDN do Domova. Sociální pracovníci pomohli vyřídit starobní důchod i nové osobní doklady.*

Kazuistiky osob CS pod střechou (2/5)

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

- ▶ **Žena, 73 let**, Olomouc Domov sv. Anežky, má 5 dětí, dva synové jsou také bez domova, splácí dluhy za dceru, má přetrvávající urologické potíže, ale zlepšil se jí spánek, má starobní důchod, z toho platí léky.
- ▶ **Muž, 78 let**, Olomouc Domov Sv. Anežky, nemá vlastní rodinu, po návratu z Německa žil po ubytovnách a v obdobných pobytových zařízeních, trápila ho prostatita, cukrovka, vysoký tlak, nyní si tělo na léky zvyklo, ale „chtěl by jich brát méně“ (léky bere díky dávkování v Domově pravidelně – dobrá praxe).



Kazuistiky osob CS pod střechou (3/5)

3) 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.

- ▶ **Žena, 59 let**, Praha Naděje, rozvádí se s manželem, oběť domácího násilí (chybějící zuby, kvůli opakovaným otřesům mozku poškození paměti), pobyt v azylovém domě je pro ni psychicky náročný, má brigády (úklid), v květnu bude umístěna do tréninkového bytu Naděje.
- ▶ **Žena, 66 let**, Praha Naděje, zemřel jí manžel, psychiatrická diagnóza (rozvinula se schizofrenie), subjektivně se díky pobytu v zařízení stabilizovala psychika a zmírnila se bolest zad, dle sociální pracovnice však přetrvávají schizoidní záchvaty.
- ▶ **Žena, 54 let**, Praha Naděje, romského původu, rozešla se s partnerem, dříve žila v pronájmu, zlepšila se paměť po epizodě v bezvědomí a zmenšil se třes, výrazně lepší psychická kondice oproti 2021.
- ▶ **Muž, 61 let**, Praha Naděje, nemá prostředky na placení výživného pro děti, chtěl by do předčasného důchodu a najít si práci a bydlení, zaléčili mu růži.
- ▶ **Žena, 48 let**, Olomouc Domov sv. Anežky, s manželem žila do minulého roku v nájmu (ten se nyní stará o rodiče), anamnéza: před 4 lety mozková mrtvice, bipolární porucha, byla hospitalizována v psychiatrickém zařízení ve Štenberku (dobrá zkušenost). Stav je stabilizovaný, chodí pravidelně na vycházky.
- ▶ **Muž, 56 let**, Olomouc Domov sv. Anežky, rozvedený, psychiatrické onemocnění, částečné zneprávnění (má ručitelku), nediagnostikovaná bolest v nohou, nemá nárok na předčasný starobní důchod, doplatky na léky problém, chodí k psychologovi, ale potřeboval by lepší odbornou pomoc.

Kazuistiky osob CS pod střešou (4/5)

4) 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 dotyčný pobyt v domově důchodců odmítá, anamnesticky již třeba z podobného zařízení utekl apod.



Kazuistiky osob CS pod střechou (5/5)

5) 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

- ▶ **Muž, 33 let, Praha Naděje, abstinent, elefantiáza, na ulici byl dva roky, díky pilotní ordinaci U Bulhara identifikován jako pacient v terénu, umístěn do humanitárního zařízení, díky spolupráci sociálních pracovníků a kožního specialisty jde v květnu na operaci postižené nohy v nemocnici na Vinohradech. („Snažím se teď upravit jídelníček, abych zhubnul, dříve jsem dělal historický šerm a byl jsem hubený.“). Po rekonvalescenci půjde na ubytovnu. Naděje mu našla nového registrujícího praktika v OC Pankrác.**
- ▶ **Muž, 47 let, Pardubice, Azylový dům pro muže, obvodní lékařka odmítla ošetřit, do péče se dostal až díky pilotní ordinaci. („Věděl jsem, že buď ve svých 46 přijdu o nohu, nebo s tím začnu něco dělat“). Parazitární onemocnění v noze, nutnost pravidelných převazů, bojuje se závislostí na alkoholu, dříve po ubytovnách a pod mostem, kvůli pracovní neschopnosti přišel o práci. Minulý rok o berlích, nyní sám chodí, zaléčily se i vředy na rukou.**



Rozdělení typologie osob bez střechy (1 / 3)

- 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
- 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
- 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



Rozdělení typologie osob bez střechy (2/3)

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. 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.

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, přiveden sociálními pracovníky, pracovníky organizace, pomáhající uprchlíkům apod. Často těžké onemocnění jako nekróza/gangréna prstů nebo nohy, stav po polytraumatu, febrilie, těžká anémie



Rozdělení typologie osob bez střechy (3/3)

- 11) **Ženy bez domova v jiném stavu** – 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



Data z ordinací - pilotované výkony pro CS

- ▶ 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



Data z ordinací - pilotované výkony pro CS (2/3)

Zde uvádíme přehled podílů nových výkonů na všech vykazovaných výkonech:

Praha:	54.8 % (z 11 649 výkonů během doby trvání projektu) – vyšší podíl oproti ostatním ordinacím je dán i) absencí zázemí azylových domů na doléčení, tudíž opakování chronických onemocnění, ii) klienti často přicházejí jednorázově (50% klientů po prvním ošetření již nepřijde), iii) 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)



Které výkony by mohla hradit pojišťovna (1 / 3)

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

a) Příprava pacienta bez přístřeší na vyšetření á 15 minut

- ▶ Odůvodnění: Cílová skupina osob bez přístřeší vyžaduje často specifickou přípravu na ošetření. Jedná se o zdravotní výkon, tedy bezprostřední příprava/očištění nezbytné k vyšetření – velké rány 10-15 cm apod., odlišné od sociálního úkonu: např. sprcha+ odvěšení, které provádějí sociální pracovníci či na to nemocnice mají zázemí.

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.



Které výkony by mohla hradit pojišťovna (2/3)

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

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:
 - ▶ 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).
 - ▶ 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 průkazu o bezinfekčnosti či kontrolní prohlídky, které pilotní ordinace vydávala pro CS zdarma. V ordinaci Praze bylo vydáno 979 průkazů o bezinfekčnosti, v Ostravě 305, v Pardubicích 65, v Olomouci 395, data do 9/2021.



Které výkony by mohla hradit pojišťovna (3/3)

Dále pilotní ordinace navrhují tyto kódy/opatření, které nebyly specificky v rámci projektu sledovány:

f) Kód na chytání léků do zásobníku

- ▶ Odůvodnění: není v odbornosti 001 Všeobecné praktické lékařství. Toto je specifikum CS (potřebují dávkovat léky pro zajištění pravidelnosti příjmu léků).

g) Zvýšit frekvenci možností převazu

- ▶ 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 přístup 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.).



Jak zohlednit náročnost péče o CS

I. Podpora vybraných zdravotnických zařízení ošetřujících cílovou skupinu osob bez přístřeší

- ▶ Přiznání **specifického statutu ordinacím pro osoby v nouzi** (či např. „sociálně vyloučené 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 hodnocení za výkony vzhledem ke statutu ošetřování CS (pojišťovny už nyní bodově bonifikují např. ordinace, které mají delší ordinační dobu, či provozují např. hospicovou péči apod.)

II. Specifický kód péče o cílovou skupinu

- ▶ 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 osob, 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 pro nemocniční prostředí či ambulantní specialisty (větší motivace ošetřit CS v systému péče).



Data z ordinací - zvýšená efektivnost ordinací

Základní charakteristika datového vzorku

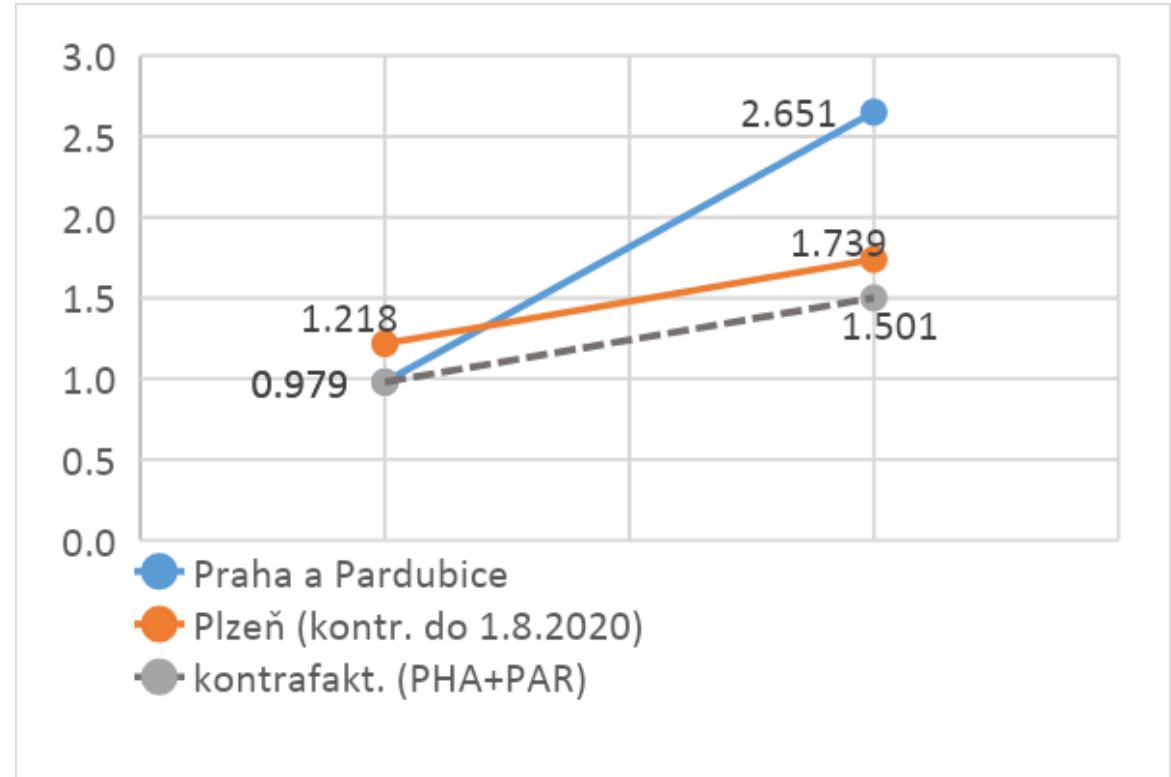
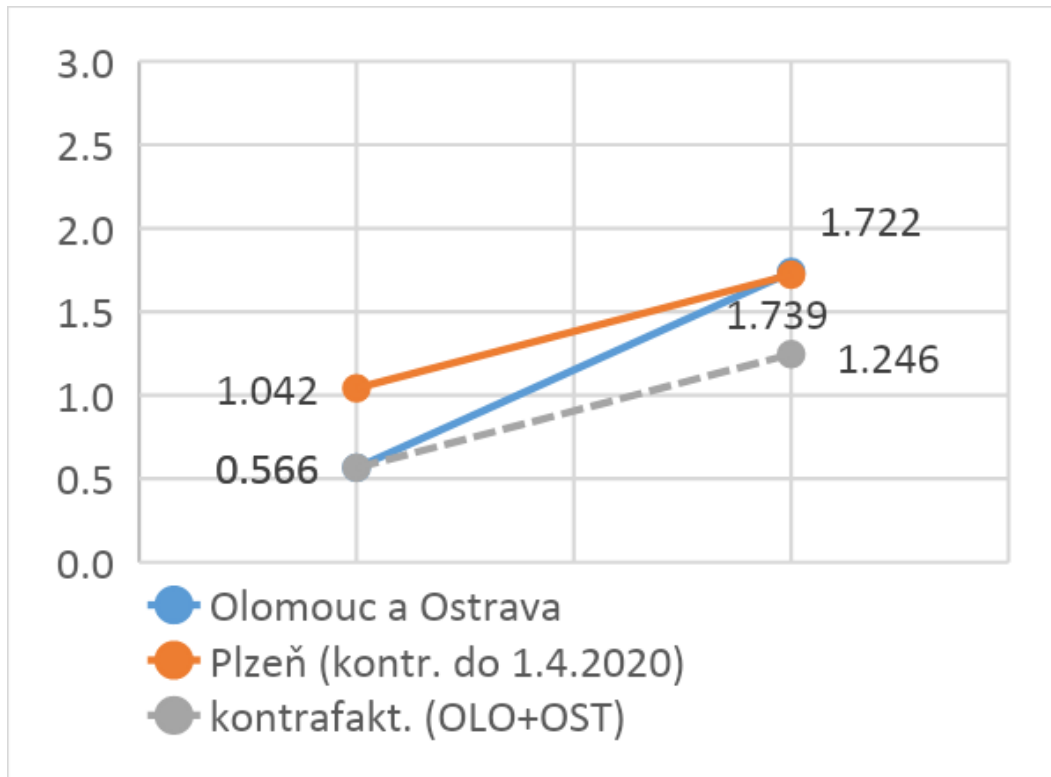
Počet pacientů v ordinacích se zvýšil během realizace projektu o 2055 (Viz Tabulka, viz také MMZ, rozhovory – v Plzni zůstal stejný!). Pro období před vstupem do a během projektu máme k dispozici jednak počet unikátních pacientů a také počet výkonů pro každého pacienta. Můžeme tak pro účely této evaluace vypočítat počet výkonů

Ordinace	Počet unikátních pacientů celkem	Počet unikátních pacientů před projektem	Počet unikátních pacientů v projektu	Změna počtu pacientů	Začátek měření	Vstup do projektu	Konec projektu
Praha	5190	3708	1482	1482	02.01.2015	01.08.2020	30.01.2022
Olomouc	1264	1051	598	213	02.01.2015	01.04.2020	30.04.2022
Pardubice	366	259	184	107	01.11.2016	01.08.2020	30.01.2022
Ostrava	1402	551	804	253	02.01.2018	01.04.2020	30.04.2022
Celkem	8429	6464	1965	2055			

Data z ordinací - dopad na zdraví CS

II) Došlo k významnému a pozorovatelnému záchytu infekčních onemocnění v porovnání se srovnávací, neintervenci, ordinací v Plzni (metoda **Diference in Diference**). Pro CS podpořené projektem jsou četnosti a podíly CS s těmito nemocemi uvedeny v Tabulce 2. 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. Pro možnost srovnání mezi ordinacemi (s různou 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.

Ošetření hepatitidy - metoda DiD



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



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Data z ÚZIS

I. Počet vstupních ošetření na akutním příjmu v nemocnicích

II. Počet hospitalizací a průměrnou délku hospitalizace

- a) na lůžkách akutní péče
- b) na lůžkách následné péče, LDN, 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“)

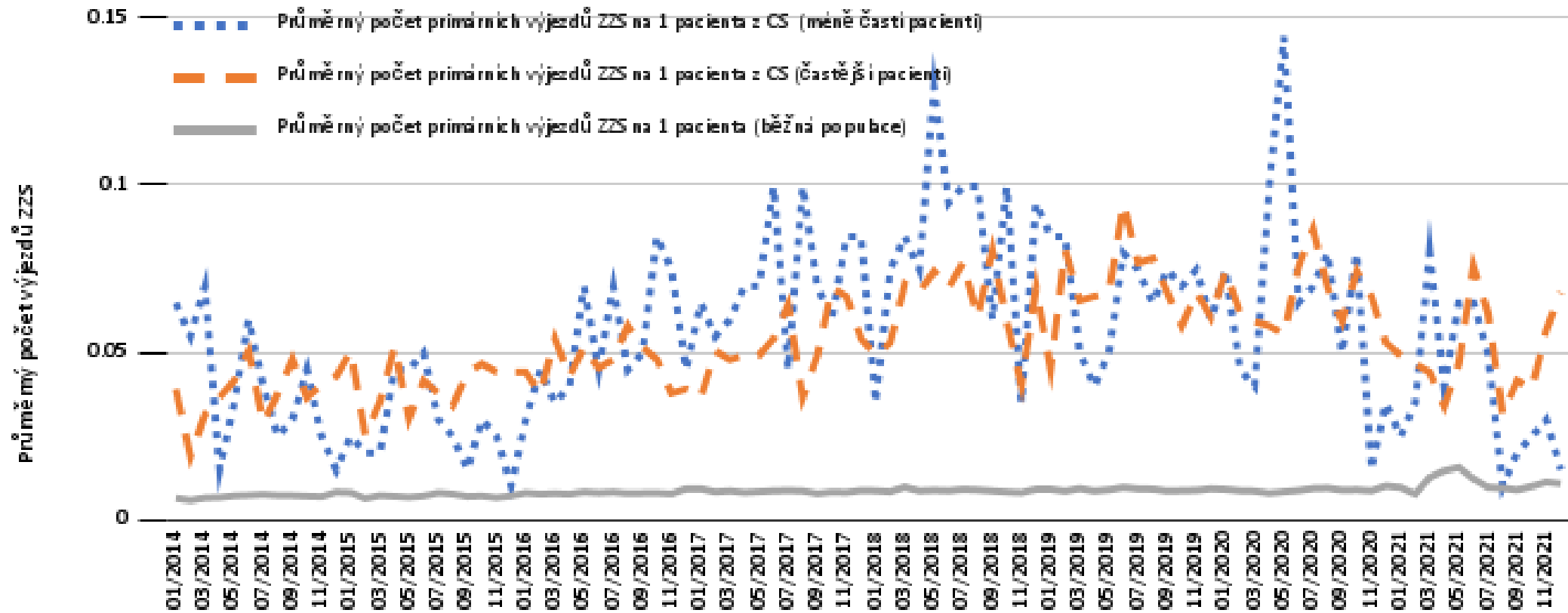
Zároveň jsme zažádali o rozlišení dvou typů pacientů CS

1. podskupinu analýzy tvořili pacienti CS, kteří ordinaci navštívili 1–2x.
2. podskupinu analýzy tvoří pacienti CS, kteří ordinaci navštívili 3x a vícekrát. (Pacienti CS, kteří chodí na prevenci i následné kontroly, by měli mít teoreticky nižší počet hospitalizací a odvozů.)

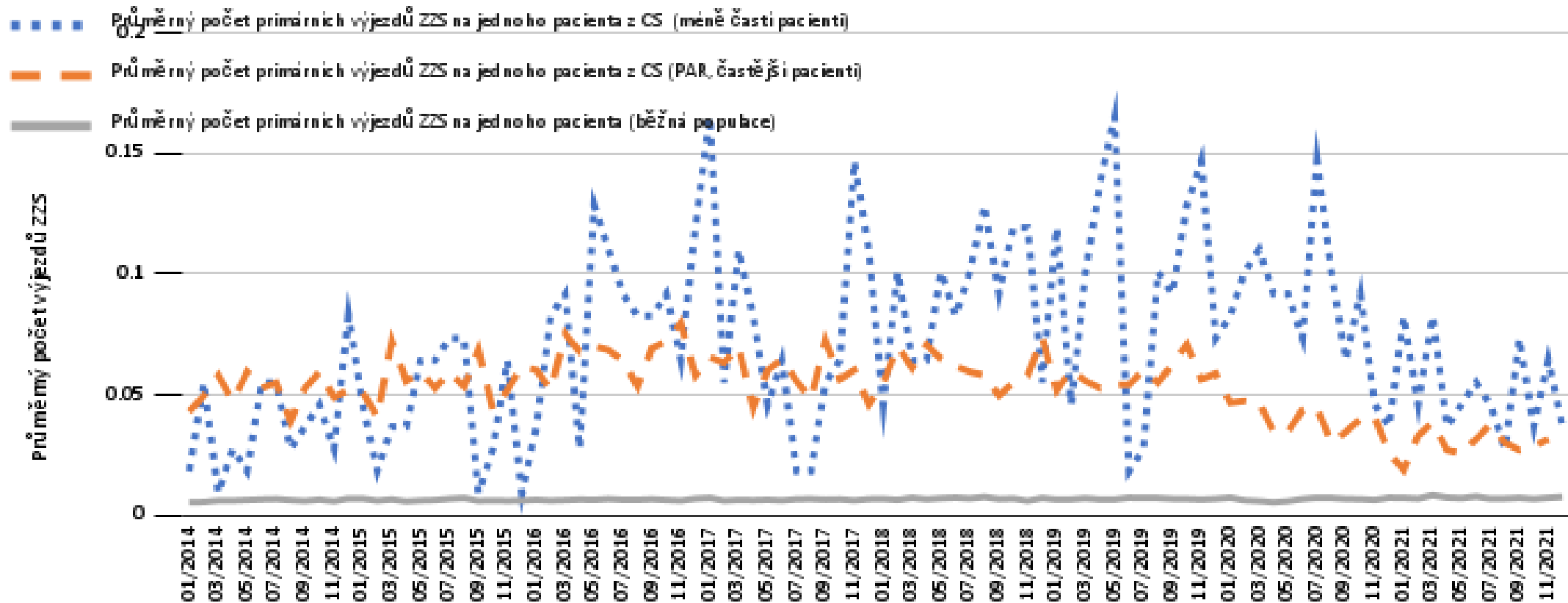
Stejná data (od r. 2014) i za běžnou populaci a informaci o proočkovanosti CS a běžné populace (vyjádřenou jako podíl k populaci CS, resp. celé populace). Jde o očkování TBC, tetanus, VHA, VHB, chřipka, COVID-19.



Průměrný počet výjezdů záchrankou - Ostrava



Průměrný počet výjezdů záchrankou - Pardubice



Náklad do veřejných rozpočtu - výjezdy IZS

- ▶ 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 7856 Kč za odvoz, pak jsou měsíční náklady na odvozy CS vyšší o:

Ostrava: 361,40 Kč

Pardubice: 557,80 Kč

Olomouc: 337,80 Kč.

Finančně vyjádřeno o **345,70 Kč vyšší náklady na osobu a měsíc** u lidí bez domova (náklady na odvozu rychlou). V ČR je dle Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí 23 800 bezdomovců (údaj z r. 2019), pak to činí měsíčně rozdíl **8 226 803,20 Kč (=100 mil. ročně)**.



Klíčové předpoklady udržitelnosti projektu

- ▶ Institucionalizace **terénní služby** (zdravotní sestra v terénu, edukace pacientů CS, terénní vůz)
- ▶ Kladně je všemi stakeholdery hodnocena **spolupráce se sociální službou**, která je pro zdravotní ošetření klíčová (hygiena, depistáž). Je doporučeno zajistit udržitelné financování i sociálních služeb, ať už prostřednictvím dotací (např. MPSV), či jiných zdrojů.
- ▶ Dostupné **hygienické zázemí** je zásadní podmínkou ošetření CS praktiky (ať už v ordinacích či předchozí ošetření sociální službou)
- ▶ Zajistit doléčení i možnost **dlouhodobých pobytů** pro CS včetně CS se závislostmi, psychiatrickými diagnózami a tělesným hendikepem
- ▶ Motivovat **praktické lékaře** (i finančně odborný personál), zajistit jejich dostupnost
- ▶ **Spolupráce s pojišťovnou**: zohlednit náročnost péče o osoby CS



Problémy na sociálně zdravotním pomezí dle stakeholderů	Možný vliv na výsledky projektu
<p>Nemožnost posunout se do dostupného sociálního bydlení</p> <p>Nedostatečná psychologická a zejména psychiatrická péče pro CS (poruchy osobnosti, duální diagnózy CS). Osoby CS často nemohou svou situaci řešit samostatně.</p>	<p>Návrat k nezdravému životnímu stylu, opakující se hospitalizace</p> <p>Negativní vliv na pozitivní výsledky projektu</p>
<p>Podle Zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. není možné poskytovat zdravotní péči v terénu (převazy, ošetření ran, aplikace léků atd.)</p>	<p>Přetrvávající nedostupnost preventivní zdravotní péče pro CS, negativní vliv na zdraví CS</p>
<p>CS často nemají zdravotní pojištění v ČR, a pokud to jsou cizinci, kteří v ČR nepracují, žijí na ulici, a nepocházejí ze zemí EU či EHP, výkony nejsou propláceny</p>	<p>Neochota lékařů tuto CS přijímat, zátěž pro sociální služby i obtížné zaléčení a celkové řešení situace (kontaktáž ambasády, rodiny v zahr.)</p>
<p>Nízká prestiž praktických lékařů pro studenty medicíny; nedostatek praktických lékařů</p>	<p>Nedostatek kapacit systému v zajištění primární péče, včetně kapacit pro CS</p>
<p>Chybí návazné sociální služby (doléčení, pobytové služby, domovy pro seniory osob CS, tzv. mokré domy, a domovy pro CS s duševním onemocněním či tělesným hendikepem).</p>	<p>Opakující se akutní stavy a hospitalizace, ztížená sociální integrace</p>
<p>Délka hospitalizace CS v nemocnicích bývá nízká (nemocnice CS často opouštějí bez řádného doléčení).</p>	<p>Přetížení ubytovacích kapacit sociálních služeb, které nejsou pro doléčování uzpůsobeny, opakované hospitalizace</p>



Děkuji za pozornost.

Mgr. Barbora Latečková, evaluátorka

blateckova@4geval.com



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY