



Spolufinancováno
Evropskou unií

NSC NÁRODNÍ
SCREENINGOVÉ
CENTRUM

PRŮBĚŽNÁ EVALUAČNÍ ZPRÁVA
PROJEKTU ČASNÝ ZÁCHYT
A PREVENCE ZDRAVOTNÍCH
KOMPLIKACÍ U PŘEDČASNĚ
NAROZENÝCH DĚTÍ

(Registrační číslo projektu: CZ.03.02.02/00/22_005/0000281)

SocioFactor, s.r.o.
30. 6. 2025

Obsah

MANAŽERSKÉ SHRNU TÍ V ČESKÉM JAZYCE	1
MANAŽERSKÉ SHRNU TÍ V ANGLICKÉM JAZYCE.....	4
1 ÚVOD.....	8
2 POPIS PROJEKTU	9
2.1 Shrnutí problematiky, na kterou projekt reaguje	9
2.2 Cíle projektu	10
2.3 Cílové skupiny projektu	11
2.4 Projektový tým a zapojené subjekty	11
2.5 Přínosy a očekávané výsledky (dopady) projektu	12
2.6 Design projektu a screeningový proces	13
2.7 Hlavní výstupní indikátory projektu.....	15
3 DESIGN EVALUACE	18
4 METODOLOGIE EVALUACE	20
4.1 Evaluační otázky	20
4.2 Metody a techniky sběru dat.....	23
4.3 Postup sběru získaných dat.....	24
4.4 Postup při analýze získaných dat.....	25
4.5 Harmonogram evaluace.....	26
5 VÝSLEDKY PROCESNÍ EVALUACE	28
pEO1: Do jaké míry byl projekt navržen tak, aby splnil stanovené cíle (zamýšlené dopady)?	28
pEO2: Do jaké míry je projekt realizován v souladu se stanoveným plánem?	35
pEO3: Do jaké míry jsou/byla zdravotnická pracoviště a samotní lékaři ochotni se aktivně zapojit do projektu?	40
pEO4: Jaké jsou hlavní faktory ovlivňující chybovost při práci s nástroji pro sběr dat v rámci projektu ze strany lékařů, zejm. zařazování pacientů nespĺňujících kritéria pro vstup do projektu?	44
6 ZÁVĚR.....	47
7 DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ REALIZACI PROJEKTU.....	53
8 PŘÍLOHY	55
8.1 Evaluační matice	55
8.2 Scénář rozhovoru s Realizačním týmem	60
8.3 Scénář rozhovoru s pracovníky v zapojených zdravotnických zařízeních	62
9 SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	64

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BPD	Bronchopulmonální dysplazie
CAWI	Computer Assisted Web Interviewing
ČR	Česká republika
DDOT	Domácí dlouhodobá oxygenoterapie
EO	Evaluační otázka
ESF	Evropský sociální fond
FG	Fokusní skupina (Focus Group)
KA	Klíčová aktivita
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
NIDCAP	Newborn Individual Development Care and Assessment Program
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník (personál)
OH	Evaluační design Outcome Harvesting
pEO	Evaluační otázka pro procesní část evaluace
PND	Předčasně narozené děti
ŘO	Řídící orgán MPSV ČR
SPSS	Statistický software (Statistical Package for the Social Sciences)
SW	Software
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
vEO	Evaluační otázka pro výsledkovou část evaluace

MANAŽERSKÉ SHRUTÍ V ČESKÉM JAZYCE

Předkládaná Průběžná evaluační zpráva je druhou ze tří evaluačních zpráv, které v rámci evaluace projektu *Časný záchyt a prevence zdravotních komplikací u předčasně narozených dětí* vzniknou. **Cílem předkládané zprávy** je zejména představit výsledky dosavadního evaluačního šetření a formulovat doporučení pro další průběh projektu.

V rámci procesní evaluace byly formulovány **čtyři hlavní evaluační otázky**, pro jejichž vyhodnocení byl využit **smíšený metodologický design evaluace**. Celkem bylo realizováno 10 individuálních polostrukturovaných rozhovorů. Vše probíhalo podle designu nastaveného ve Vstupní evaluační zprávě projektu. Nyní budou představeny nejdůležitější zjištění dosavadního evaluačního šetření.

Na základě dosavadních zjištění můžeme konstatovat, že projekt byl navržen tak, aby splnil stanovené cíle (zamýšlené dopady). Jedním z těchto cílů je **dosažení stanoveného počtu podpořených osob z cílové skupiny (Osoby s nedostatečnými kompetencemi v přístupu ke zdraví)**. Cílovým indikátorem je v KA2 (protokolárně řízená nutriční péče u nezralých novorozenců) celkem 210 osob z cílové skupiny (předčasně narozených dětí, zkr. PND), v KA3 (domácí řízená monitorace a optimalizace kyslíkové terapie) celkem 70 PND a v KA4 (včasně odhalení vývojových odchylek předčasně narozených dětí v 5 letech) celkem 400 PND. V době přípravy této zprávy (červen 2025) nebyl zahájen nábor osob z cílové skupiny. Nábor je v současné době opožděn o sedm měsíců z důvodu průtahů při zasmlouvání zapojených center, nákupu softwarového vybavení a komplikovaného nastavení nástrojů pro sběr dat. Výstupem KA1 jsou mimo jiné **informační materiály pro cílové skupiny**. Realizační tým v rámci přípravné fáze (KA1) ve spolupráci s Pracovní skupinou projektu připravil několik dokumentů v tištěné i elektronické podobě, jež slouží jako informační materiály pro vybrané cílové skupiny projektu a klíčové aktéry projektu (zdravotnické pracovníky pečující o předčasně narozené děti). Pro KA2, zaměřující na protokolárně řízenou nutriční péči u nezralých novorozenců, byl Realizačním týmem ve spolupráci s Pracovní skupinou připraven **informační leták pro rodiče zapojených dětí**. Pro KA3, která se zabývá oxygenoterapií PND byl vytvořen také **informační leták** a mimo to také **návod na obsluhu zařízení na monitoraci kyslíkové terapie pro rodiče dětí v projektu**. Realizační tým se také rozhodl ověřit kvalitu života dětí a jejich rodičů v této části projektu prostřednictvím **sociologického průzkumu**, který prostřednictvím dvou dotazníků v různých časových intervalech ověří spokojenost rodičů

s probíhající léčbou a její dopad na život rodin s PND. Prostřednictvím obdrženého ID dítěte dojde k propojení výsledků ze sociologického výzkumu se sbíranými údaji v databázi platformy eREG (pozn. databázový systém pro sběr dat) využívané v rámci projektu. V rámci KA4 oslovování potenciálních dětí k účasti v projektu probíhá odlišně, jako informační materiál neslouží letáky, ale byl vytvořen dopis, kterým jsou rodiče dětí zvány k účasti jejich dítěte v projektu.

Dalším z výstupů projektu je **Metodika realizace pilotního projektu**. Vzhledem k designu projektu a jeho rozdělení na tři separátní ramena (odpovídající třem klíčovým aktivitám KA2, KA3 a KA4), kdy je v každém z nich prováděn jiný typ intervence, je Metodika realizace pilotního projektu vytvořena pro každé jednotlivé rameno zvlášť. Jedná se o Metodiku realizace pilotního projektu protokolárně řízené nutrice u nezralých novorozenců, Metodiku realizace pilotního projektu domácí řízené monitorace a optimalizace kyslíkové terapie a Metodiku realizace pilotního projektu pro včasné odhalení vývojových odchylek předčasně narozených dětí v 5 letech. Dílčí části metodických dokumentů byly jí vytvořeny v přípravné fázi projektu v podobě dokumentů „Souhrn protokolu“, na jehož vzniku se podílelo velké množství aktérů.

Projekt v současné době běží se sedmiměsíčním zpožděním, stále probíhají aktivity přípravné fáze projektu, tj. Klíčové aktivity KA1. Jedním z důvodů tohoto zpoždění jsou **průtahy při zasmluvnění zdravotnických center** ke spolupráci na projektu a s ním spojená administrativa. Projekt, skládající se ze tří dílčích náborových ramen zahrnujících tři dílčí oblasti pilotního testování, komplikuje fakt, že řada kroků v přípravné fázi projektu je společná pro všechny tři ramena zároveň. Pokud se tedy komplikace vyskytne v jednom ze tří ramen, má to vliv i na zbývající dvě ramena projektu. Určitou administrativně-ekonomickou komplikaci představoval také nákup potřebného přístrojového a softwarového vybavení. Realizační tým se setkal s problémy zejména při nákupu přístrojového vybavení (analyzátoru mateřského mléka) ze zahraničí. V době přípravy rozpočtu projektu Realizační tým počítal s finanční rezervou na nákup potřebného vybavení ve výši cca 20 %. V době nákupu vybavení po zahájení realizace projektu však došlo k navýšení ceny, u jednoho z přístrojů až o 40 %. V důsledku tohoto zdražení tak realizátor byl nucen koupit o jeden přístroj méně, avšak toto nemělo zásadní dopad na počet spolupracujících center, neboť jedno z center pro vyšetření mateřského mléka u dětí zařazených do projektu využívá svůj vlastní analyzátor mateřského mléka. Obdobně došlo také ke zdražení softwaru na hodnocení nutrice, což si vyžádalo hledání dalších rezerv v rozpočtu na jeho doplacení.

Někteří z oslovených aktérů vyjádřili svou **obavu, zda bude v projektu dosaženo stanoveného cílového počtu podpořených osob z cílové skupiny**. Obavy se týkají zejména oblasti pilotního testování v rameni KA2 (Protokolárně řízené nutrice u nezralých novorozenců) a rameni KA3 (Domácí řízená monitorace a optimalizace kyslíkové terapie). K obavám přispívá kromě časového skluzu také fakt, že **v České republice každoročně klesá porodnost**. Množství potenciálních osob z cílové skupiny (PND), které se do projektu mohou zapojit se tak odvíjí také od toho, kolik se v příštích měsících v Česku narodí děti v požadovaném gestačním týdnu určujícím PND (a splní tím kritéria pro účast v projektu).

Co se týče **ochoty zdravotnických pracovišť zapojit se do projektu**, Realizační tým zaznamenal velkou ochotu se do projektu zapojit. Projekt a jeho nastavení respondentům dává smysl a zaměření projektu na předčasně narozené děti je vnímáno jako velmi důležité a přínosné. **V současné době je do projektu zapojeno všech 8 plánovaných zdravotnických zařízení (6 perinatologických center a 2 intermediární centra)**. S odmítnutím spolupráce na projektu se Realizační tým setkal pouze u jednoho centra. Odmítnutí bylo odůvodněno velkými personálními nároky na provádění požadovaných činností u dětí účastnících se projektu, které centrum nebylo z řad vlastních pracovníků schopno zajistit. Realizační tým proto oslovil ke spolupráci jiné centrum, které se spoluprací souhlasilo.

Další sledovanou oblastí byla **chybovost při práci se systémy pro sběr dat eREG a REDCap**. Vzhledem k tomu, že žádné ze zapojených center ještě nezahájilo reálný nábor osob z cílové skupiny, není tak ani možné vyhodnotit práci s nástroji pro sběr dat v praxi.

Na základě dosavadního průběhu realizace a přijatých opatření k eliminaci časového skluzu lze očekávat, že **projekt bude možné úspěšně dokončit a naplnit stanovené cíle**. Největší riziko spojené s dosažením výsledkového indikátoru, tedy cílového počtu předčasně narozených dětí zařazených do projektu, je v současnosti intenzivně řešeno prostřednictvím úzké koordinace se zapojenými centry. Zástupci jednotlivých center jsou se svými náborovými kvótami obeznámeni a přistupují k jejich plnění odpovědně. Přestože zpoždění v přípravné fázi projektu představovalo významnou výzvu, pracovní nasazení realizačního týmu a vysoká ochota zdravotnických pracovišť spolupracovat naznačují, že se **podaří zajistit dostatečný počet podpořených osob z cílové skupiny a dosáhnout tak plánovaných výsledků (dopadů) v požadované kvalitě a rozsahu**.

MANAŽERSKÉ SHRNU TÍ V ANGLICKÉM JAZYCE

This Interim Evaluation Report is the second of three evaluation reports that will be produced as part of the evaluation of the Early Detection and Prevention of Health Complications in Premature Infants project. **The main objective of this report** is to present the results of the evaluation survey conducted to date and to formulate recommendations for the further course of the project.

Four main evaluation questions were formulated as part of the evaluation process, and they were assessed using a **mixed methodological evaluation design**. A total of 10 individual semi-structured interviews were conducted. Everything proceeded according to the design set out in the project's Initial Evaluation Report. The most important findings of the evaluation survey to date will now be presented.

Based on the findings to date, we can conclude that the project was designed to meet its objectives (intended impacts). One of these objectives is **to reach a specified number of supported individuals from the target group (people with insufficient health literacy)**. The target indicator is a total of 210 people from the target group (premature babies, abbreviated as PTI) in KA2 (protocol-controlled nutrition in premature newborns), in KA3 (home-managed monitoring and optimization of oxygen therapy) a total of 70 PTI, and in KA4 (early detection of developmental abnormalities in premature babies at 5 years of age) a total of 400 PTI. At the time of preparation of this report (June 2025), recruitment of persons from the target group had not yet begun. Recruitment is delayed by seven months due to delays in contracting the participating centres, purchasing software equipment, and complicated setup of data collection tools. The outputs of KA1 include, among other things, **information materials for target groups**. During the preparatory phase (KA1), the implementation team, in cooperation with the project working group, prepared several documents in both printed and electronic form, which serve as information materials for selected target groups of the project and key project stakeholders (healthcare professionals caring for premature babies). For KA2, focusing on protocol-controlled nutrition in immature newborns, the implementation team, in cooperation with the working group, prepared **an information leaflet for the parents of the children involved**. For KA3, which deals with PTI oxygen therapy, **an information leaflet** was also created, as well as **instructions for operating the oxygen therapy monitoring device** for the parents of children in the project. The implementation team also decided to verify the quality of life of children and their parents in this part of the project through **a sociological**

survey, which uses two questionnaires at different time intervals to verify parents' satisfaction with the ongoing treatment and its impact on the lives of families with PTI. The child's ID number will be used to link the results of the sociological survey with the data collected in the eREG platform database (note: database system for data collection) used in the project. Within KA4, potential children are approached to participate in the project differently; instead of leaflets, a letter has been created inviting parents to have their children participate in the project.

Another output of the project is the **Methodology of the Pilot Project**. Due to the design of the project and its division into three separate arms (corresponding to the three key activities KA2, KA3, and KA4), each involving a different type of intervention, the Pilot Project Implementation Methodology has been created separately for each arm. These are the Methodology for the Implementation of the Pilot Project of Protocol-Controlled Nutrition in Immature Newborns, the Methodology for the Implementation of the Pilot Project of Home-Controlled Monitoring and Optimisation of Oxygen Therapy, and the Methodology for the Implementation of the Pilot Project for the Early Detection of Developmental Deviations in Premature Children at 5 Years of Age. Parts of the methodological documents were created in the project's preparatory phase in the form of "Protocol Summaries," which were developed with the participation of a many stakeholders.

The project is currently running seven months behind schedule, with preparatory activities still ongoing, i.e., Key Activities KA1. One reason for this delay is **the time taken to contract healthcare centers** to collaborate on the project and the associated administration. The project, consisting of three sub-recruitment arms covering three sub-areas of pilot testing, is complicated by the fact that a number of steps in the project's preparatory phase are common to all three arms at the same time. Therefore, if a complication arises in one of the three arms, it also affects the remaining two arms of the project. Purchasing the necessary equipment and software also presented certain administrative and economic complications. The implementation team encountered problems, particularly when purchasing equipment (breast milk analyser) from abroad. When preparing the project budget, the implementation team had calculated a financial reserve of approximately 20% for the purchase of the necessary equipment. However, when purchasing the equipment after the start of the project, there was a price increase of up to 40% for one of the devices. As a result of this price increase, the implementer was forced to purchase one less device, but this did not have a significant impact on the number of cooperating centers, as one of the centers for testing breast milk in children

included in the project uses its own breast milk analyzer. Similarly, there was also an increase in the price of nutrition assessment software, which required finding additional reserves in the budget to cover the additional cost.

Some stakeholders expressed **concern about whether the project would achieve the target number of people supported by the target group**. Concerns relate in particular to pilot testing in KA2 (Protocol-controlled nutrition in premature newborns) and KA3 (Home-controlled monitoring and optimisation of oxygen therapy). In addition to the time delay, the fact that **the birth rate in the Czech Republic is declining every year** also contributes to these concerns. The number of potential persons from the target group (PTI) who can participate in the project also depends on how many children will be born in Czechia in the coming months in the required gestational week determining PTI (and thus meeting the criteria for participation in the project).

As for **the willingness of healthcare facilities to participate in the project**, the Implementation Team has noted a high level of willingness to participate. The project and its setup make sense to respondents, and its focus on premature babies is perceived as very important and beneficial. **Currently, all eight planned healthcare facilities (six perinatal centres and two intermediate centres) are involved in the project**. The Implementation Team encountered only one centre that refused to cooperate on the project. The refusal was justified by the high personnel demands for performing the required activities for children participating in the project, which the centre was unable to provide from among its own staff. The implementation team therefore approached another centre, which agreed to cooperate.

Another area monitored was **the error rate when working with the eREG and REDCap data collection systems**. Since none of the participating centres has yet started actual recruitment of individuals from the target group, evaluating the use of data collection tools in practice is impossible.

Based on the progress of implementation to date and the measures taken to eliminate the time lag, it can be expected that **the project will be successfully completed and the set objectives achieved**. The greatest, most significant risk associated with achieving the result indicator, i.e., the target number of premature babies included in the project, is currently being intensively addressed through close coordination with the participating centres. Representatives of the individual centres are familiar with their recruitment quotas and are approaching their fulfillment responsibly. Although the delay in the preparatory phase of the project posed

a significant challenge, the commitment of the implementation team and the high willingness of healthcare facilities to cooperate indicate **that it will be possible to secure a sufficient number of supported individuals from the target group and thus achieve the planned results (impacts) in the required quality and scope.**

1 ÚVOD

Předkládaná Vstupní evaluační zpráva je první ze tří evaluačních zpráv, které v rámci evaluace projektu *Časný záchyt a prevence zdravotních komplikací u předčasně narozených dětí* vzniknou. Evaluovaný projekt, jehož registrační číslo je CZ.03.02.02/00/22_005/0002020, byl podpořen z *Operačního programu Zaměstnanost plus* v rámci výzvy *Zkvalitnění zdravotních služeb – preventivní programy, zdravotní gramotnost*. Termín realizace projektu je 1. 3. 2024 – 28. 2. 2027.

Předmětem projektu je časný záchyt a snížení zdravotních rizik (malnutrice, bronchopulmonální dysplazie) u předčasně narozených dětí, a dále časný záchyt vývojových odchylek ve věku 5 let u předčasně narozených dětí. Předloženými postupy a časnou intervencí dojde k minimalizaci negativních dopadů na celkový vývoj dítěte a rodinu předčasně narozených dětí. Součástí projektu je navrhnout způsob zavedení těchto konkrétních programů do běžné klinické praxe. **Primárním cílem projektu** je připravit, otestovat a zavést komplexní systém péče o předčasně narozené děti (PND), který využije 680 dětí.

Cílem předkládané Průběžné evaluační zprávy je nejprve podrobněji popsat projekt, který je předmětem evaluace, následně představit evaluační design, popsat metodologii evaluačních prací (včetně popisu evaluačních otázek) a představit výsledky dosavadního evaluačního šetření a formulovat doporučení pro další průběh projektu.

Na tuto evaluační zprávu bude **navazovat Závěrečná evaluační zpráva**, která bude odevzdána do 31. 12. 2026.

2 POPIS PROJEKTU

Cílem kapitoly je podrobný popis evaluovaného projektu. Nejprve bude popsána problematika, na kterou projekt reaguje, následovat bude výčet cílů projektu, cílových skupin projektu a subjektů, které jsou do projektu zapojeny. V další části budou popsány přínosy a očekávané výsledky (dopady) projektu a také samotný popis průběhu projektu včetně popisu jednotlivých klíčových aktivit, tj. jednotlivých oblastí pilotního testování. Na závěr kapitoly je uveden výčet monitorovaných parametrů pro statistické hodnocení projektu a hlavní výstupní indikátory projektu.

2.1 Shrnutí problematiky, na kterou projekt reaguje

Každoročně se v ČR narodí předčasně cca 7 % dětí z celkového počtu narozených, což představuje jednu z největších dětských patientských skupin. Narůstá počet těch, které vyžadují specializovanou dlouhodobou péči hned po narození (zajištění správné **saturatione kyslíkem a vyváženou výživu**) a později péči nadstandardní. Ta se týká prostých **poruch pozornosti a poruch chování**, až po těžké odchylky související s **poruchami autistického spektra, poruchami zraku, sluchu či nemocemi dýchací soustavy a pohybového aparátu**. Řešením dílčích cílů problematiky předčasně narozených dětí (zkr. PND) je přínosem jak pro samotné děti a jejich rodiny, tak pro lékaře, kteří každodenně řeší konkrétní úskalí jejich oboru.

Malnutrice PND

Výživa je zásadním faktorem ovlivňujícím nemocnost PND. Výsledkem řízené nutrice by mělo být **progresivní zvyšování hmotnosti, růst do délky, zlepšení celkového zdravotního stavu dítěte a zabránění zpomalení růstu, či nadměrných váhových úbytků** v kterékoli periodě postnatálního období. Jakákoli růstová / hmotnostní retardace s sebou nese riziko nedostatečného psychomotorického vývoje. Děti s nízkou hmotností jsou více ohroženy **ischemickou chorobou srdeční**. Je-li období hladovění následováno intervalem intenzivního růstu a hmotnostní přírůstek není úměrný růstu, pak se zvyšuje riziko metabolického syndromu v pozdějším věku, **tzn. hypertenze, inzulinové rezistence a obezity**.

Bronchopulmonální dysplazie PND

Aktuálně není plošně zaveden standardní screeningový nástroj komplexně řízené **dlouhodobé monitorace dětí v domácí oxygenoterapii (DDOT)**. Rodiče mají obavy, že nezvládnou péči bez podpory lékaře, neboť propuštěním do domácího prostředí se stávají „hlídacím odborníkem“ monitorace svého dítěte. Dítě tak zůstává nadbytečně dlouho v nemocniční péči.

Vývojové odchylky PND v 5 letech

V ČR je doporučeno sledování PND do 2 let s hodnocením dosaženého psychomotorického vývoje. Klinická praxe však ukazuje, že je potřebné sledovat PND v delším intervalu a provádět vyšetření ve věku 5 let, kdy dochází k začleňování dítěte do kolektivu. Tato intervence zahrnuje časný záchyt vývojových odchylek, což umožňuje předcházet vzniku patologií, zlepšuje sociální kompetence a komunikaci dítěte a usnadňuje jeho začlenění do kolektivu vrstevníků.

2.2 Cíle projektu

Primárním cílem projektu je připravit, otestovat a vytvořit návrh národní metodiky péče o předčasně narozené děti (PND).

Konkrétně bude zaměřen na:

- Standardizaci řízení nutrice nezralých novorozenců napříč zdravotnickými zařízeními
- Ověření možnosti fungování a organizace dálkově řízené domácí oxygenoterapie a její optimalizace.
- Nastavení metodiky dlouhodobého sledování PND (v oblasti vývojových odchylek) a jejich kontroly v 5 letech.

Tohoto cíle projektu bude dosaženo prostřednictvím:

- Vytvoření metodických postupů pro všechny tři identifikované oblasti (řízená nutrice, vzdáleně řízená domácí oxygenoterapie a včasné odhalení vývojových odchylek PND v 5 letech), otestování a identifikace slabých míst realizace.
- Pilotního ověření postupů na definovaném vzorku osob (uvedeno u konkrétní KA) cílové populace.
- Vytvořením a implementací dálkové monitorace domácí oxygenoterapie ventilovaných nedonošených dětí.
- Přípravy metodik a standardizace řízení nutrice nezralých novorozenců.
- Standardizací specializovaného testování PND v jejich 5 letech.
- Vytvoření doporučení následné péče PND, pro pacienta, jeho rodinu a ošetřujícího lékaře.
- Nastavení klinických doporučených postupů dílčích oblastí a příprava pro implementaci do běžné klinické praxe.

2.3 Cílové skupiny projektu

Osoby s nedostatečnými kompetencemi v přístupu ke zdraví

Projekt a jeho aktivity cílí primárně na **tři cílové skupiny**. Jedná se o předčasně narozené děti s různým typem zdravotního hendikepu, a tedy i potřebu péče. Zařazeni budou:

- novorozenci narození v gestačním týdnu 22+0 až 31+6, vyžadující řízenou výživu,
- novorozenci narození v gestačním týdnu 22+0 až 31+6 s bronchopulmonální dysplazií (BPD) splňující podmínky pro domácí oxygenoterapii,
- děti ve věku 5 let s anamnézou narození pod 37. gestační týden a jejich rodina.

2.4 Projektový tým a zapojené subjekty

Do projektu je zapojeno několik subjektů:

1. Projektový tým Národního screeningového centra ÚZIS ČR

- Realizační tým (odborný garant projektu, metodik, odborný zdravotní specialista, analytik dat, manažer správy dat, projektový manažer, finanční manažer), popř. další pracovníci ÚZIS ČR
- Členové pracovní skupiny, odborní konzultanti

2. Pracovníci ve zdravotnických zařízeních

- 140 zdravotnických pracovníků různé specializace

3. Zapojené subjekty

- 6 perinatologických a 2 intermediární centra

Tabulka 1: Seznam subjektů zapojených do projektu

#	Název pracoviště	Město	Klíčová aktivita
1	Nemocnice České Budějovice	České Budějovice	KA2, KA3, KA4
2	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	Praha	KA2, KA3, KA4
3	Fakultní nemocnice Olomouc	Olomouc	KA2, KA3
4	Krajská nemocnice Liberec	Liberec	KA4
5	Ústav pro péči o matku a dítě	Praha	KA3
6	Nemocnice Havlíčkův Brod	Havlíčkův Brod	KA4
7	Fakultní nemocnice Brno	Brno	KA2
8	Krajská nemocnice Tomáše Bati	Zlín	KA2

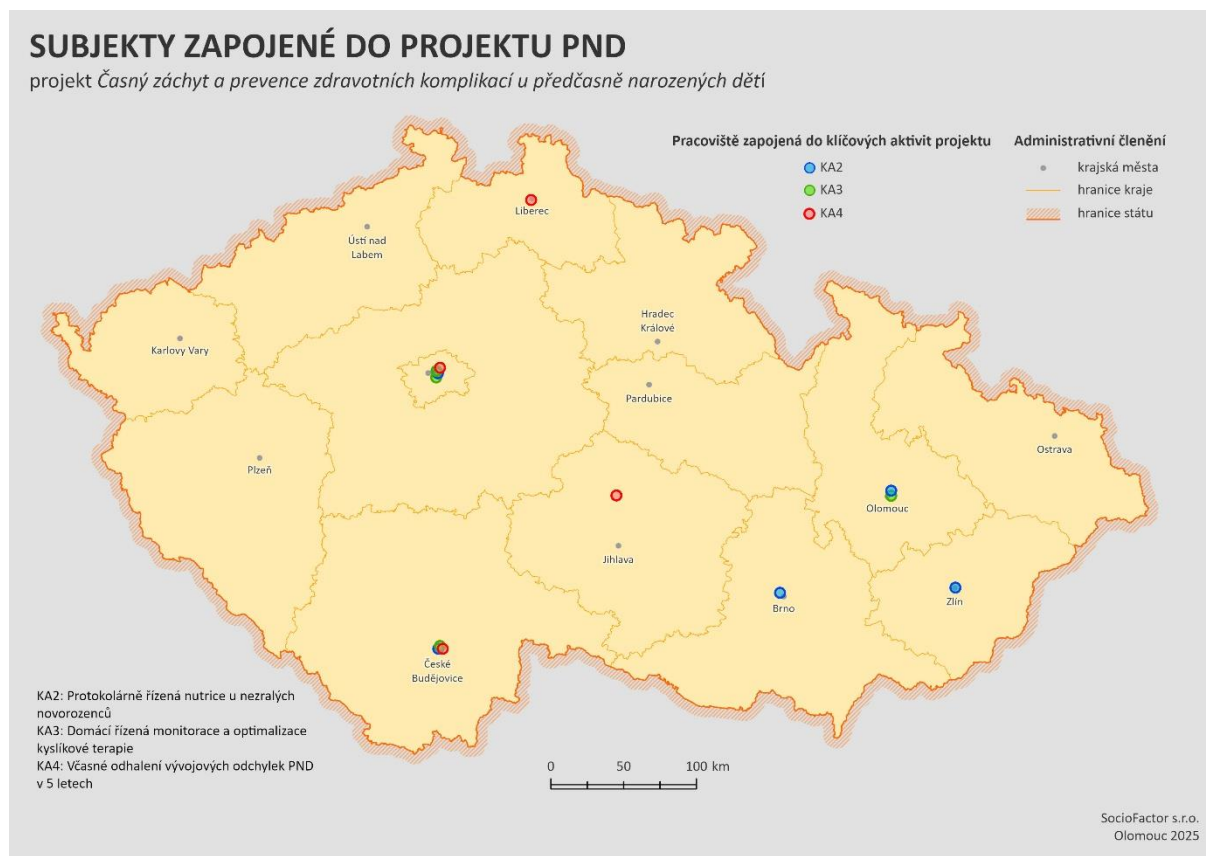
Pozn. KA2 – Protokolárně řízená nutrice u nezralých novorozenců

Pozn. KA3 – Domácí řízená monitorace a optimalizace kyslíkové terapie

Pozn. KA4 – Včasné odhalení vývojových odchylek PND v 5 letech

Pro zobrazení rozložení zapojených zdravotnických zařízení napříč Českou republikou jsme pro účely evaluace vytvořili následující mapu.

Obrázek 1: Centra zapojená do konkrétních klíčových aktivit projektu Časný záchyt a prevence zdravotních komplikací u předčasně narozených dětí



2.5 Přínosy a očekávané výsledky (dopady) projektu

Pilotní testování řeší nejčastější problematické oblasti předčasně narozených dětí, které nejsou plošně implementovány. Individualizovaná výživa reflektuje aktuální stav dítěte a zajistí rychlejší přechod na enterální stravu, zkrácení pobytu na JIP a časnější kontakt s matkou. Dálková domácí monitorace oxygenoterapie ventilovaných nedonošených dětí se momentálně neprovádí a jejím zavedením se zajistí zkrácení doby hospitalizace, monitoring na úrovni nemocničního sledování, ale v domácím prostředí a úbytek falešně pozitivních alarmů, a tím prodlužování doby podávání kyslíku. Standardizované specializované testování PND v 5 letech se neprovádí. Sestavením baterie klinických vyšetření a doporučení následné péče o PND se zajistí zlepšení sociálních kompetencí a usnadní začlenění dítěte do kolektivu vrstevníků.

V rámci stanovených tří oblastí zaměření projektu jsou očekávány v důsledku projektu následující změny:

Protokolárně řízená nutrice u PND

- snížení morbidit a mortalit PND (v dlouhodobém horizontu)
- dlouhodobé sledování a individualizovaná výživa reflektující momentální stav dítěte a rychlejší přechod na enterální stravu
- snížení rizika bronchopulmonální dysplazie, retinopatie, výskytu infekcí aj.
- zkrácení pobytu na JIP a komplikací s tímto spojených
- časnější kontakt s matkou a dřívější zahájení NIDCAP systému (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) – maximalizace kontaktu dítěte s rodiči

Domácí řízená monitorace a optimalizace kyslíkové terapie (oxygenoterapie)

- významné zkrácení doby hospitalizace – vytváření vazby rodina – dítě, podpora vývoje dítěte
- snížení výskytu infekcí spojených se zdravotní péčí
- psychická podpora rodičů – lékařská konzultace na dálku
- monitoring na úrovni nemocničního sledování, ale v domácím prostředí
- prodloužení intervalu fyzických kontrol
- individualizovaná oxygenoterapie reflektující výsledky aktuálního měření – rychlejší ukončení domácí oxygenoterapie
- řízená kontinuální 24hodinová monitorace
- noční monitorace – nahrazuje nutnost hospitalizace a měření ve spánkové ambulanci
- bezdrátová monitorace – komfort pro dítě i rodiče (méně stresu z pochybení, menší omezení v každodenních aktivitách dítěte)

Včasně odhalení vývojových odchylek PND v 5 letech

- časný záchyt hraničních nálezů a odvrácení přechodu do patologie
- zlepšení sociálních kompetencí a komunikace dítěte
- usnadnění začlenění dítěte do kolektivu vrstevníků
- vytvoření standardizovaných doporučení pro pediatra

2.6 Design projektu a screeningový proces

Cílová skupina bude z projektu benefitovat různým způsobem dle typu péče, který potřebuje a které se jí tímto dostane. Projekt je rozdělen do **tří tematických kategorií a aktivit**:

Protokolárně řízená nutrice u PND

Počítáme se zapojením celkem **400 osob PND v 5 neonatologických centrech**, kde v každém budou spolupracovat **2 lékaři, 4 sestry a 1 specialista pro práci s analyzátozem mateřského mléka**. Screeningový postup je následující:

- PND splňující vstupní kritéria bude vyšetřeno podle nastavené metodiky.
- Naměřené parametry vstupního vyšetření vyhodnotí **software pro řízenou nutrici nezralých novorozenců**, který je porovná s mezinárodním doporučením, vyhodnotí a upozorní na odchylky.
- Je navržen individuální výživový plán, který se pravidelně aktualizuje.
- Výživa je převážně kombinací parenterálního a enterálního způsobu podání. V případě enterální výživy se preferuje mateřské mléko (ideálně od matky). Pro účel cílené fortifikace je nezbytná analýza mateřského mléka. K tomu se využívá **analyzátor mateřského mléka**, který je nezbytný pro individuální nastavení výživy.
- Pro ověření úspěšnosti navržené výživy se provádí **antropometrická měření**, která se opakují v týdenních intervalech. Celkem se provede 5 měření (7, 14, 21 a 28 dní po porodu), včetně výstupního vyšetření v korigovaném 36. týdnu.
- Sledování v projektu končí, když je dítě propuštěno z nemocniční péče a převedeno do ambulance vývojové péče.

Domácí řízená monitorace a optimalizace kyslíkové terapie (oxygenoterapie)

Počítáme se zapojením celkem **70 PND s bronchopulmonální dysplazií ve 4 neonatologických centrech**, resp. 4 pneumologických pediatrických ambulancích. Screeningový postup je následující:

- V rámci zapojeného neonatologického centra bude nezralé dítě monitorováno a ve 36. týdnu postmenstruačního stáří bude vyšetřeno na přítomnost **BPD** (bronchopulmonální dysplazie) a bude určena její závažnost. Potvrzením oxygenační poruchy a vstupních kritérií je dítě zapojeno do pilotu.
- Návštěvy/sledování – **neonatologické centrum**:
 - o Před propuštěním do domácí péče dojde k zaškolení rodičů na obsluhu přístroje na domácí monitoraci dýchání a záznam dat.
 - o Probíhají **pravidelné kontroly saturace kyslíkem** a PND přechází do specializované pneumologické pediatrické ambulance.
- Návštěvy/sledování – **pneumologická pediatrická ambulance**:

- Po převzetí do péče, provedení komplexního pneumologického vyšetření a edukace rodičů.
- Pokračuje se v monitoraci saturace kyslíkem a pravidelně se provádí kontrola zaslaných dat. Řízená monitorace pomáhá individuálně a umožňuje rychle reagovat na aktuální stav a směřovat k rychlejšímu ukončení kyslíkové terapie.
- Ukončení **oxygenoterapie**, opakovaná edukace rodičů
- Bezpečnostní monitorace saturace kyslíkem a v závěru kontrolní návštěva. Tímto sledování v pilotu končí. Počet a interval dalších návštěv je individuální dle stavu dítěte. **Doba sledování může být až cca 6 měsíců.**

V každém neonatologickém centru budou spolupracovat 2 lékaři a 2 neonatologické sestry a 1 koordinační pracovník, který zajistí zaškolení rodičů na domácí monitoraci a 1 zdravotní specialista – bioinženýr, který zajistí provoz zakoupeného software. V každé pneumologické pediatrické ambulanci budou spolupracovat 2 lékaři a 2 dětské sestry.

Včasně odhalení vývojových odchylek PND v 5 letech

Počítáme se zapojením celkem 210 PND ve 2 perinatologických a 2 intermediárních centrech. Screeningový postup je následující:

- U všech zapojených 5letých dětí, které mají anamnézu narození pod 37. gestační týden je provedeno komplexní pediatrické vyšetření se zaměřením na nejčastější odlišnosti během vývoje dítěte po stránce **somatické, motorické, psychické, logopedické**.
- V rámci centra proběhne **vyšetření u pediatra, plicního lékaře/alergologa, psychologa nebo dětského psychiatra a fyzioterapeuta/ergoterapeuta**.
- Výsledkem je konkrétní standardizované doporučení pro PND, jeho rodinu a pediatra dítěte.

V každém centru se počítá se zapojením 2 pediatriků, 1 logopeda, 1 plicního lékaře, 1 psychologa a 1 fyzioterapeuta/ergoterapeuta. V případě potřeby budou některé děti došetřeny u dětského psychiatra. Vzhledem k velkému zapojení specializací, bude nutné mít v každém centru koordinátora cílové skupiny. Nedílnou součástí je zapojení NLZP, kteří budou spolupracovat na přípravě záznamu výsledků vyšetření, pracovat s databázemi zdravotnického zařízení a validovat předávané informace.

2.7 Hlavní výstupní indikátory projektu

Výsledkové indikátory

- 680 osob využívajících podpořených služeb (kód indikátoru: 670102)

Projekt plánuje zapojení celkem 680 dětí. Do programu protokolárně řízené nutrice u nezralých novorozenců se zapojí 400 předčasně narozených dětí; do programu domácí řízené monitorace a optimalizace kyslíkové terapie (oxygenoterapie) se zapojí 70 předčasně narozených dětí; a do programu na odhalení vývojových odchylek předčasně narozených dětí v 5 letech se zapojí 210 předčasně narozených dětí ve věku 5 let. Do indikátoru budou započítány ty osoby, které se účastní projektu časného zachytu v pozici konzumenta dané služby.

Výstupové indikátory

- 3 nové podpořené programy prevence v oblasti zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti (kód indikátoru: 561001)

Jedná se o tři nové programy prevence, které nejsou v ČR rutinně prováděny, a to o program domácí řízené monitorace a optimalizace kyslíkové terapie (oxygenoterapie); program protokolárně řízené nutrice u předčasně narozených dětí a o program odhalení vývojových odchylek předčasně narozených dětí v 5 letech.

- 12 napsaných a zveřejněných analytických a strategických dokumentů (vč. evaluačních) (kód indikátoru: 805000). Bude se jednat o následující dokumenty:
 1. Metodika realizace pilotního projektu protokolárně řízené nutrice u nezralých novorozenců.
 2. Metodika realizace pilotního projektu domácí řízené monitorace a optimalizace kyslíkové terapie.
 3. Metodika realizace pilotního projektu včasného odhalení vývojových odchylek předčasně narozených dětí v 5 letech
 4. Analytická zpráva pilotního projektu protokolárně řízené nutrice u nezralých novorozenců.
 5. Analytická zpráva projektu domácí řízené monitorace a optimalizace kyslíkové terapie.
 6. Analytická zpráva pilotního projektu včasného odhalení vývojových odchylek předčasně narozených dětí v 5 letech.
 7. Implementační manuál protokolárně řízené nutrice u nezralých novorozenců.
 8. Implementační manuál domácí řízené monitorace a optimalizace kyslíkové terapie.
 9. Implementační manuál včasného odhalení vývojových odchylek předčasně narozených dětí v 5 letech.
 10. Vstupní evaluační zpráva
 11. Průběžná evaluační zpráva

12. Závěrečná evaluační zpráva

3 DESIGN EVALUACE

Cílem procesní evaluace je vyhodnotit průběh projektu. K dosažení tohoto cíle bude využit **evaluační design** v podobě lineárního modelu výzkumu a programová teorie, se kterou úzce souvisí **logický model projektu**, který jsme vytvořili již v rámci Vstupní evaluační zprávy.

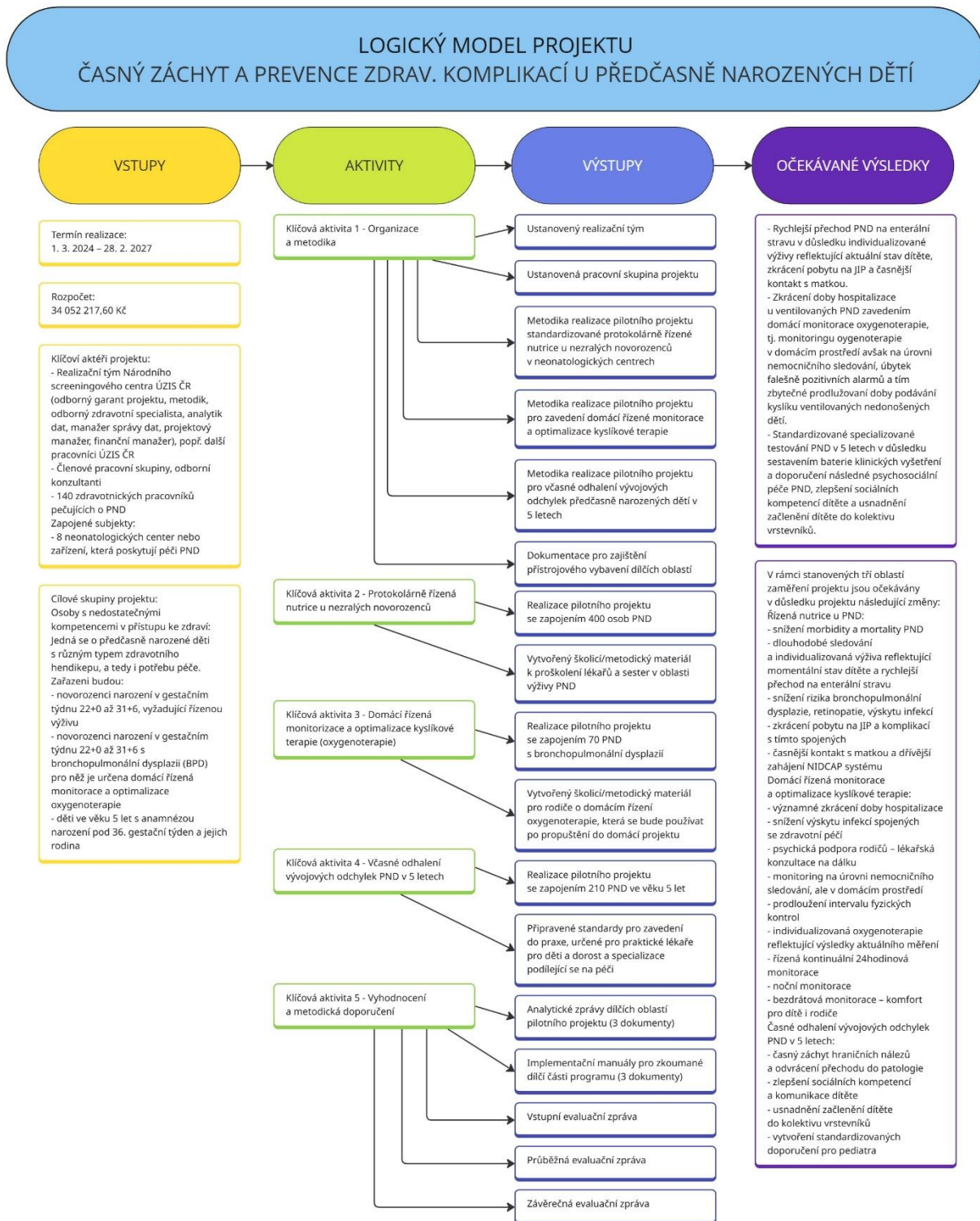
Evaluace procesu poskytne „...*klíčové kontextuální informace o implementaci, bez nichž je obtížné interpretovat vztah mezi programem a jeho výsledkem.*“ (Hora, 2014: strana 64)¹.

Evaluace procesu se využívá k identifikování silných a slabých stránek projektu, k ověření toho, zda byla navržená intervence (podpořená služba) poskytnuta definovaným cílovým skupinám (populaci) či k tomu, zda projekt proběhl podle plánu. To je důležité znát, pokud máme následně hodnotit celkové výsledky a dopady projektu, ty totiž obvykle bývají přímo spojeny s tím, jak byl projekt realizován. Díky provedení procesní evaluace budeme schopni identifikovat případné překážky, které brání úspěšné implementaci projektu a navrhnout kroky ke zlepšení. Kromě toho budeme schopni identifikovat postoje a motivace účastníků projektu a dalších aktérů participovat na projektu. Evaluace procesu poskytne větší vhled do tématu a vytvoří větší porozumění, které se následně odrazí v lepších interpretacích pozorovaných dopadů.

K evaluaci procesu přistoupíme skrze **lineární model výzkumu** – nejprve se zaměříme na záměry a cíle projektu, dále na identifikaci klíčových konceptů, indikátorů, metod a zdrojů dat. Již v rámci Vstupní evaluační zprávy jsme vytvořili logický model projektu (programovou teorii). Ta má pro evaluaci několik přínosů – pomáhá porozumět teorii modelu změny čili tomu, jakým způsobem projektové aktivity přispějí k dosažení plánovaných efektů, výsledků a dopadů projektu. Tímto evaluačním designem budou řešeny evaluační otázky v procesní části evaluace (tedy pEO1 – pEO4).

¹ Hora, O. 2014. *Procesní evaluace*. In Evaluační výzkum. Brno: MUNI. ISBN 978-80-210-6886-5.

Obrázek 2: Logický model projektu



4 METODOLOGIE EVALUACE

Cílem kapitoly je přehledně představit metodologii evaluace. Nejprve uvedeme **evaluační otázky a podotázky** pro procesní evaluaci. U každé evaluační otázky uvádíme **zdroje dat** pro vyhodnocení EO, **techniky sběru dat** a **analytické metody**. Po představení evaluačních otázek následuje **popis metod** a **technik sběru dat**. V poslední části kapitoly je popsán **postup sběru a analýzy získaných dat**. Všechny informace, které jsou v této kapitole uvedeny, jsou rovněž přehledně shrnuty v [evaluační matici](#) na straně 55.

4.1 Evaluační otázky

V rámci procesní evaluace jsme formulovali **čtyři hlavní evaluační otázky**, jejichž přesné znění je uvedeno níže. Od schválení Vstupní evaluační zprávy bylo třeba jednu plánovanou evaluační otázku přesunout do výsledkové evaluace. Metody sběru dat byly upraveny u pEO1, pEO3 a pEO4, kde byly tři dotazníková šetření s pracovníky v zapojených zdravotnických zařízeních (lékaři, NLZP, aj.) nahrazena polostrukturovanými individuálními rozhovory se stejnou skupinou osob. Jinak vše zůstalo totožné, jak bylo naplánováno ve Vstupní evaluační zprávě.

pEO1: Do jaké míry byl projekt navržen tak, aby splnil stanovené cíle (zamýšlené dopady)?

Evaluační podotázky:

- Je navržený screeningový postup účinný a efektivní pro dosažení těchto cílů (dopadů), zejm. dosažení stanoveného cílového počtu podpořených osob z cílové skupiny?
- Je počet zapojených zdravotnických pracovišť a spolupracujících pracovníků (lékařů, NLZP aj.) dostačující pro dosažení stanoveného cílového počtu podpořených osob z cílové skupiny pro každou jednotlivou oblast pilotního testování (tj. KA2, KA3 a KA4)?
- Jak je spolupracujícími lékaři a NLZP hodnoceno jejich zaškolení (vzdělávání) pro realizaci konkrétní oblasti pilotního testování do níž jsou zapojeni?
- Jak vybraní aktéři hodnotí informační materiály určené pro cílovou skupinu?
- Jak jsou hodnoceny metodiky realizace pilotního projektu vytvořené pro jednotlivé konkrétní oblasti pilotního testování (tj. KA2, KA3 a KA4) jejich cílovými uživateli (lékaři, NLZP, aj.)?

Zdroje dat pro vyhodnocení EO:

- Realizační tým projektu a ostatní zainteresované osoby
- Pracovníci v zapojených zdravotnických zařízeních (lékaři, NLZP, aj.) spolupracující na konkrétní oblasti pilotního testování (tj. KA2, KA3 a KA4)
- Relevantní dokumenty poskytnuté Realizátorem projektu/realizačním týmem projektu

Techniky sběru dat:

- Individuální polostrukturované rozhovory s realizačním týmem a ostatními zainteresovanými osobami (celkem minimálně 6 rozhovorů)
- Individuální polostrukturované rozhovory s pracovníky v zapojených zdravotnických zařízeních (lékaři, NLZP, aj.) spolupracujícími na konkrétní oblasti pilotního testování (bude osloven minimálně 1 pracovník z každého zapojeného zdravotnického zařízení pro každou jednotlivou oblast pilotního testování, tj. KA2, KA3 a KA4)
- Desk Research relevantních dokumentů poskytnutých Realizátorem projektu/realizačním týmem projektu

Analytické metody:

- Kvalitativní analýza
- Desk Research

pEO2: Do jaké míry je projekt realizován v souladu se stanoveným plánem?

Evaluační podotázky:

- Existují bariéry a rizika, která brání úspěšné realizaci projektu?
- Pokud ano, jaká a jak realizátoři projektu pracují na jejich odstranění či eliminaci?
- Mohou případné bariéry a rizika ohrozit plánované výstupy projektu?

Zdroje dat pro vyhodnocení EO:

- Realizační tým projektu a ostatní zainteresované osoby
- Relevantní dokumenty poskytnuté Realizátorem projektu/realizačním týmem projektu

Techniky sběru dat:

- Individuální polostrukturované rozhovory s realizačním týmem a ostatními zainteresovanými osobami (celkem minimálně 6 rozhovorů)
- Desk Research relevantních dokumentů poskytnutých Realizátorem projektu/realizačním týmem projektu

Analytické metody:

- Kvalitativní analýza
- Desk Research

pEO3: Do jaké míry jsou/byla zdravotnická pracoviště a samotní lékaři ochotni se aktivně zapojit do projektu?**Evaluační podotázky:**

- Jaké jsou hlavní faktory ovlivňující jejich motivaci se aktivně zapojit do projektu, resp. jaké jsou hlavní důvody odmítání spolupráce na projektu?
- Jakým způsobem realizační tým přistoupil k odstraňování těchto bariér a s jakým úspěchem?

Zdroje dat pro vyhodnocení EO:

- Realizační tým projektu a ostatní zainteresované osoby
- Pracovníci v zapojených zdravotnických zařízeních (lékaři, NLZP, aj.) spolupracující na konkrétní oblasti pilotního testování (tj. KA2, KA3 a KA4)
- Relevantní dokumenty poskytnuté Realizátorem projektu/realizačním týmem projektu

Techniky sběru dat:

- Individuální polostrukturované rozhovory s realizačním týmem a ostatními zainteresovanými osobami (celkem minimálně 6 rozhovorů)
- Individuální polostrukturované rozhovory s pracovníky v zapojených zdravotnických zařízeních (lékaři, NLZP, aj.) spolupracujícími na konkrétní oblasti pilotního testování (bude osloven minimálně 1 pracovník z každého zapojeného zdravotnického zařízení pro každou jednotlivou oblast pilotního testování, tj. KA2, KA3 a KA4)
- Desk Research relevantních dokumentů poskytnutých Realizátorem projektu/realizačním týmem projektu

Analytické metody:

- Kvalitativní analýza
- Desk Research

pEO4: Jaké jsou hlavní faktory ovlivňující chybovost při práci s nástroji pro sběr dat v rámci projektu ze strany lékařů, zejm. zařazování osob nespĺňujících kritéria pro vstup do projektu?**Evaluační podotázky:**

- Jak chybovost lékařů při práci s nástrojem pro sběr dat ovlivnila průběh projektu?

Zdroje dat pro vyhodnocení EO:

- Realizační tým projektu a další zainteresované osoby
- Pracovníci v zapojených zdravotnických zařízeních (lékaři) využívající nástroje pro sběr dat v rámci konkrétní oblasti pilotního testování (tj. KA2, KA3 a KA4).
- Relevantní dokumenty poskytnuté Realizátorem projektu/realizačním týmem projektu

Techniky sběru dat:

- Individuální polostrukturované rozhovory s realizačním týmem a ostatními zainteresovanými osobami (celkem minimálně 6 rozhovorů)
- Individuální polostrukturované rozhovory s pracovníky v zapojených zdravotnických zařízeních (lékaři) využívajícími nástroje pro sběr dat v rámci konkrétní oblasti pilotního testování (tj. KA2, KA3 a KA4) (bude osloven minimálně 1 pracovník z každého zapojeného zdravotnického zařízení, v rámci kterého je používán nástroj pro sběr dat, tj. KA2, KA3 a KA4)
- Desk Research relevantních dokumentů poskytnutých Realizátorem projektu/realizačním týmem projektu

Analytické metody

- Kvalitativní analýza
- Desk Research

4.2 Metody a techniky sběru dat

Pro potřeby procesní evaluace jsme využili tzv. **smíšený metodologický design evaluace**, tedy kombinaci kvantitativních i kvalitativních metod a technik sběru dat, které jsme doplnili o Desk Research vybraných dokumentů. Smíšený metodologický design evaluace nám umožnil zvýšit validitu získaných dat a tím i celé procesní evaluace. Evaluační otázky byly řešeny s cílem dosáhnout co největší triangulace dat s využitím následujících technik sběru dat: **individuální polostrukturované rozhovory s realizačním týmem a s pracovníky zapojených zdravotnických zařízení; Desk Research**. Pro vyhodnocení každé evaluační otázky jsme využili kombinace dvou výše uvedených technik sběru dat. Díky tomu je zajištěna vyšší validita výsledků.

Individuální polostrukturované rozhovory byly realizovány s následujícími participanty: projektový manažer; vedoucí oddělení řízení screeningových projektů NSC; manažer správy dat na seniorní pozici; analytik dat; odborný asistent. Celkem bylo s realizačním týmem a dalšími zainteresovanými osobami realizováno 6 individuálních polostrukturovaných

rozhovorů. Mimo realizační tým byly individuální polostrukturované rozhovory realizovány také s pracovníky v zapojených zdravotnických zařízeních (lékaři, NLZP, aj.) spolupracujícími na konkrétní oblasti pilotního testování. S touto skupinou osob bylo celkem provedeno 5 rozhovorů. Rozhovory proběhly online skrze platformu MS Teams nebo telefonicky a jejich délka se pohybovala v rozmezí 20–90 minut. Otázky pro rozhovor (scénář rozhovoru) byly předem schváleny Realizačním týmem projektu a všem participantům byly zaslány na emailové adresy ještě před samotným termínem rozhovoru. Individuální polostrukturované rozhovory byly využity (v kombinaci s dalšími technikami sběru dat) pro zodpovězení evaluačních otázek pEO1, pEO2, pEO3 a pEO4

Desk Research neboli analýza dokumentů, probíhala po celou dobu realizace procesní evaluace. Do analýzy byly zahrnuty následující dokumenty: Projektová žádost (žádost o podporu); Zprávy o realizaci projektu za jednotlivá monitorovací období; Seznam spolupracujících subjektů; Průběžné měsíční reporty o počtu osob z cílových skupin zapojených do projektu; Informace uveřejněné na webových stránkách Realizátora projektu ÚZIS ČR. Desk Research byl využit (v kombinaci s dalšími technikami sběru dat) pro zodpovězení evaluačních otázek pEO1, pEO2, pEO3 a pEO4.

4.3 Postup sběru získaných dat

Pro výše uvedené techniky sběru dat nyní specifikujeme popis metodologických postupů při sběru a analýze dat. Jako první se budeme věnovat podrobnějšímu popisu toho, co rozumíme pod pojmem Desk Research.

Desk Research

Termínem Desk Research označujeme pro účely této evaluace **analýzu dokumentů**. V obecném slova smyslu chápeme analýzu dokumentů jako analýzu jakéhokoli materiálu, který je zdrojem informací relevantních cílům evaluace. V užším pojetí chápeme analýzu dokumentů jako **výzkumnou strategii založenou na analýze již existujícího materiálu**. Při analýze dokumentů jsme pracovali s již vytvořeným materiálem, který nám byl ze strany Realizátora projektu poskytnut, dále jsme aktivně dohledávali potřebné informace na webových stránkách Realizátora projektu i zapojených subjektů.

Následuje **popis fází výzkumu**, který jsme v rámci evaluace při analýze dokumentů aplikovali: (1) jasná formulace problémů, cílů a výzkumných otázek, (2) definování toho, co v kontextu evaluace považujeme za vhodný dokument pro analýzu, (3) vyhledávání dokumentů a jejich revize, (4) kritika pramenů – zhodnocení toho, jak jsou vybrané dokumenty relevantní k tomu,

abychom na základě jejich analýzy dokázali odpovědět na evaluační otázky, (5) analýza a interpretace dokumentů ve smyslu formulování problémů a otázek, (6) zpětná reflexe a kontrola, (7) zpracování zjištěných výsledků a jejich provazba s dalšími získanými daty a informacemi, tvorba výstupů.

Kvalitativní rozhovory

Při sběru dat pomocí kvalitativních rozhovorů jsme využili **Individuální polostrukturované rozhovory**. Individuální polostrukturovaný rozhovor obsahuje připravené otázky, které důsledně a systematicky směřují k identifikaci výzkumných témat. Základem polostrukturovaného rozhovoru je konverzace, která dovoluje zkušenému výzkumníkovi měnit styl, rychlost a pořadí otázek, jež mají za úkol vyvolat dostatečně obsáhlé odpovědi participanta. Umožňuje participantovi uvažovat způsobem jemu vlastním a odpovídat s využitím hovorového jazyka. Polostrukturovaný rozhovor zároveň umožňuje koncentrovat pozornost na hlavní výzkumný zájem a naplnit požadavky vytyčené cílem a výzkumnými (evaluačními) otázkami.

Následuje **popis toho, jak jsme postupovali při sběru dat pomocí kvalitativních rozhovorů**:

(1) definování cílové skupiny, se kterou budou kvalitativní polostrukturované rozhovory realizovány, (2) využití dat získaných z Desk Research při přípravě scénáře rozhovoru, (3) příprava scénáře rozhovoru, (4) zaslání scénáře rozhovoru ke schválení Realizačnímu týmu, (5) kontaktování participantů, které pro rozhovor doporučil Realizační tým, (6) komunikace s participanty ohledně termínu a způsobu provedení rozhovoru, (7) zaslání schválených scénářů participantům jako podklad pro přípravu na rozhovor, (8) provedení vlastního rozhovoru, (9) přepis nahrávky rozhovoru, (10) analýza rozhovoru pomocí tematické analýzy, (11) interpretace získaných výsledků, (12) zpracování výsledků a jejich provazba s dalšími získanými daty, tvorba výstupů v podobě Průběžné evaluační zprávy.

4.4 Postup při analýze získaných dat

Kvalitativní analýza

Pod termínem analýza kvalitativních dat rozumíme: kódování, propojování dat, komentování a doplňování dat, vyvozování závěrů a verifikaci, vytvoření interpretačního rámce, grafické znázorňování průběžných i konečných výsledků.

Poté, co byly rozhovory přepsány, přešli jsme ke zpracování získaných dat v softwaru Atlas.ti. Zpracování a analýza dat probíhala průběžně tak, jak je v kvalitativním designu výzkumu běžné. Klíčovým momentem analýzy dat bylo tzv. kódování, tedy odhalování určitých

významných částí textu, které poskytují hledanou informaci. Při další práci s těmito kódy, resp. zjištěními z rozhovorů či diskuzí, jsme uplatnili následující postupy, díky nimž jsou zjištění zachycena komplexně (včetně jejich souvislostí). V tabulce níže přehledně uvádíme postupy, které byly při kódování rozhovorů uplatněny.

Tabulka 2: Postup při kódování rozhovorů

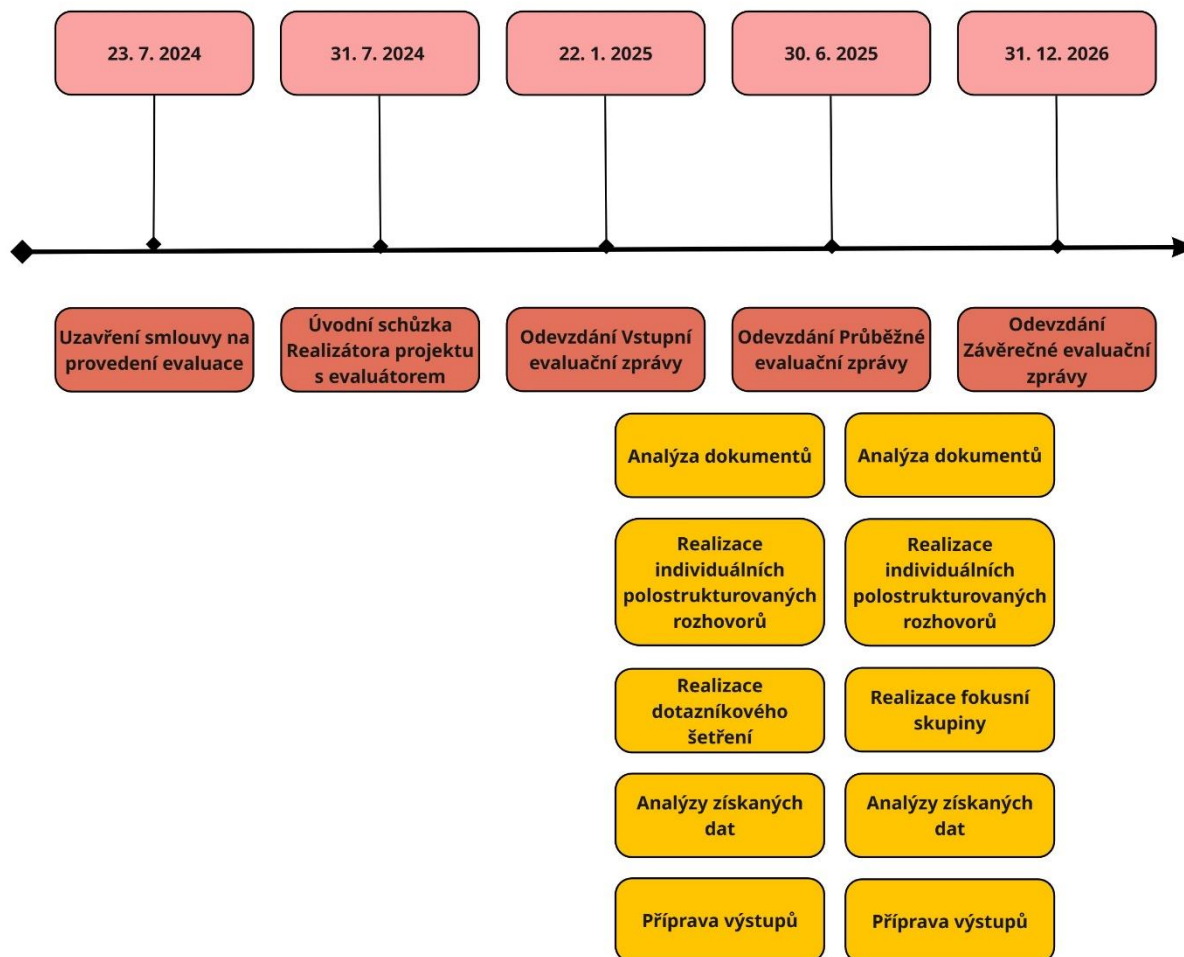
Název postupu	Obsah postupu
Vytváření trsů	třídění kódů do skupin dle podobnosti mezi nimi
Identifikace kontrastů	rozlišování různých kategorií určitých kódů
Zachycení vzorců	vyhledávání opakujících se soustav kódů v textu
Faktorování	identifikace skrytých faktorů ovlivňujících vznik či povahu určitého kódu (jevu)
Narativní rekonstrukce	zachycení kódu (jevu) v procesu jeho vývoje
Mentální mapování	představuje určité završení výše uvedených postupů, cílem tohoto procesu je vytváření mentálních map, jež graficky znázorňují souvislosti mezi kódy (jevy)

4.5 Harmonogram evaluace

Evaluovaný projekt je realizován v období od 1. 3. 2024 do 28. 2. 2027. Samotná evaluace projektu probíhá od 23. 7. 2024 (datum uzavření smlouvy na provedení evaluace) do 30. 6. 2025. Podrobný harmonogram evaluace je graficky zobrazen na obrázku č. 3.

Obrázek 3: Grafické zpracování harmonogramu evaluace

Harmonogram plnění evaluace



5 VÝSLEDKY PROCESNÍ EVALUACE

pEO1: Do jaké míry byl projekt navržen tak, aby splnil stanovené cíle (zamýšlené dopady)?

Evaluační otázka byla **vyhodnocena pomocí následujících kombinací technik sběru dat**: individuální polostrukturované rozhovory s realizačním týmem a ostatními zainteresovanými osobami; individuální polostrukturované rozhovory s pracovníky zapojených zdravotnických zařízení a Desk Research relevantních dokumentů poskytnutých Realizátorem projektu/realizačním týmem projektu.

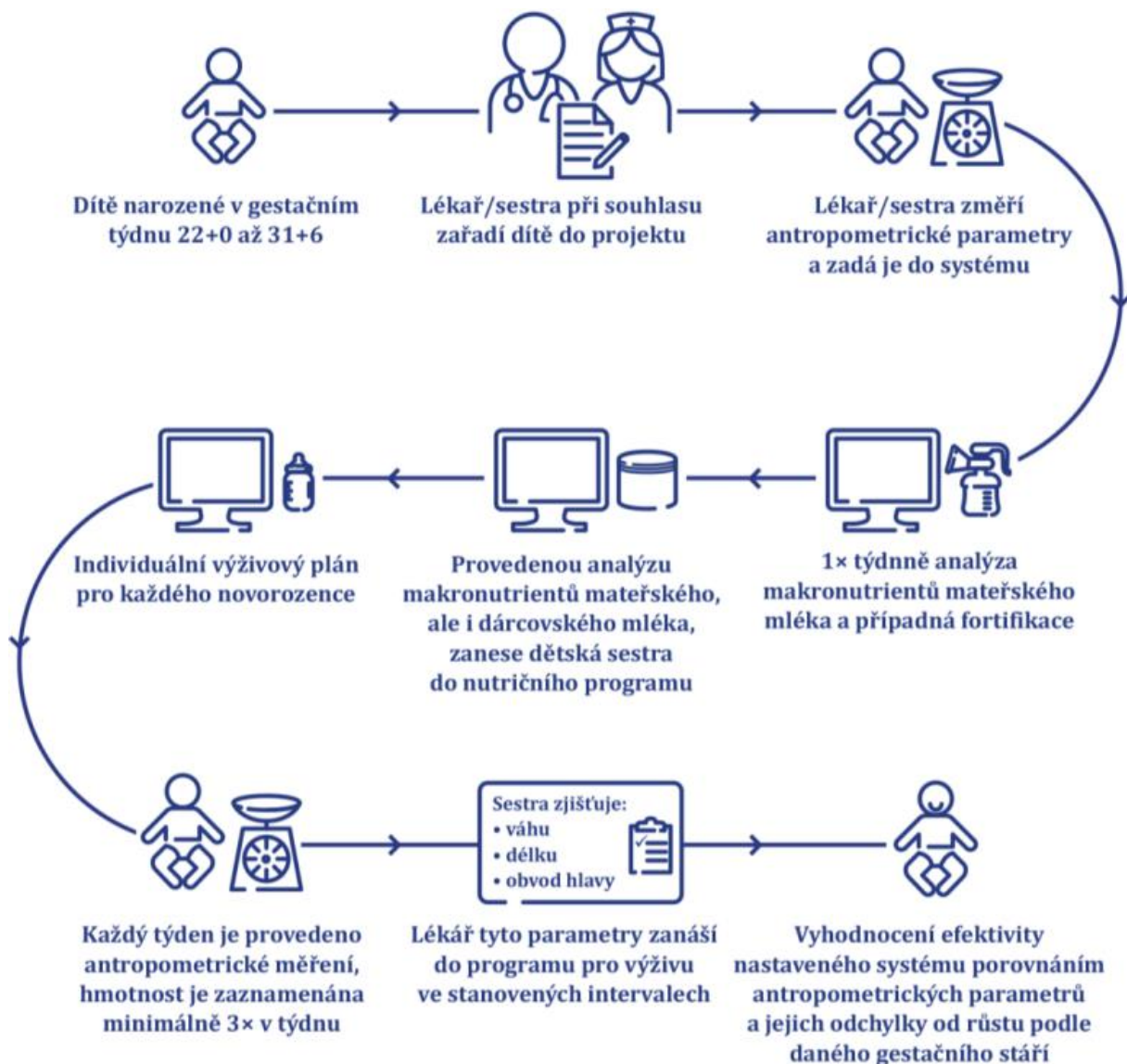
V rámci EO byly formulovány **čtyři podotázky**, které pomohou hlavní EO komplexně odpovědět. Jako první se tedy věnujeme vyhodnocení evaluačních podotázek, v závěru pak shrnujeme vyhodnocení hlavní EO.

Je navržený screeningový postup účinný a efektivní pro dosažení těchto cílů (dopadů), zejm. dosažení stanoveného cílového počtu podpořených osob z cílových skupin?

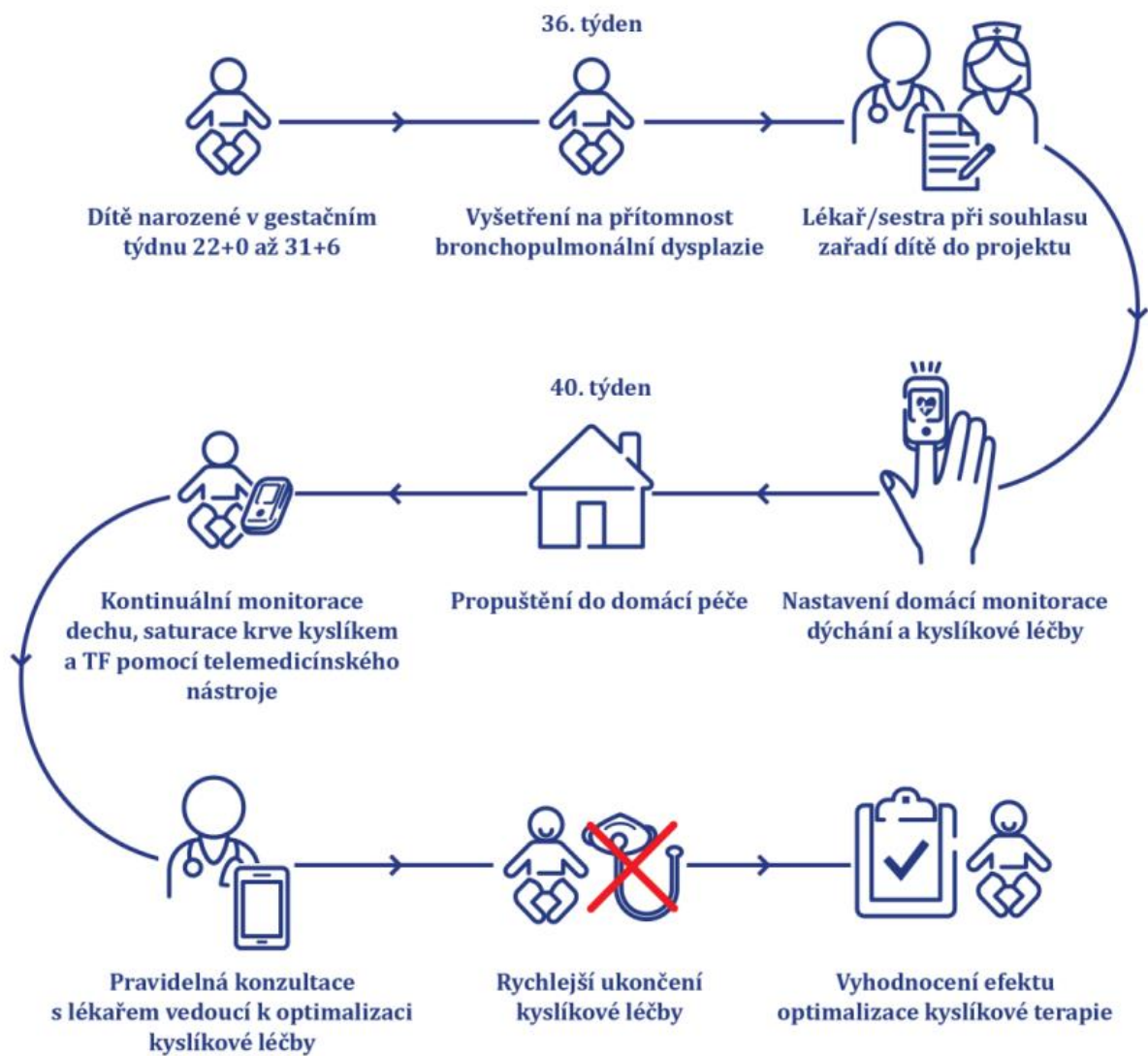
Oslovení aktéři (členové Realizačního týmu, členové pracovní skupiny a zapojení lékaři) se shodují na tom, že nastavený screeningový postup je účinný a efektivní. Názory na to, zdase v projektu podaří otestovat požadovaný počet osob z cílové skupiny se napříč oslovenými aktéry liší. V případě oblastí pilotního testování v rámci náborových ramen KA2 a KA3 panuje názor, že s každým přibývajícím měsícem, o který se nábor zpožďuje, nastávají větší a větší obavy ohledně toho, zda dojde k naplnění cíleného počtu otestovaných osob z cílové skupiny. Tato obava vychází také z důvodu stále se snižující porodnosti v České republice. O aktuálně sedmiměsíční zpoždění v zahájení náboru v rámci těchto ramen, bude nevyhnutelně zkrácen i nábor cílových osob do projektu. Realizační tým na tuto skutečnost reagoval vypracováním modelu, který má predikovat počet narozených dětí v požadovaném gestačním týdnu v rámci náborového ramena KA2 v zapojených centrech během období zbývajících na nábor. Podle tohoto modelu by se měl do konce realizace projektu ve spolupracujících centrech narodit dostatek PND pro naplnění cílového počtu dětí (pozn. bylo kalkulováno s ochotou účasti 90 % oslovených rodičů).

Na následujících obrázcích jsou zobrazeny screeningové postupy u jednotlivých náborových ramen (odpovídající klíčovým aktivitám 2, 3, resp. 4).

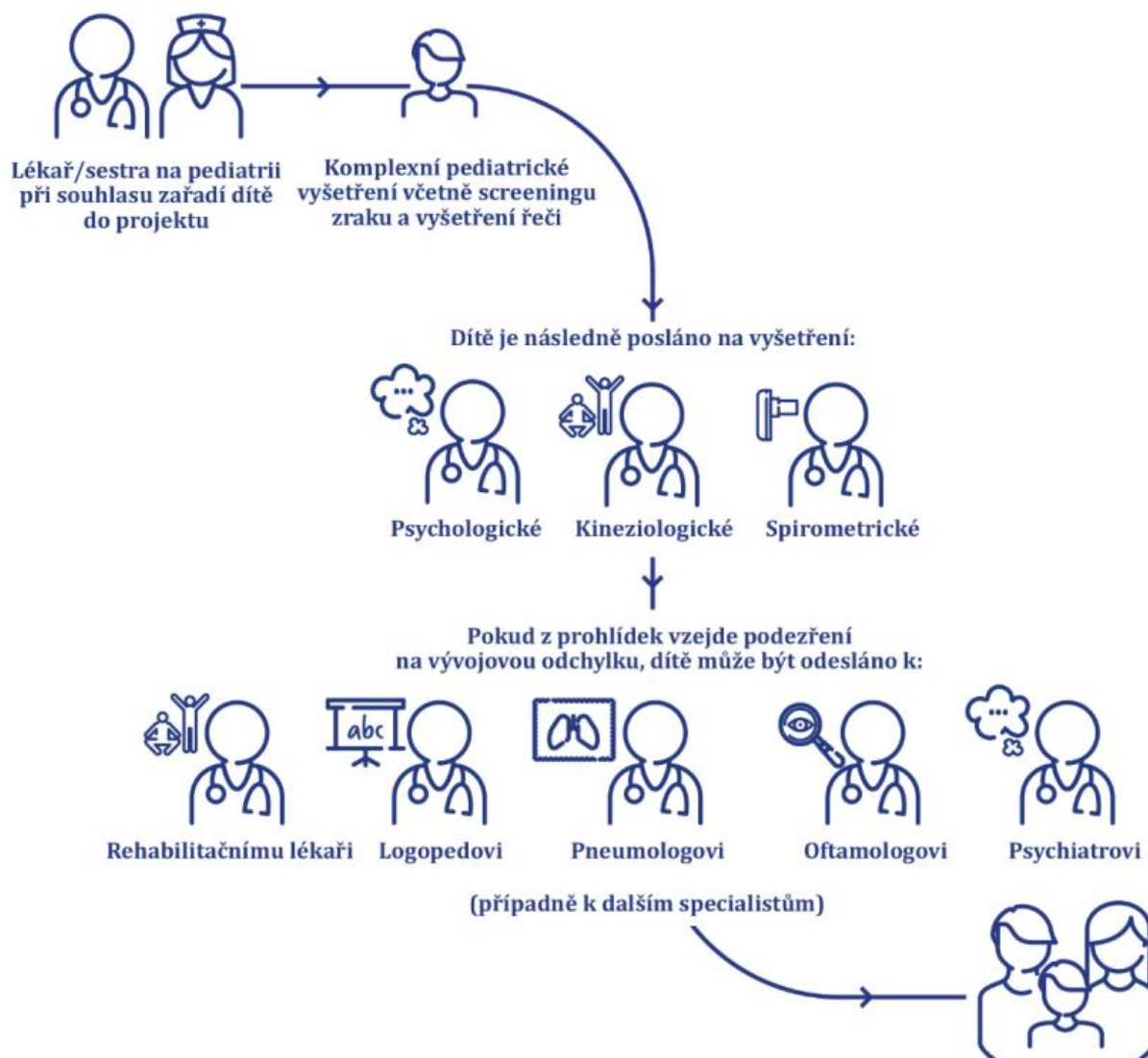
Obrázek 4: Schéma screeningového procesu u dětí v náborovém rameni: Protokolárně řízená nutriční u nezralých novorozenců (klíčová aktivita 2)



Obrázek 5: Schéma screeningového procesu u dětí v náborovém rameni: Domácí řízená monitorace a optimalizace kyslíkové terapie (klíčová aktivita 3)



Obrázek 6: Schéma screeningového procesu u dětí v náborovém rameni: Včasné odhalení vývojových odchylek PND v 5 letech (klíčová aktivita 4)



Jak je spolupracujícími lékaři a NLZP hodnoceno jejich zaškolení (vzdělávání) pro realizaci konkrétní oblasti pilotního testování do níž jsou zapojeni?

Vzhledem k aktuálnímu vývoji projektu se ještě nepřistoupilo k zaškolování spolupracujících lékařů a NLZP pro realizaci konkrétní oblasti pilotního testování. Lékaři i ostatní osoby z řad nelékařského personálu mají k dispozici Souhrn protokolu a s postupy projektu seznámeni jsou. Samotné školení je ale plánováno až v nejbližších týdnech.

Nástroj pro sběr dat, na jehož používání je nejdůležitější lékaře proškolit, byl pro všechna tři ramena projektu dokončen teprve v posledních dnech (červen 2025). Zaškolení lékařů pro práci s těmito nástroji tak bude možné provést až v následujících týdnech realizace projektu.

Jak vybraní aktéři hodnotí informační materiály pro cílovou skupinu?

Realizační tým v rámci přípravné fáze projektu (KA1) ve spolupráci s Pracovní skupinou připravil několik informačních dokumentů v tištěné i elektronické podobě, určených pro cílové skupiny jednotlivých oblastí pilotních testování v rámci projektu. Vzhledem k tomu, že se projekt skládá ze tří tematicky odlišných pilotních testování (klíčových aktivit), byly proto vytvořeny tři skupiny informačních materiálů, kdy každá je zaměřená specificky na jednu oblast pilotního testování (klíčovou aktivitu) a její konkrétní cílovou skupinu.

Pro pilotní testování, které se věnuje protokolárně řízené nutriční péči o nezralé novorozence (klíčová aktivita 2), byl vytvořen informační leták určený rodičům těchto dětí. Leták srozumitelnou ale odborně relevantní formou seznamuje rodiče s cíli a průběhem postupu řízené nutrice u PND. Podobný formát informačního letáku byl připraven i pro pilotní testování, zaměřené na domácí řízenou monitoraci a optimalizaci kyslíkové terapie (klíčová aktivita 3). Tento leták rovněž poskytuje rodičům přehledné informace o projektu, a jaké budou jednotlivé kroky postupu zajištění kyslíkové terapie u PND. Oba letáky mají jednotnou grafickou podobu, čímž projekt komunikuje jednotný vizuální styl. V rámci pilotního testování v rámci KA3 navíc vznikl i praktický návod (Quick manual), který slouží jako jednoduchý „tahák“ pro rodiče, který obsahuje praktické informace týkající se péče o novorozence během kyslíkové terapie aj. Podle informací z evaluačních rozhovorů realizační tým připravuje ještě i další podpůrné materiály pro lékaře, které jim mají usnadnit práci s nutričním softwarem aj.

Součástí pilotního testování v rámci KA3 (Domácí řízená monitorace a optimalizace kyslíkové terapie) je také sociologický průzkum (dotazníkové šetření) zaměřený na kvalitu života dítěte a jeho rodičů. Rodiče budou postupně vyplňovat dva sociologické dotazníky: 1) sociologický dotazník cílený přímo na rodiče PND ve 4 různých fázích účasti v projektu (při vstupu do projektu, při propuštění dítěte do domácí péče, měsíc po propuštění z porodnice a při ukončení léčby) a 2) sociologický dotazník týkající se kvality života jejich dětí ve 2 fázích (po propuštění z porodnice a na konci léčby). O tomto sociologickém šetření, které je součástí protokolu klíčové aktivity KA3 jsou rodiče informováni rovněž prostřednictvím informačního letáku. Sběr dat v rámci obou dotazníků probíhá elektronicky v rámci platformy REDCap (databázový nástroj pro sběr dat). Rodiče obdrží kartičku s unikátním ID dítěte a QR kódem, který je nasměruje na příslušné dotazníkové formuláře. Vyplňované údaje ve formulářích jsou pseudonymní. V rámci této oblasti pilotního testování mají rodiče rovněž možnost sledovat stav dítěte a účinnost kyslíkové terapie také prostřednictvím mobilní aplikace Masimo SafetyNet, která je dostupná pro operační systémy Android i iOS.

Pilotní testování v rámci klíčové aktivity 4 (Včasné odhalení vývojových odchylek předčasně narozených dětí v 5 letech) se oproti předchozím dvěma výrazně liší. Zaměřuje se na děti ve věku pěti let a sleduje vývojové odchylky, které se mohou objevit až s odstupem času. Vzhledem k tomu, že tyto děti již nejsou ve zdravotnickém zařízení hospitalizovány, bylo nutné zvolit jiný způsob oslovování jejich rodičů. V tomto případě byl vytvořen speciální dopis, který bude rodičům předán pediatrem během jejich návštěvy v ordinaci nebo budou tímto dopisem osloveny vytipované děti v péči u daného lékaře prostřednictvím e-mailové korespondence. Tento dopis v dostatečné míře vysvětluje rodičům náležitosti spojené s účastí dítěte v projektu a její benefity a rovnou tuto účast rodičům nabízí.

Zároveň byl vytvořen informační web projektu dostupný na adrese <https://nsc.uzis.cz/nedonoseni>. Ten poskytuje základní informace o projektu, jeho designu a cílech, obsahuje odkazy na klíčové dokumenty a nabízí kontakt na projektového manažera i helpdesk, prostřednictvím kterého mohou rodiče i odborníci získat další informace.

V době provádění evaluace nebyla k informačním materiálům ještě obdržena zpětná vazba od jejich cílových adresátů (zejména rodičů), protože tyto informační materiály dostanou až během oslovení k účasti v projektu, resp. v rámci oslovovacích dopisů, které jim budou cíleně odeslány (týká se náborového ramena KA4 – pilotního testování u dětí v 5 letech). Nicméně z rozhovorů s členy Pracovní skupiny a s lokálními odbornými garanty z jednotlivých center vyplývá, že tito hodnotí vzniklé materiály jako srozumitelné, přehledné a dobře zacílené na konkrétní potřeby cílových skupin. Vznik dokumentů byl s těmito aktéry opakovaně konzultován a jejich připomínky byly průběžně zpracovávány, což zvyšuje pravděpodobnost jejich přijatelnosti ze strany cílových skupin i dopadu při používání v praxi.

Jak jsou hodnoceny metodiky realizace pilotního projektu vytvořené pro jednotlivé konkrétní oblasti pilotního testování (tj. KA2, KA3 a KA4) jejich cílovými uživateli (lékaři, NLZP, aj.)?

Jedním z výstupů projektu, konkrétně klíčové aktivity 1, je vytvoření metodik realizace pilotního projektu pro každou z jednotlivých oblastí pilotního testování. Celkem tak vznikly tři metodické dokumenty, jeden pro každou klíčovou aktivitu. Jedná se o: **Metodiku realizace pilotního projektu standardizované protokolárně řízené nutrice u nezralých novorozenců** (v rámci KA2), **Metodiku realizace pilotního projektu domácí řízené monitorace a optimalizace kyslíkové terapie** (v rámci KA3) a **Metodiku realizace pilotního projektu**

pro Včasné odhalení vývojových odchylek předčasně narozených dětí v 5 letech (v rámci KA4).

V současné době mají zapojená centra k dispozici základní metodické informace, jež jsou shrnuty v dokumentu **Souhrn protokolu**. Tento dokument slouží jako základní orientační rámec a shrnuje klíčové informace pro realizaci pilotního testování v každé ze tří oblastí. Obsahuje mimo jiné návrh designu projektu (screeningový/intervenční postup) pro všechna tři ramena, specifikaci cílové populace a plánovaný cílový počet osob z této populace, přehled zapojených center a vymezení inkluzních a exkluzních kritérií pro účast v projektu. Dále se v něm nachází popis postupu při sběru dat a vymezení hlavních sledovaných kvantitativních monitorovacích indikátorů projektu. Na tvorbě Souhrnu protokolu se podílel nejen Realizační tým, ale také členové Pracovní skupiny, odborní konzultanti a zástupci zapojených center.

Z evaluačního šetření vyplývá, že dokument Souhrn protokolu je ze strany lékařů a dalších odborníků hodnocen pozitivně, jako **přehledný, dobře strukturovaný a prakticky využitelný**. V rámci rozhovorů s aktéry zaznělo, že k tomuto dokumentu zatím **nebyla vnesena žádná zásadní negativní zpětná vazba**. Naopak, jeho srozumitelnost byla několikrát oceněna. Souhrn zároveň posloužil jako zdroj informací pro přípravu dalších metodických dokumentů (např. Manuály k nástroji pro sběr dat nebo doplňkové návody k jednotlivým postupům), které Realizační tým rozesílal zapojeným aktérům většinou e-mailem.

V současnosti jsou dokončovány plné verze výše uvedených metodik, které navazují na Souhrn protokolu a **rozšiřují se o další praktické informace** relevantní pro jednotlivé oblasti pilotního testování. Tyto „plné metodiky“ tak přinášejí detailnější popis postupů, zohledňují technická a organizační specifika jednotlivých oblastí pilotního testování. V případě dokumentů CRF (Case Report Forms), které jsou součástí metodik, došlo k jejich překlopení do podoby elektronického nástroje pro sběr dat. Zapojeným lékařům bude k dispozici také **manuál**, který je seznámí s jeho funkcionalitami a se způsobem vyplňování údajů v jeho elektronických formulářích.

Metodiky tak vznikají na základě široké odborné spolupráce a postupného ladění s garanty jednotlivých oblastí pilotního testování. Z rozhovorů s členy realizačního týmu i pracovní skupiny vyplývá, že tento proces probíhá ve velmi úzké komunikaci s cílovými uživateli, což napomáhá tomu, že výsledné dokumenty odpovídají potřebám praxe a mají reálný potenciál být účinně využívány v rámci pilotního testování.

pEO2: Do jaké míry je projekt realizován v souladu se stanoveným plánem?

Evaluační otázka byla **vyhodnocena pomocí následujících kombinací technik sběru dat**: individuální polostrukturované rozhovory s realizačním týmem a ostatními zainteresovanými osobami a Desk Research relevantních dokumentů poskytnutých Realizátorem projektu/realizačním týmem projektu.

V rámci EO byly formulovány **tři podotázky**, které pomohou hlavní EO komplexně zodpovědět. Jako první se tedy věnujeme vyhodnocení evaluačních podotázek, v závěru pak shrneme vyhodnocení hlavní EO.

Existují bariéry a rizika, která brání úspěšné realizaci projektu? Pokud ano, jaká a jak realizátoři projektu pracují na jejich odstranění či eliminaci?

Realizační tým identifikoval jako jednu z nejvýznamnějších bariér pro úspěšnou realizaci projektu **vysokou administrativní náročnost při přípravě projektu**, která provází všechny fáze projektu. S ohledem na to, že projekt je rozdělen do tří tematicky odlišných oblastí pilotního testování, je **objem administrativní agendy přibližně trojnásobný ve srovnání s ostatními pilotními projekty OPZ+ v realizaci NSC ÚZIS ČR**. Přestože na fázi přípravy byl vyhrazen časový rámec devět měsíců, což je o tři měsíce více, než je u těchto projektů obvyklé, vzhledem k administrativní náročnosti projektu by bylo žádoucí vyhradit na přípravnou fázi ještě delší čas.

Jednu z bariér představuje kapacitně **nedostačující personální obsazení Realizačního týmu**. Projekt, jehož rozsah odpovídá třem běžným pilotním projektům, je administrován pouze jednou projektovou manažerkou a jednou odbornou asistentkou. Tato skutečnost do značné míry snižuje kapacitu řešit paralelně vzniklé komplikace v jednotlivých náborových ramenech. Dle projektové manažerky se **každá oblast pilotního testování (klíčová aktivita) potýká se specifickými problémy**, nicméně některé administrativní činnosti (uzavírání smluv s vybranými centry, schvalování Souhlasu se zařazením do projektu a Souhlasu se zpracováním osobních údajů etickou komisí) bylo potřeba pro všechny tři oblasti testování řešit souběžně, a tak časové zdržení u jedné oblasti pilotního testování zákonitě vedlo ke zdržení a průtahům u zbývajících dvou. Například v rameni KA2 (Protokolárně řízené nutriční u PND) došlo ke komplikacím a následným průtahům při přípravě informovaného souhlasu pro toto rameno. Ačkoliv informované souhlasy pro zbývajících dvě náborová ramena byla již hotova, s jejich odesláním k posouzení etické komisi bylo nutné počkat, dokud nebude dokončen i souhlas pro

rameno KA2, neboť etická komise projednává všechny dokumenty týkající se pilotních testování společně jako celek.

Další bariéru představuje nízká frekvence konání odborných kurzů určených pro nelékaře specialisty – klinické psychology (Kurz IDS-P) a fyzioterapeuty (Kurz MABC-2) a dlouhé čekací listiny na tento kurz, který se pořádá pouze jednou až dvakrát ročně. Požadavek na absolvování tohoto kurzu se týká NLZP, kteří chtějí spolupracovat na projektu v oblasti pilotního testování v rameni KA4 (Včasné odhalení vývojových odchylek PND v 5 letech). Situaci popsala projektová manažerka následovně: „...počítali jsme v rozpočtu s tím, že budou potřebovat kurzy, aby mohli provádět ty psychologické testy. U fyzioterapeutů to byly fyzioterapeutické kurzy. U nich byl problém je na ty kurzy dostat, protože jsou prostě jednou za rok, možná dvakrát za rok. I waitlist je hrozně dlouhý. Byl celkem problém dostat osm lidí na kurz. Fyzioterapeuti ho absolvovaný už mají a psychologové jdou až v září... to nás při tom plánování vůbec nenapadlo...“. Realizační tým začal situaci řešit v říjnu/listopadu 2024, přičemž nejbližší možný termín kurzu pro psychology v tu dobu připadl až na září 2025. To znamená, že část odborníků na zapojení do projektu stále čeká. Někteří NLZP však již kurz absolvovali v minulosti a mohou se tak do projektu zapojit už nyní.

Významné prodloužení přípravné fáze projektu, resp. oddálení zahájení vlastního pilotního testování bylo způsobeno také **časově náročným procesem navazování spolupráce s centry (uzavírání smluv o spolupráci) a také v důsledku administrativně náročného procesu nákupu přístrojového vybavení ze zahraničí.**

V případě nákupu přístrojů se jednalo mimo jiné o analyzátoř mateřského mléka potřebné pro pilotní testování v rameni KA2 (Protokolárně řízená nutrice u PND), jejichž exkluzivním dodavatelem je spol. DN Formed, s.r.o. se sídlem Hudcova 487, 612 00 Brno-Medlány. Vzhledem k této exkluzivitě nákup přístrojů mohl být proveden napřímou bez nutnosti vyhlášení veřejné soutěže. Oznámení o způsobu výběru dodavatele byl před vlastní realizací nákupu odeslán k formální kontrole řídicímu orgánu MPSV ČR, ten však měl k tomuto postupu připomínky a vyžádal dodání dalších dokumentů, které exkluzivitu dodavatele jednoznačně dokládají. Realizační tým proto zahraničního dodavatele požádal o dodání takového potvrzení, které následně zaslal ŘO k další kontrole a ten následně s přímým nákupem přístrojů souhlasil. Dvě kontroly ze strany ŘO a potřeba zajistit nezbytné dokumenty od dodavatele nicméně vedly k dalším časovým průtahům. Navíc cenová nabídka na nákup přístrojů byla v době vlastního nákupu (tj. konec roku 2024) velmi výrazně dražší (cca o 40 %) než v době přípravy projektu (před schválením projektové žádosti). V rozpočtu projektu bylo na nákup přístrojů počítáno

s finanční rezervou ve výši 20 %, avšak ani tato nebyla dostačující. Realizační tým byl proto nucen počet poptávaných přístrojů snížit. Jednání s dodavatelem v této věci pak vedlo k dalším časovým průtahům.

V případě navazování spolupráce s centry bylo hlavní příčinou průtahů **připomínkování smluv jednotlivými nemocnicemi a opakované požadavky na jejich úpravu**, kdy jednotlivé dokumenty kolovaly mezi právními odděleními nemocnic a ÚZIS ČR, což způsobovalo další časový skluz. Podle vedoucí projektového oddělení je jedním z důvodů průtahů i **nedostatečná personální kapacita právního oddělení ÚZIS ČR**, kde tuto agendu vyřizují pouze tři právníci. V kombinaci s množstvím připomínek a požadavků jednotlivých smluvních stran se celý proces výrazně protáhl.

Za potenciálně významný faktor, který může snížit motivaci center ke spolupráci na projektu, je nedodání nového technického vybavení v rámci realizace projektu. To se týká pilotního testování v rámci náborového ramena KA2 (Protokolárně řízená nutrice u PND), kde bylo nutné z ekonomických důvodů **snížit počet pořizovaných analyzátorů mateřského mléka**. Jedno centrum tak nedostalo jeho novější verzi v rámci participace na projektu. Z pohledu datového manažera tento postup nepředstavoval žádný problém vzhledem k tomu, že v jednom z center je již podobný přístroj používán. Z pohledu odborného garanta pro tuto oblast pilotního testování (rameno KA2), který je rovněž lékařem v dané nemocnici, jež přístroj neobdržela, je však situace vnímána odlišně. Podle jeho slov o této změně nebyl dostatečně informován a upozornil na to, že starší přístroj, který jejich pracoviště aktuálně používá, je ve srovnání s těmi nově pořízenými v rámci projektu již technicky zastaralý. Realizační tým poukazuje na to, že ačkoliv má jedno z center k dispozici pouze svou starší verzi přístroje na analýzu mateřského mléka, fakticky funkční rozdíly u něj a nových přístrojích, které obdržely centra ostatní, nejsou.

Projekt se v současnosti nachází v přibližně **sedmiměsíčním skluzu** oproti původnímu harmonogramu. Přesto se realizačnímu týmu podařilo většinu bariér postupně eliminovat a dvě ramena projektu se buď rozbíhají nebo jsou již těsně před spuštěním pilotního testování. Nábor v rámci ramena KA4 (Včasné odhalení vývojových odchylek PND v 5 letech) bude oficiálně zahájen až od září 2025, protože není úplně vhodné organizovat a efektivně zajistit všechna požadovaná vyšetření dětí v letních měsících. Pozn. Snahou je, aby děti absolvovaly sled vícero vyšetření v tandemu během dvou dnů (dvou návštěv v centru), to je však náročné jak organizačně (nutnost zajistit všechna vyšetření s ohledem na dostupnost specialistů) tak časově pro samotné rodiče (nezbytná vyšetření mnohdy zaberou cca 4 hodiny).

Na základě zkušeností členů realizačního týmu z přípravné fáze projektu (a také ze zkušeností z realizace ostatních obdobných pilotních projektů OPZ+) by se do budoucna měla **doba plánovaná na přípravnou fázi projektů výrazně prodloužit**, případně lépe rozfázovat, aby bylo možné administrativní a právní procesy realizovat s dostatečnou časovou rezervou.

Mohou případné bariéry a rizika ohrozit plánované výstupy projektu?

Uvedené bariéry a rizika mohou podle části Realizačního týmu i oslovených lékařů **do určité míry ohrozit dosažení plánovaných výstupů projektu**. Všechny dosavadní obtíže, zejména složité administrativní procesy, komplikace při schvalování dokumentace a zajišťování smluv s nemocnicemi, způsobily v harmonogramu projektu **významný časový skluz**, který nyní činí přibližně **sedm měsíců**. Tento posun může představovat riziko v podobě nenaplnění cílového počtu osob z cílové skupiny, a tedy nenaplnění příslušného výsledkového indikátoru v plné výši.

Největší riziko v této souvislosti představuje **kratší čas zbývající na nábor cílových osob v rámci náborových ramen KA2 a KA3** oproti původnímu plánu. U těchto dvou ramen je navíc vlastní nábor dětí zcela závislý na reálném počtu narozených dětí v daném gestačním týdnu. V kontextu klesající porodnosti v České republice je právě zkrácený čas na nábor považován za hlavní faktor, který snižuje potenciál dosažení plánovaného cílového počtu zařazených participantů v plné výši. Realizační tým proto pro interní účely vypracoval **predikční model očekávaného počtu zapojených dětí** se zohledněním počtu zapojených center a očekávaného periodického přírůstku dětí v jednotlivých centrech. Výstupy z této predikce naznačují, že i přes časový skluz je **více než pravděpodobné, že cílový počet osob zapojených do projektu bude dosažen**, pokud bude nábor po zahájení pilotního testování probíhat kontinuálně a bez dalších komplikací.

Dalším rizikovým faktorem je **možný nezájem rodičů o zařazení jejich dítěte do projektu**. Někteří lékaři a Realizační tým tento problém předpokládají zejména u náborového ramena KA3 (Domácí řízená monitorace a optimalizace kyslíkové terapie), které více než ostatní ramena vyžaduje aktivní součinnost rodičů v poporodní péči o nedonošené dítě, spočívající mj. v podobě využívání oxygenátoru a zajištění kyslíkové terapie v domácím prostředí. V současné době nemá Realizační tým připraven konkrétní krizový scénář pro případ nízkého zájmu o účast cílových osob v tomto rameni. Tato situace se bude řešit až podle skutečného vývoje po zahájení náboru v tomto rameni.

Během realizace projektu se ukázaly některé limity nastaveného rozpočtu, např. nedostatečné finanční rezervy na nákup potřebných přístrojů. To se odráží například v nemožnosti přibrání dalšího centra ke spolupráci na projektu, které by pomohlo v náboru dětí a přispělo k naplnění cílového počtu otestovaných osob v rámci ramena KA2, neboť toto by vyžadovalo pořízení dalšího analyzátoru mateřského mléka, na které v rozpočtu nezbyla finanční rezerva. Dále se ukazuje, že využívání zahraničních softwarových nástrojů a spolupráce se zahraničními partnery v oblasti sběru dat může výrazně zvýšit administrativní a organizační náročnost celého procesu.

Na druhou stranu existuje jistá časová **flexibilita v provádění analýz získaných dat, neboť fázi zpracování dat lze do značné míry připravit předem, což umožní čas potřebný na provedení vlastní analýzy výrazně zkrátit.** Prodloužení náboru cílových osob až do samého data ukončení realizace projektu neohrozí kvalitu vypracovaných analytických výstupů. I s ohledem na tuto možnost však stále zůstává otevřenou otázkou, jak významně se zpoždění v přípravné fázi **promítne do výsledného počtu zařazených dětí v jednotlivých oblastech pilotního testování.**

V rámci ramena KA4 (Včasné odhalení vývojových odchylek PND v 5 letech) bude nábor oficiálně zahájen až od září 2025, přičemž rozhodnutí odložit spuštění přes léto bylo vedeno snahou vyhnout se období, kdy velká část lékařů a NLZP není dostupná z důvodu čerpání dovolené. Úspěch projektu tak bude záležet především na hladkém rozběhu náboru a ochotě jednotlivých center dosahovat měsíční přírůstky počtu zapojených dětí v souladu s očekáváním.

pEO3: Do jaké míry jsou/byla zdravotnická pracoviště a samotní lékaři ochotni se aktivně zapojit do projektu?

Evaluační otázka byla **vyhodnocena pomocí následujících kombinací technik sběru dat:** individuální polostrukturované rozhovory s realizačním týmem a ostatními zainteresovanými osobami; individuální polostrukturované rozhovory s pracovníky zapojených zdravotnických zařízení a Desk Research relevantních dokumentů poskytnutých Realizátorem projektu/realizačním týmem projektu.

V rámci EO byly formulovány **dvě podotázky**, které pomohou hlavní EO komplexně odpovědět. Jako první se tedy věnujeme vyhodnocení evaluačních podotázek, v závěru pak shrnujeme vyhodnocení hlavní EO.

Jaké jsou hlavní faktory ovlivňující jejich motivaci se aktivně zapojit do projektu, resp. jaké jsou hlavní důvody odmítání spolupráce na projektu?

Motivace jednotlivých zdravotnických zařízení a jejich pracovníků zapojit se do projektu byla ve většině případů velmi vysoká. Projekt se opírá o práci odborníků, kteří se dlouhodobě věnují péči o předčasně narozené děti a mají hluboký zájem o zlepšování postupů a výsledků této péče. U řady zapojených lékařů lze jejich účast vnímat jako přirozené rozšíření jejich profesního zaměření a odborného zájmu.

V náborovém rameni KA2 (Protokolárně řízená nutrice u PND) byla hlavním motivačním faktorem pro účast pracovišť v projektu možnost implementace osvědčených zahraničních postupů do lékařské praxe v ČR. Tyto přístupy, které se úspěšně uplatňují například ve Švédsku, jsou v České republice zatím využívány spíše výjimečně, např. v nemocnici v Českých Budějovicích, kde se již osvědčily ve snižování morbidity předčasně narozených dětí. Pro zapojené odborníky tak projekt představuje možnost odborného růstu, sdílení dobré praxe a také reálnou příležitost ovlivnit provedení systémové změny v neonatologické péči.

V náborovém rameni KA3 (Domácí řízená monitorace kyslíkové terapie) spočívá motivace pracovišť i lékařů především ve snaze zefektivnit proces propuštění dětí do domácí péče a minimalizovat délku jejich hospitalizace. Lékaři často narážejí na situace, kdy dítě zůstává na kyslíkové terapii ve zdravotnickém zařízení déle, než je nezbytně nutné. Domácí monitorace novorozence tak přináší možnost bezpečnějšího a včasnějšího propuštění dítěte z porodnice, což je vnímáno jako benefit jak pro zdravotnický systém, tak pro rodiny dětí.

Pro účast v náborovém rameni KA4 (Včasné odhalení vývojových odchylek u PND v 5 letech) pak motivuje zapojené odborníky především svým výzkumným charakterem. Lékaři i psychologové se podílejí na zcela novém přístupu ke sledování vývoje dětí, který přesahuje běžnou praxi, kdy je sledování dítěte ukončeno obvykle ve dvou letech věku. Projekt tak přináší možnost přispět k tvorbě nové metodiky a ke zmapování dopadů předčasného porodu na pozdější vývoj dítěte.

Za důležitý motivační prvek lze označit i **osobní a profesní vazby** mezi jednotlivými členy pracovní skupiny a rozvoj spolupráce mezi jednotlivými centry. Pracovní skupina na začátku projektu sestavila cílený seznam center, která odpovídala požadavkům na specializaci, kapacitu i regionální rozložení. Díky těmto kontaktům a odborné důvěře v realizační tým se podařilo oslovit konkrétní odborníky a motivovat je ke spolupráci na projektu. Právě tento důvěryhodný a cílený přístup významně přispěl k ochotě subjektů spolupracovat na projektu.

Pozitivní roli v motivaci některých center sehrál také fakt, že centra **při vstupu do projektu obdržela cenné zařízení**, například pro analýzu mateřského mléka či domácí monitoraci **na náklady projektu**. Zdrojem komplikací však v některých případech byly **technické a organizační požadavky spojené s implementací nových nástrojů**, zejména v oblasti IT. Projektová manažerka upozorňuje, že IT oddělení nemocnic často narážela na problémy spojené s instalací softwaru pro řízení nutriční, konkrétně na zabezpečení dat zapojených osob. V některých centrech bylo rovněž nutné **přizvat ke spolupráci klinické psychology** pro zajištění dodržování nastaveného postupu v rámci pilotního testování v rameni KA4 (Včasné odhalení vývojových odchylek u PND v 5 letech), což si vyžádalo dodatečná jednání s nemocnicemi a značné organizační úsilí. Nakonec však byl potřebný počet pracovníků v každém zapojeném centru zajištěn.

Naopak mezi **hlavní důvody odmítnutí spolupráce** patří především **nedostatečné personální kapacity**. Projekt je náročný odborně i administrativně, vyžaduje vedení rozsáhlé dokumentace, sběr dat a práci s dětmi a jejich rodiči v rámci střednědobého sledování. Pokud nemocnice již nyní funguje na hranici svých možností, jakýkoliv nový projekt, i odborně atraktivní, může být vnímán jako nadměrná zátěž. V některých případech se stalo, že **lékař projevil zájem zapojit se do projektu, ale po projednání tohoto záměru s právním oddělením nemocnice byla spolupráce ze strany vedení nemocnice zamítnuta**.

Ojedinelým avšak významným případem odmítnutí spolupráce byl případ Fakultní nemocnice v Plzni, která se nakonec projektu nezúčastnila z důvodu personální nedostatečnosti. Realizační

tým však na tuto situaci dokázal pružně zareagovat a navázal spolupráci s Fakultní nemocnicí Olomouc. Garant pro oblast pilotního testování v rámci KA2 k tomuto uvedl, že spolupráce s Olomoucí probíhá výrazně hladčeji (v porovnání s Fakultní nemocnicí Plzeň), což naznačuje, že **organizační struktura a přístup jednotlivých zařízení** mají na průběh navázání spolupráce na projektu důležitou roli.

Celkově lze říci, že motivace k účasti na projektu je u odborníků vysoká díky jeho smysluplnosti, inovativnímu obsahu a přímému dopadu na kvalitu péče o PND. Zároveň je však zřejmé, že **ochota ke spolupráci není samozřejmostí** a je výrazně ovlivněna místními provozními a kapacitními podmínkami. Projekt tak vedle odborného zaměření profituje zejména z **důkladné přípravy, cíleného výběru partnerů a kvalitní práce pracovní skupiny**, která umí pružně reagovat na vzniklé komplikace.

Jakým způsobem realizační tým přistoupil k odstraňování těchto bariér a s jakým úspěchem?

Realizační tým ve spolupráci s Pracovní skupinou již v počáteční fázi realizace projektu připravil **seznam potenciálních zdravotnických zařízení**, která byla pro projekt vhodná z hlediska své specializace, zkušeností práce s cílovou skupinou i regionálního rozložení. Tento strategický přístup umožnil předem vytipovat zařízení, u nichž byla vysoká pravděpodobnost ochoty spolupracovat na projektu, a zároveň flexibilně reagovat v případech, kdy některé z oslovených center spolupráci odmítlo. V praxi se tento přístup osvědčil zejména ve chvíli, kdy Fakultní nemocnice Plzeň oznámila, že se do projektu nebude moci zapojit z důvodu náročnosti projektu, kterou nebyla schopna v danou chvíli personálně pokrýt. Reakce realizačního týmu na tuto situaci byla rychlá a efektivní. Díky již existující síti kontaktů a připravenému seznamu vhodných alternativ bylo možné téměř okamžitě navázat spolupráci s Fakultní nemocnicí Olomouc, která ochotně převzala roli jednoho z klíčových center. Tímto krokem se navíc podařilo eliminovat mezeru v regionálním pokrytí a zároveň zachovat odbornost i kontinuitu plánovaných aktivit. Navíc se zpětně ukázalo, že náhrada byla nejen funkční, ale i přínosná. Odborný garant pro oblast pilotního testování v rámci KA2 uvedl, že spolupráce s Fakultní nemocnicí Olomouc probíhá výrazně lépe než původní komunikace s Fakultní nemocnicí Plzeň, a to jak po stránce organizační, tak i odborné. To potvrzuje, že rychlé řešení vzniklého problému nejen stabilizovalo chod projektu, ale mohlo dokonce přispět k jeho zefektivnění.

Situace s Fakultní nemocnicí Plzeň tak ilustruje, že připravenost realizačního týmu řešit překážky spojené s kapacitními limity jednotlivých zařízení je na velmi dobré úrovni. Proaktivní přístup, založený na předběžné analýze možných rizik a alternativních scénářích, umožnil minimalizovat negativní dopady odmítnutí spolupráce a současně zajistit plynulé pokračování v realizaci projektu bez výrazného zpoždění.

pEO4: Jaké jsou hlavní faktory ovlivňující chybovost při práci s nástroji pro sběr dat v rámci projektu ze strany lékařů, zejm. zařazování pacientů nesplňujících kritéria pro vstup do projektu?

Evaluační otázka byla **vyhodnocena pomocí následujících kombinací technik sběru dat**: individuální polostrukturované rozhovory s realizačním týmem a ostatními zainteresovanými osobami; individuální polostrukturované rozhovory s pracovníky zapojených zdravotnických zařízení a Desk Research relevantních dokumentů poskytnutých Realizátorem projektu/realizačním týmem projektu.

V rámci EO byla formulována **jedna podotázka**, která pomůže hlavní EO komplexně odpovědět. Jako první se tedy věnujeme vyhodnocení evaluační podotázky, v závěru pak shrneme vyhodnocení hlavní EO.

Jaké jsou hlavní faktory ovlivňující chybovost při práci s nástroji pro sběr dat v rámci projektu ze strany lékařů, zejm. zařazování pacientů nesplňujících kritéria do projektu?

V současné fázi projektu, kdy ještě nedošlo k reálnému zařazování dětí do projektu, lze **potenciální faktory**, které mohou ovlivnit budoucí chybovost při práci s nástroji pro sběr dat, pouze anticipovat. Průtahy v přípravné fázi projektu nedovolily lékařům si nástroje pro sběr dat vyzkoušet v ostrém provozu, což může mít vliv na jejich připravenost je efektivně využívat a vyvarovat se případných chyb v zařazování dětí do projektu, resp. při vyplňování jejich údajů do systému v prvních dnech po jeho spuštění.

Pozitivně lze hodnotit, že samotný nástroj pro práci s daty (eREG) byl **vytvářen participativně**, tj. ve spolupráci s lékaři a odborníky z pracovní skupiny, kteří jej mohli připomínkovat. Tento přístup významně přispěl k přizpůsobení nástroje reálným potřebám a praxi lékařů. Například v případě pilotního testování v rámci náborového ramena KA2 (Protokolárně řízená nutrice u nezralých novorozenců), kde se většina dat sbírá do externího softwaru na hodnocení nutrice a do databázového systému eREG se vyplňuje už jen anamnéza a propouštěcí zpráva, je tento nástroj pro sběr dat již hotový a zpětná vazba k jeho uživatelskému komfortu byla pozitivní. Nastavení nástroje také pomohlo, že v této oblasti pilotního testování bylo vyplňování formulářů části CRF testováno předem za využití anonymních údajů dětí (mimo projekt) ze spolupracujících zdrav. zařízení **a podařilo se tak včas odladit systém v praxi**, což snížilo riziko jeho potenciální pozdější chybovosti **ještě před oficiálním zahájením ostrého náboru dětí**.

Pro pilotní testování v náborovém rameni **KA4** (Včasné odhalení vývojových odchylek u PND v 5 letech) je databáze již plně připravena k ostrému sběru dat. Naopak pro pilotní testování **v náborovém rameni KA3** (Domácí řízená monitorace a optimalizace kyslíkové terapie) se stále pracuje s velmi komplikovaným CRF, který je obsáhlý nejen obsahově co do seznamu sbíraných údajů, ale je náročný také na logické provázání jednotlivých položek a jejich naprogramování v rámci elektronických formulářů nástroje pro sběr dat, tj. systém eREG používaném v tomto náborovém rameni. Podle projektové manažerky je formulář v této větvi velmi komplikovaný a často se stává, že k doladění jednoho datového prvku je potřeba i několik opakovaných testování. Ukazuje se, že lékaři mají **vysoké nároky na rozsah údajů**, které by rádi zaznamenávali, což je ale z hlediska vytíženosti IT kapacit obtížně dosažitelné. Podle vedoucí projektového oddělení si někteří lékaři projekt **pletou s klinickou studií** a přicházejí s požadavky na evidenci dat, které překračují rámec reálné potřeby pro vyhodnocení intervence prováděné v rámci projektu.

Oba nástroje pro sběr dat (**eREG a REDCap**) byly technicky nastaveny s důrazem na **intuitivní a uživatelsky přívětivé ovládání**. Uživatelům se například zobrazují pouze relevantní položky podle předem definovaných logických pravidel, což snižuje riziko omylů při jejich doplňování způsobených nepozorností nebo nepochopením jednotlivých položek ve formulářích. Ve formulářích jsou implementovány **číselníky a validační mechanismy**, které kontrolují přípustné intervaly zadávaných hodnot a znemožňují zadání nevalidních údajů. Díky těmto prvkům se výrazně snižuje chybovost vznikající při manuálním zadávání dat. V rámci pilotního testování v rameni KA2 (Protokolárně řízená nutrice u nezralých novorozenců) je navíc část údajů přebírána přímo ze softwaru třetí strany (software na hodnocení nutrice), který je podle členů týmu v dané oblasti považován za špičku na trhu. Údaje z tohoto software není potřeba po převzetí dále upravovat a ze strany realizačního týmu je plánována pouze jejich formální kontrola, což dále snižuje riziko jejich nekonzistence nebo chybovosti spojené s jejich zadáním nebo dodatečnými úpravami. Navíc existuje snaha část údajů dětí **doplňovat také z národních registrů** (což se do značné míry v praxi i děje), aby se minimalizovalo jejich manuální zadávání a s ním spojené riziko vzniku chyb.

Jedním z faktorů potenciální chybovosti může být **rozdílná zkušenost lékařů s využíváním elektronických nástrojů pro sběr dat a jejich časové zatížení při jejich vyplňování**. Vzhledem k tomu, že data do systému budou zadávat různí pracovníci (lékaři, asistenti či další NLZP), bude kvalita vstupních dat záviset také na úrovni a rozsahu proškolení pracovníků a dostupné technické podpoře.

Celkově lze říci, že chybovost při práci s nástroji pro sběr dat může být ovlivněna jak **organizačně-procesními faktory** (míra proškolení pracovníků v centrech během přípravné fáze, dostupnost technické podpory, kapacita IT oddělení ÚZIS ČR), tak **technickým designem** nástrojů pro sběr dat a mírou jejich **uživatelské přívětivosti**. Přestože se zatím nezačalo s ostrým sběrem dat u dětí, už nyní lze **identifikovat silné stránky v podobě důkladné přípravy** a její zaměření na oblasti, které mohou být potenciálně problematické. Včasné rozpoznání těchto míst dává možnost **nastavit preventivní opatření**, které minimalizují riziko vzniku chyb a tím zvýšit kvalitu vstupních dat.

Jak chybovost lékařů při práci s nástrojem pro sběr dat ovlivnila průběh projektu?

Vzhledem k tomu, že v době evaluace ještě **nedošlo k faktickému zařazení dětí do projektu, není možné chybovost lékařů při práci s nástrojem pro sběr dat reálně posoudit ani hodnotit její dopad na průběh projektu**. Fáze sběru dat (vlastní pilotní testování) zatím nezačala především z důvodů spojených s administrativními průtahy při zajištění smluvních vztahů se zdravotnickými zařízeními, nákupu potřebného vybavení, vypracovávání dokumentace k informovaným souhlasům nebo řešení problematiky ochrany osobních údajů dle pravidel GDPR. Samotné nástroje pro sběr dat byly dokončeny teprve nedávno a jejich ostré použití v praxi ještě nebylo zahájeno. Z toho důvodu nelze učinit žádné závěry ohledně případné chybovosti lékařů ani o tom, zda by taková chybovost měla vliv na plynulost nebo kvalitu realizace jednotlivých aktivit projektu.

6 ZÁVĚR

Cílem Průběžné evaluační zprávy bylo odpovědět na evaluační otázky vztahující se k procesní evaluaci. Celkem se jedná o čtyři evaluační otázky, na které tato zpráva přináší odpověď.

Začneme vyhodnocením první evaluační otázky, tedy tím, **do jaké míry byl projekt navržen tak, aby splnil stanovené cíle (zamýšlené dopady)?** Projekt NSC byl z hlediska svého odborného návrhu i organizačního zajištění **navržen systematicky a s vysokou mírou relevance** vůči stanoveným cílům a potřebám cílových skupin. Evaluační šetření ukazuje, že záměrné tematické rozčlenění do tří ramen zahrnujících konkrétní oblast pilotního testování (klíčové aktivity KA2–KA4) odpovídá specifickým oblastem neonatologické péče a každá z nich je podpořena věcně navrženými nástroji, postupy a informačními materiály.

Z rozhovorů s členy realizačního týmu, pracovní skupiny i zapojenými odborníky vyplývá, že projektové metodiky i informační podklady byly v přípravné fázi **vytvářeny ve spolupráci s odbornými garanty pro jednotlivé oblasti pilotního testování**. Tento participativní přístup přispěl ke vzniku dokumentů, které jsou v praxi vnímány jako přehledné, srozumitelné a využitelné. Za zvlášť přínosné je označováno členění informačních materiálů a jejich obsahu dle jejich cílových konzumentů i různý formát materiálů, například **letáky pro rodiče, webový portál nebo „Quick manuály“ pro rodiče a odborníky**.

Za silnou stránku projektu lze považovat i přípravu nástrojů pro sběr dat, které byly v několika vlnách testovány a laděny na základě zpětné vazby od lékařů. Většina nástrojů byla k červnu 2025 dokončena a připravena k ostrému sběru dat. Proces byl ale náročný, zvláště v případě ramena KA3 (Domácí řízená monitorace a optimalizace kyslíkové terapie), kde bylo nastavení nástroje pro sběr dat výrazně složitější a vyžadovalo intenzivní součinnost odborných garantů a opakovaná testování.

Hlavní komplikací, která představuje riziko dosažení dílčích cílů projektu, je zpoždění zahájení pilotního testování u všech tří náborových ramen projektu, které je aktuálně sedm měsíců oproti původnímu plánu. Důsledkem tohoto zpoždění je také vynucené zkrácení doby, po kterou poběží nábor dětí do projektu, což zejména v kontextu klesající porodnosti zároveň zvyšuje riziko, že nebude na konci projektu dosaženo cílového počtu zapojených osob. Na tuto situaci však realizační tým reagoval modelací predikce počtu narozených dětí v příslušném gestačním týdnu a zjištění z ní dává naději, že i ve zkráceném období zbývajícím na nábor bude stanovený počet osob z cílové skupiny možné naplnit.

Školení lékařů a NLZP pro práci s elektronickým nástrojem pro sběr dat zatím nebylo realizováno, neboť jeho provedení má smysl teprve po dokončení přípravy těchto nástrojů. Termíny školení tak byly posunuty na nejbližší týdny. I přes zpoždění však mají zapojená centra k dispozici Souhrny protokolu, jež obsahují podrobné informace o postupu práce s cílovou skupinou.

Z hlediska zajištění komunikace a informovanosti rodičů i zdravotnických pracovníků je projekt organizačně dobře zajištěn. Pro jednotlivé oblasti pilotního testování byla vytvořena jasná a vizuálně jednotná komunikační strategie zahrnující letáky, dopisy, návodné materiály, a webové stránky. Tyto informační materiály byly v době provádění evaluace právě distribuovány do spolupracujících center. Realizační tým rovněž počítá s využitím **elektronických nástrojů** jako např. mobilní aplikace Masimo SafetyNet, která poskytne rodičům informace o stavu kyslíkové terapie jejich dítěte aj.

Celkově lze konstatovat, že **projekt tak jak byl navržen má vysokou odbornou úroveň a je ze strany odborné veřejnosti pozitivně velmi přijímán**. Ačkoli opožděný start vlastního pilotního testování a omezený čas pro nábor představují významné riziko pro naplnění dílčích cílů projektu, dosavadní flexibilní přístup realizačního týmu naznačuje, že projekt má dobré předpoklady k dosažení zamýšlených dopadů, pokud bude nadále udržena kontinuita v realizaci jednotlivých pilotních testování a dostatečná podpora jednotlivých spolupracujících center.

Znění druhé evaluační otázky je následující: **Do jaké míry je projekt realizován v souladu se stanoveným plánem?** V současné době se projekt nachází v přibližně sedmiměsíčním skluzu oproti původnímu harmonogramu. Tento skluz je způsoben především v důsledku kombinace **vysoké administrativní náročnosti plynoucí mj. z nedostatku personálních kapacit (zejména na právním oddělení) a průtahů v některých klíčových procesech v přípravné fázi projektu (KA1)**, konkrétně v oblasti schvalování smluv o spolupráci, nákupů přístrojového vybavení a organizačně-administrativní přípravy.

Projekt je svým rozsahem a strukturou výjimečný, zahrnuje tři tematicky i organizačně odlišné oblasti pilotního testování (klíčové aktivity), což v praxi však znamená také **trojnásobné administrativní zatížení**. Tento fakt nebyl plně reflektován při plánování složení realizačního týmu, který tak nyní čelí nedostatku lidských zdrojů při souběžném řešení velkého počtu vzniklých problémů. Často tak docházelo k situacím, kdy časové zdržení přípravy u jedné oblasti pilotního testování vedlo ke zdržení a průtahům také u zbývajících dvou

(již připravených) oblastí, neboť některé kroky bylo nezbytné provádět pro všechna tři ramena současně. To se týká např. odeslání dokumentů k projednání etické komisi.

Další bariéru představuje nízká frekvence konání odborných kurzů určených pro nelékaře specialisty – klinické psychology a fyzioterapeuty a dlouhé čekací listiny na tento kurz. Požadavek na absolvování tohoto kurzu se týká NLZP, kteří chtějí spolupracovat na projektu v oblasti pilotního testování v rameni KA4 (Včasné odhalení vývojových odchylek PND v 5 letech). Z těchto důvodů se část odborníků zapojí do projektu až s časovým odstupem.

Další komplikací byla administrativně náročná a zdlouhavá realizace **nákupu specializovaného přístrojového vybavení**. Potřeba vést přímá jednání se zahraničním dodavatelem přístrojového vybavení včetně požadavků na doložení potvrzení o jeho exkluzivitě a reakce na opakované připomínky ze strany řídicího orgánu vedly k dalším časovým průtahům přípravné fáze projektu. Podobně zdlouhavý byl i proces formálního **navázání spolupráce se zdravotnickými centry**, kdy hlavní příčinnou průtahů bylo připomínkování smluv nemocnicemi a opakované požadavky na jejich úpravu a částečně také nedostatečná personální kapacita právního oddělení ÚZIS ČR. Výsledkem byl v některých případech i několikaměsíční proces předcházející vlastnímu podpisu smlouvy o spolupráci.

Tato zpoždění mají reálný dopad na realizaci projektu v podobě zkrácení doby, po kterou bude moci probíhat nábor dětí do projektu oproti původnímu plánu. V případě náborových ramen KA2 a KA3 může být právě zkrácené náborové období největším rizikem pro dosažení cílového počtu zařazených dětí zejména vzhledem k aktuálnímu trendu klesající porodnosti v České republice. Realizační tým však na tuto situaci reagoval zpracováním predikčního modelu, který naznačuje, že i v omezeném čase je možné cílového počtu zapojených osob dosáhnout, pokud bude nábor a vlastní pilotní testování probíhat bez dalších komplikací.

Další potenciální riziko pro realizaci projektu představuje možný nízký zájem rodičů o aktivní účast v projektu. To se týká zejména náborového ramena KA3 (Domácí řízená monitorace a optimalizace kyslíkové terapie), které vyžaduje aktivní součinnost rodičů v poporodní péči o nedonošené dítě v domácím prostředí. V tuto chvíli však není připraven ucelený krizový plán pro případ nízkého zájmu o účast cílových osob v tomto rameni.

Navzdory uvedeným komplikacím a časovému skluzu bude během srpna 2025 postupně zahájen nábor v rámci náborových ramen KA2 (Protokolárně řízená nutrice u PND) a KA3 (Domácí řízená monitorace a optimalizace kyslíkové terapie). Některá centra (např. Fakultní nemocnice Olomouc a Nemocnice České Budějovice) jsou již aktivní a připravená ke spuštění

náboru. Nábor v rámci ramena KA4 (Včasné odhalení vývojových odchylek PND v 5 letech) bude oficiálně zahájen od září 2025.

Závěrem lze konstatovat, že projekt se v současnosti potýká s **významným časovým skluzem v zahájení vlastního pilotního testování ve všech třech tematických oblastech (KA2, KA3 a KA4)**. Zpoždění je zapříčiněno administrativními, právními a organizačními faktory, které v plánovací fázi nebyly anticipovány, a tedy ani dostatečně zohledněny. Přesto však realizační tým vynaložil intenzivní úsilí k jejich překonání. Zda se zpoždění zásadně promítne do finálních výsledků/výstupů projektu, bude záležet zejména na plynulosti náboru dětí po jeho spuštění, ochotě center aktivně spolupracovat a zájmu rodičů o účast v projektu. Projekt má stále potenciál naplnit své cíle, bude to však vyžadovat udržení tempa a vysokou míru operativní podpory ze strany Realizačního týmu i součinnosti jednotlivých zapojených center.

Třetí evaluační otázka, na kterou jsme v průběhu evaluace odpovídali, zněla: **Do jaké míry jsou/byla zdravotnická pracoviště a samotní lékaři ochotni se aktivně zapojit do projektu?**

Ochota zdravotnických pracovišť a jednotlivých lékařů zapojit se do projektu byla ve většině případů velmi vysoká. Projekt cílí na oblast péče o předčasně narozené děti, tedy na problematiku, která je pro zapojené lékaře z odborného hlediska nejen zajímavá, ale mnoho z nich vnímá účast v projektu jako možnost přispět k provedení systémové změny v neonatologické péči a příležitost ke sdílení a implementaci postupů dobré praxe v oblasti nutriční péče, monitorace oxygenoterapie či dlouhodobého sledování PND ve vyšším věku.

Motivace ke spolupráci byla vysoká ve všech třech oblastech pilotního testování, byť s drobnými rozdíly. V oblasti pilotního testování v rameni KA2 (Protokolárně řízená nutrice u PND) sehrála klíčovou roli možnost zavádění mezinárodně ověřených postupů do péče o PND a také možnost získat a využívat specializované přístrojové vybavení, což bylo pro některá centra výraznou přidanou hodnotou. V oblasti pilotního testování v rameni KA3 (Domácí monitorace a optimalizace kyslíkové terapie) byla motivací lékařů především možnost propouštět děti do domácí péče a efektivněji snižovat délku hospitalizace v porodnici. Monitorace kyslíkové terapie u novorozence v domácím prostředí představuje účinný a efektivnější model péče o PND, jehož zavedení je vnímáno jako moderní, praktické a přínosné. V oblasti pilotního testování v rameni KA4 (Včasné odhalení vývojových odchylek u PND v 5 letech) sehrála zásadní roli v motivaci lékařů její inovativní složka. Zapojení odborníci vytvářejí nové metodiky, které překračují dosavadní běžnou praxi, kdy sledování PND je ukončeno obvykle ve dvou letech.

Za klíčový faktor přispívající k ochotě lékařů specialistů zapojit se do projektu lze označit práci realizačního týmu a pracovní skupiny, která již v přípravné fázi projektu vytipovala vhodná zdravotnická zařízení k realizaci jednotlivých oblastí pilotního testování. Výběr byl prováděn na základě jejich **odborné specializace, zkušeností s prací s cílovou skupinou a geografického pokrytí ČR**. Tento cílený a zároveň důvěryhodný přístup výrazně usnadnil nábor spolupracujících center a vytvořil základ pro hladké navázání spolupráce.

Na druhé straně projekt narážel i na bariéry, které ochotu ke spolupráci snižovaly. Nejčastější příčinou odmítnutí byl **nedostatek personálních kapacit**. V některých případech byl sice odborný zájem o spolupráci na straně jednotlivců, ale vedení nemocnice či její právní oddělení spolupráci z provozních důvodů odmítlo. Výjimečným, ale významným případem bylo odstoupení Fakultní nemocnice v Plzni, která kvůli personálnímu přetížení nemohla projekt svou účastí podpořit. Díky připravenosti realizačního týmu však došlo k rychlé náhradě zapojením centra Fakultní nemocnice Olomouc, kde spolupráce probíhá dokonce efektivněji než v původně plánovaném zařízení.

Celkově lze konstatovat, že ochota zdravotnických zařízení a odborníků podílet se na projektu je vysoká a vychází z **kombinace jejich odborného zájmu, smysluplnosti projektu, pracovních vazeb mezi jednotlivými aktéry a konkrétních benefitů spolupráce**. Projekt těží z dobře nastaveného výběru spolupracujících subjektů, důvěry mezi partnery a schopnosti pružně reagovat na provozní překážky. Ochota ke spolupráci však není samozřejmostí a zůstává podmíněna reálnými kapacitami jednotlivých pracovišť. Při plánování podobných projektů je proto klíčové zohledňovat nejen odbornou motivaci jednotlivých aktérů, ale také organizační a personální kapacitu zdravotnických zařízení.

Poslední hodnocená evaluační otázka zjišťovala, **jaké jsou hlavní faktory ovlivňující chybovost při práci s nástroji pro sběr dat v rámci projektu ze strany lékařů, zejm. zařazování osob nesplňujících kritéria pro vstup do projektu?** V aktuální fázi realizace projektu, kdy v důsledku organizačně-procesních zpoždění v přípravné fázi projektu ještě nedošlo k reálnému zařazování dětí do projektu, a tedy ani k ostrému sběru dat a **testování nástroje pro sběr dat (eREG)** v reálném provozu, lze **potenciální faktory**, které by mohly v budoucnu ovlivnit chybovost při práci s nástroji pro sběr dat pouze anticipovat.

Pozitivně lze však hodnotit, že nastavení obou nástrojů pro sběr dat (eREG i REDCap) probíhalo participativním způsobem, jednotlivé jeho části byly vyvíjeny ve spolupráci s lékaři a členy pracovní skupiny, kteří měli možnost je připomínkovat. Tento přístup přispěl k lepšímu

přizpůsobení obou systémů pro jejich použití v reálné praxi. V případě pilotního testování v rámci náborového ramena KA2 (Protokolárně řízená nutriční u PND) byla funkčnost nástroje testována a ověřena předem za využití anonymních údajů dětí (mimo projekt) ze spolupracujících zdravotnických zařízení, což přispělo k jeho odladění. Pro oblast pilotního testování v náborovém rameni KA4 (Včasné odhalení vývojových odchylek u PND ve věku pěti let) je nástroj rovněž hotov a připraven k ostrému sběru dat. V náborovém rameni KA3 (Domácí řízená monitorace a optimalizace kyslíkové terapie) příprava nástroje pro sběr dat však stále probíhá kvůli vysoké složitosti CRF, který je obsáhlý nejen obsahově co do seznamu sbíraných údajů, ale je náročný také na logické provázání jednotlivých položek a jejich naprogramování, a vyžaduje opakované testování a doladování jeho jednotlivých prvků.

Potenciální zdroj chybovosti souvisí s **rozdílnou zkušeností zdravotnického personálu ve využívání elektronických nástrojů pro sběr dat, kvalitě jejich zaškolení a jejich časovým zatížením během vyplňování údajů**. Kvalita zadávaných dat může záviset i na tom, kdo bude zápis provádět, zda lékař, odborný asistent, nebo jiný nelékařský zdravotnický pracovník. V tomto ohledu bude klíčová dostupnost technické podpory a jasně nastavené pokyny pro práci s oběma systémy pro sběr dat.

Mezi preventivní opatření lze uvést **validační mechanismy** zabudované do obou systémů, jako jsou předdefinované číselníky, povolené formáty a rozsahy zadávaných hodnot, které pomáhají minimalizovat riziko chyb při vyplňování údajů. Realizační tým navíc plánuje částečně využívat data z národních registrů, což sníží potřebu jejich ručního zadávání a tím i jejich potenciální chybovost.

Ačkoliv tedy k faktickému sběru dat dosud nedošlo, Realizační tým již nyní identifikoval klíčová riziková místa i silné stránky připraveného systému. Úspěch této fáze bude záviset na míře připravenosti nástrojů pro sběr dat, nastavených pravidel pro uživatele a schopnosti Realizačního týmu pružně reagovat na potřeby zapojených pracovišť. V tuto chvíli však nelze na základě dostupných údajů hodnotit skutečnou chybovost ani její dopad na projekt, neboť systém zatím nebyl uveden do plného provozu.

7 DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ REALIZACI PROJEKTU

Níže uvádíme seznam doporučení pro další realizaci projektu.

Pravidelně sledovat měsíční přírůstky v počtu dětí zařazených do projektu

Pro zajištění naplnění cílových indikátorů doporučujeme systematicky monitorovat měsíční počty nově zařazených dětí do jednotlivých ramen projektu. Pravidelná kontrola těchto dat umožní včas identifikovat centra s pomalejším nábořem a přijmout adekvátní opatření. Transparentní reporting zároveň usnadní řízení projektu a umožní efektivnější koordinaci mezi centry. Tento postup posílí schopnost realizačního týmu pružně reagovat na vnější faktory, například pokles porodnosti či zdržení administrativních procesů. Díky kontinuálnímu sledování bude možné efektivněji plánovat další kroky a zajistit, aby projekt dosáhl stanoveného cílového počtu podpořených osob.

Urychlit zasmluvnění center

Doporučujeme dokončit proces zasmluvnění všech oslovených center, které projevíly ochotu na projektu spolupracovat a bezodkladně zahájit nábor v těch centrech, ve kterých dosud neprobíhá. Pro pilotní testování v oblasti Protokolárně řízené nutrice u PND (klíčová aktivita 2) nejsou stále zasmluvněná tři centra a pro pilotní testování v oblasti Včasného odhalení vývojových odchylek u PND v 5 letech (klíčová aktivita 4) jedno centrum. Neaktivita těchto pracovišť může ohrozit dosažení plánovaných hodnot příslušného výsledkového indikátoru. K urychlení procesu je žádoucí posílit komunikaci s centry, které čelí administrativním bariérám.

Připravit záložní scénář pro pilotní testování v rámci klíčové aktivity 3

Pilotní testování v oblasti Domácí řízené monitorace a optimalizace kyslíkové terapie (klíčová aktivita KA3) je vzhledem ke své specifické cílové skupině zvláště citlivé na riziko nedostatečného náboru. Pro minimalizaci tohoto rizika doporučujeme připravit záložní krizový scénář, který umožní pružně reagovat na případný nedostatek vhodných dětí (tj. dětí splňujících kritéria pro vstup do projektu). Dle evaluačních zjištění může navíc hrát významnou roli i váhavost rodičů, kteří se obávají přenesení velké části odpovědnosti za péči o jejich nedonošené dítě z lékaře na sebe. Tento faktor může významně omezovat jejich ochotu k účasti v projektu. Rodiče se obávají, aby při provádění a monitoraci kyslíkové terapie u jejich dítěte v prostředí domova něco nezanedbali, a proto raději před domácí péčí upřednostňují prodloužení pobytu novorozence v porodnici. Ke zvýšení účasti rodičů v tomto pilotním testování lze obecně doporučit zintenzivnění náborové aktivity, především však cílenou

komunikaci ze strany lékařů směrem k rodičům, která jim zdůrazní přínosy domácí oxygenoterapie a ujistí je o existenci nepřetržité odborné podpory během provádění oxygenoterapie v domácím prostředí. Existence krizového plánu pomůže snížit riziko, že validita výstupů této klíčové aktivity bude snížena nedostatečnou velikostí vyšetřeného souboru cílových osob.

Posílit metodickou a technickou podporu

Pro snížení rizika chybovosti v datech doporučujeme posílit metodickou i technickou podporu zdravotnického personálu. Přestože sběr dat v praxi ještě nebyl zahájen, dosavadní zkušenosti ukazují, že kvalita zaškolení a dostupnost podpůrných materiálů jsou klíčové pro úspěšnou práci s nástroji pro sběr dat. Realizačnímu týmu proto doporučujeme, aby sbíraná data byla průběžně kontrolována a vyhodnocována. Pravidelný dohled umožní na případné chyby reagovat rychle a efektivně, zamezit jejich opakování a zvýší kvalitu celkového datového souboru. Zajištění diseminace metodických dokumentů, provedení řádného školení a dostupný helpdesk minimalizuje chybovost zapojených pracovníků a zajistí potřebnou kvalitu sbíraných dat z jednotlivých oblastí pilotního testování.

Zavést pravidelný sběr zpětné vazby

Doporučujeme systematicky sbírat zpětnou vazbu od zdravotnických pracovníků a rodičů zapojených dětí. Přestože první ohlasy na metodiky a informační materiály byly pozitivní, jejich účinnost se projeví až v praxi. Průběžné vyhodnocování zkušeností jednotlivých aktérů proto umožní identifikovat slabá místa a včas na ně adekvátně reagovat. Zavedení mechanismu pravidelného sběru zpětné vazby umožní provést dodatečnou úpravu metodik a dalších podpůrných materiálů, v jejímž důsledku lze očekávat zvýšení efektivity nastaveného procesu v jednotlivých oblastech pilotního testování i vyšší participace cílových skupin.

Ponechávat větší finanční rezervu (týká se nově realizovaných projektů v budoucnu)

Dosavadní zkušenosti s nákupem přístrojů a softwaru ukázaly, že nastavená finanční rezerva v rozpočtu projektu nepostačovala k pokrytí reálného navýšení cen poptávaných přístrojů a softwaru. Do budoucna proto doporučujeme u projektů zahrnujících nákupy zboží a služeb kalkulovat s vyšší rezervou, která reflektuje volatilitu cen na trhu zdravotnických technologií. Adekvátně nastavená finanční rezerva sníží riziko nutnosti hledání dodatečných zdrojů a úspor, které mohou představovat bariéru pro realizaci projektových aktivit, a zároveň posílí důvěru v proveditelnost projektového záměru u zapojených subjektů.

8 PŘÍLOHY

8.1 Evaluační matice

Část evaluace	Evaluační otázky	Evaluační podotázky	Ukazatele	Zdroje dat	Techniky sběru dat	Analytické metody
Procesní část	pEO1: Do jaké míry byl projekt navržen tak, aby splnil stanovené cíle (zamýšlené dopady)?	<p>Je navržený screeningový postup účinný a efektivní pro dosažení těchto cílů (dopadů), zejm. dosažení stanoveného cílového počtu podpořených osob z cílové skupiny?</p> <p>Je počet zapojených zdravotnických pracovišť a spolupracujících pracovníků (lékařů, NLZP aj.) dostačující pro dosažení stanoveného cílového počtu podpořených osob z cílové skupiny pro každou jednotlivou oblast pilotního testování</p>	<p>Projekt je zacílen do míst zaměřených na práci s PND</p> <p>Počet zapojených zdravotnických pracovišť a spolupracujících pracovníků (lékařů, NLZP aj.) je dostačující pro dosažení cílového počtu osob z cílové skupiny</p> <p>Měsíční přírůstek zapojených osob z cílové skupiny pro jednotlivé oblasti pilotního testování) predikuje splnění výsledkového indikátoru na konci projektu v plné výši</p> <p>Většina spolupracujících lékařů a NLZP hodnotí</p>	<p>Realizační tým projektu a ostatní zainteresované osoby</p> <p>Pracovníci v zapojených zdravotnických zařízeních (lékaři, NLZP, aj.) spolupracující na konkrétní oblasti pilotního testování (tj. KA2, KA3 a KA4)</p> <p>Relevantní dokumenty poskytnuté Realizátorem projektu/realizačním týmem projektu</p>	<p>Individuální polostrukturované rozhovory</p> <p>Desk Research</p>	<p>Kvalitativní analýza</p> <p>Desk Research</p>

		<p>(tj. KA2, KA3 a KA4)?</p> <p>Jak je spolupracujícími lékaři a NLZP hodnoceno jejich zaškolení (vzdělávání) pro realizaci konkrétní oblasti pilotního testování do níž jsou zapojeni?</p> <p>Jak vybraní aktéři hodnotí informační materiály určené pro cílovou skupinu?</p> <p>Jak jsou hodnoceny metodiky realizace pilotního projektu vytvořené pro jednotlivé konkrétní oblasti pilotního testování (tj. KA2, KA3 a KA4) jejich cílovými uživateli (lékaři, NLZP, aj.)?</p>	<p>zaškolení pro konkrétní oblast pilotního testování jako přínosné</p> <p>Většina spolupracujících aktérů hodnotí informační materiál pro cílovou skupinu jako dobrý a užitečný</p> <p>Většina spolupracujících aktérů hodnotí jim určenou vytvořenou metodiku realizace pilotního projektu pro příslušnou konkrétní oblast pilotního testování jako vhodně zpracovanou, srozumitelnou, užitečnou a praktickou</p>			
--	--	---	---	--	--	--

Část evaluace	Evaluační otázky	Evaluační podotázky	Ukazatele	Zdroje dat	Techniky sběru dat	Analytické metody
Procesní část	pEO2: Do jaké míry je projekt realizován v souladu se stanoveným plánem?	Existují bariéry a rizika, které brání úspěšné realizaci projektu? Pokud ano, jaká a jak realizátoři projektu pracují na jejich odstranění či eliminaci? Mohou případné bariéry a rizika ohrozit plánované výstupy projektu?	Projekt a jeho klíčové aktivity jsou realizovány dle schváleného harmonogramu projektu Pokud byla v průběhu projektu identifikována nějaká rizika či bariéry, realizátoři projektu aktivně pracují na jejich odstranění či eliminaci	Realizační tým projektu a ostatní zainteresované osoby Relevantní dokumenty poskytnuté Realizátorem projektu/realizačním týmem projektu	Individuální polostrukturované rozhovory Desk Research	Kvalitativní analýza Desk Research

Část evaluace	Evaluační otázky	Evaluační podotázky	Ukazatele	Zdroje dat	Techniky sběru dat	Analytické metody
Procesní část	pEO3: Do jaké míry jsou/byla zdravotnická pracoviště a samotní lékaři ochotni se aktivně zapojit do projektu?	<p>Jaké jsou hlavní faktory ovlivňující jejich motivaci se aktivně zapojit do projektu, resp. jaké jsou hlavní důvody odmítání spolupráce na projektu?</p> <p>Jakým způsobem realizační tým přistoupil k odstraňování těchto bariér a s jakým úspěchem?</p>	<p>Většina zdravotnických pracovišť a lékařů oslovených ke spolupráci na příslušné části pilotního testování je ochotna zapojit se do projektu</p> <p>Realizační tým projektu vytváří/má vytvořený seznam hlavních důvodů (bariér), proč se některá zdravotnická pracoviště (včetně lékařů) nechtějí do projektu zapojit</p> <p>Realizační tým projektu se snaží s identifikovanými bariérami pracovat tak, aby se zvýšila ochota zdravotnických pracovišť (včetně lékařů a ostat. pracovníků) se do projektu aktivně zapojit</p>	<p>Realizační tým projektu a ostatní zainteresované osoby</p> <p>Pracovníci v zapojených zdravotnických zařízeních (lékaři, NLZP, aj.) spolupracující na konkrétní oblasti pilotního testování (tj. KA2, KA3 a KA4)</p> <p>Relevantní dokumenty poskytnuté Realizátorem projektu/realizačním týmem projektu</p>	<p>Individuální polostrukturované rozhovory</p> <p>Desk Research</p>	<p>Kvalitativní analýza</p> <p>Desk Research</p>

Část evaluace	Evaluační otázky	Evaluační podotázky	Ukazatele	Zdroje dat	Techniky sběru dat	Analytické metody
Procesní část	pEO4: Jaké jsou hlavní faktory ovlivňující chybovost při práci s nástroji pro sběr dat v rámci projektu ze strany lékařů, zejm. zařazování pacientu nesplňujících kritéria do projektu?	Jak chybovost lékařů při práci s nástrojem pro sběr dat ovlivnila průběh projektu?	Výčet faktorů ovlivňující chybovost při práci s nástroji pro sběr dat v rámci projektu	Realizační tým projektu a ostatní zainteresované osoby Pracovníci v zapojených zdravotnických zařízeních (lékaři, NLZP, aj.) spolupracující na konkrétní oblasti pilotního testování (tj. KA2, KA3 a KA4) Relevantní dokumenty poskytnuté Realizátorem projektu/realizačním týmem projektu	Individuální polostrukturované rozhovory Desk Research	Kvalitativní analýza Desk Research

8.2 Scénář rozhovoru s Realizačním týmem

Úvodní část rozhovoru – obecné otázky

- Základní informace o participantovi, se kterým je rozhovor realizován:
 - o Na jaké pozici v rámci organizace pracujete?
 - o Jaká je Vaše role v projektu? Co je náplní Vaší práce ve vztahu k evaluovanému projektu? Stručně prosím popište.
- Kde se zrodila myšlenka pro podání tohoto projektu?
- Jak byla příprava projektu náročná? Jak dlouho Vám podání projektu trvalo? Potýkal/a jste se v průběhu přípravy a podání projektu s nějakými problémy? Jak byly tyto problémy řešeny?
- Bylo něco, co jste chtěl/a, aby bylo součástí projektu, ale poskytovatel dotace Vám to z návrhu projektu vyškrtl? Dostali jste finanční podporu v plné výši, nebo Vám byly finance v nějaké části projektu kráceny?

EO1: Do jaké míry byl projekt navržen tak, aby splnil stanovené cíle (zamýšlené dopady)?

Otázky pro rozhovor:

- Cíle projektu byly stanoveny následovně: Hlavním cílem pro KA2 je *rychlejší přechod PND na enterální stravu v důsledku individualizované výživy reflektující aktuální stav dítěte*, pro KA3 je *to zkrácení doby hospitalizace u ventilovaných PND zavedením domácí monitorace oxygenoterapie* a u KA4 *vytvoření standardizovaného specializovaného testování PND v 5 letech pro sestavení baterie klinických vyšetření*. Prvním dílčím cílem je *vytvořit metodiku pro standardizovanou protokolárně řízenou nutriční u nezralých novorozenců, metodiku pro zavedení domácí řízené monitorace a optimalizace kyslíkové terapie a metodiku pro zachyt a snížení výskytu, nebo tíže vývojové psychopatologie předčasně narozených dětí ve věku 5 let*. Druhým dílčím cílem je *otestovat navržené screeningové postupy na 400 PND (KA2), 70 PND (KA3) a 210 PND ve věku 5 let (KA4), identifikovat slabá místa v procesu a navrhnout systémové změny směrem k zefektivnění*.
 - o Jedním z dílčích cílů projektu bylo vytvořit Metodiky pro KA2, KA3 a KA4. Jaký je současný stav prací na Metodikách? Kdo všechno se na její přípravě podílí? Co se v rámci vytváření Metodiky daří/dařilo, co se naopak nedaří/nedařilo? Na jaké problémy jste v průběhu tvorby Metodiky narazili a jak jste tyto problémy řešili? Jaký je další harmonogram prací na Metodice? Kteří aktéři budou s finální verzí Metodiky pracovat? Už měli možnost se k materiálu nějak vyjádřit? Pokud ano, jaká je zpětná vazba?
 - o V rámci projektu měly vzniknout informační materiály pro cílové skupiny. O jaké konkrétní materiály se jedná? Jak probíhal jejich vznik? Kdo všechno se na vzniku podílel? Máte nějakou zpětnou vazbu, jak jsou tyto materiály cílovou skupinou hodnoceny?
- Myslíte si s odstupem času, že cíle projektu byly nastaveny správně? Kdybyste měl/a možnost cíle projektu v současné době upravit, udělal/a byste to? Pokud ano, jak, pokud ne, proč?
- Je podle Vás screeningový postup nastavený vhodně pro to, aby bylo dosaženo cílů projektu a zároveň očekávaných přínosů a výsledků (dopadů) projektu?

EO2: Do jaké míry je projekt realizován v souladu se stanoveným plánem?

Otázky pro rozhovor:

- Projekt měl nastavený jasný harmonogram. Jak se Vám daří plánovaný harmonogram dodržovat?
- Pokud se Vám plánovaný harmonogram nedaří dodržovat, co je toho příčinou? S jakými problémy jste se při dodržování harmonogramu potýkali? Jak na vzniklé problémy reagujete? Myslíte si, že by nedodržení harmonogramu (časový skluz) mohlo ohrozit úspěšnou realizaci projektu, zejména dosažení plánovaných výstupů?
- Myslíte si, že harmonogram projektu byl nastaven správně?

EO3: Do jaké míry jsou/byla zdravotnická pracoviště a samotní lékaři ochotni se aktivně zapojit do projektu?

Otázky pro rozhovor:

- V rámci projektu je klíčová spolupráce se zdravotnickými pracovišti (neonatologická, perinatologická a intermediární centra). Popište prosím, jak probíhal proces náboru těchto zapojených subjektů, např. zda měli zájem o to se do projektu zapojit, co bylo jejich hlavní motivací se do projektu zapojit, případně proč nad zapojením do projektu váhali či proč se do projektu odmítli zapojit apod. Jaké problémy jste v této souvislosti museli řešit? Případně jak jste vzniklé problémy nakonec vyřešili?
- Kolik center je z plánovaných 5 neonatologických, 2 perinatologických a 2 intermediárních aktuálně do projektu zapojeno?
- Jak spolupráci s výše uvedenými aktéry hodnotíte?

EO4: Jaké jsou hlavní faktory ovlivňující chybovost při práci s nástroji pro sběr dat v rámci projektu ze strany lékařů, zejm. zařazování osob nesplňujících kritéria pro vstup do projektu?

Otázky pro rozhovor:

- Zkuste se nyní zamyslet nad tím, jaké hlavní faktory podle Vás ovlivňují chybovost při práci s nástroji pro sběr dat v rámci projektu ze strany lékařů? Popište prosím tyto faktory co nejpodrobněji. Jak na tyto problémy reagujete? Mohou podle Vás tyto problémy ovlivnit dosažení plánovaných výstupů/výsledků projektu?
- Jak často se stává, že lékaři zařadí do projektu pacienty, kteří nesplňují kritéria pro zařazení do projektu? Co je podle Vás hlavním důvodem? Jak tuto situaci s lékaři komunikujete? Jaké jsou jejich reakce?

Závěrečná část rozhovoru:

- Nyní máte prostor vyjádřit se k čemukoli, na co jsem se Vás v průběhu rozhovoru nezeptala. Chcete něco doplnit k samotnému projektu, jeho průběhu apod.? Nyní máte prostor.

8.3 Scénář rozhovoru s pracovníky v zapojených zdravotnických zařízeních

Úvodní část rozhovoru – obecné otázky

- Základní informace o participantovi, se kterým je rozhovor realizován:
 - o V jakém zdravotnickém zařízení pracujete?
 - o Na jaké pozici v rámci zapojeného zařízení pracujete?
 - o Do jaké části projektu jste zapojen? Do protokolárně řízené nutriční u nezralých novorozenců, domácí řízené monitorace a optimalizace kyslíkové terapie nebo časné odhalení vývojových odchylek PND v 5 letech?
 - o Jaká je Vaše role v projektu? Co je náplní Vaší práce ve vztahu k evaluovanému projektu? Stručně prosím popište.
- Kdy a jak jste se o projektu dozvěděl/a? Od koho přišel impuls se do projektu zapojit?
- Jak dlouho trval proces vstupu do projektu? Vyskytly se při tomto procesu nějaké problémy? Pokud ano, jak jste je řešili?
- Je něco, co Vám v projektu chybí, něco co byste doporučil/a zařadit? Máte nějaké návrhy na úpravu projektu? Nebo něco co byste změnil/a?

EO1: Do jaké míry byl projekt navržen tak, aby splnil stanovené cíle (zamýšlené dopady)?

Otázky pro rozhovor:

- Cíle projektu byly stanoveny následovně: Hlavním cílem pro KA2 je *rychlejší přechod PND na enterální stravu v důsledku individualizované výživy reflektující aktuální stav dítěte*, pro KA3 je *to zkrácení doby hospitalizace u ventilovaných PND zavedením domácí monitorace oxygenoterapie* a u KA4 *vytvoření standardizovaného specializovaného testování PND v 5 letech pro sestavení baterie klinických vyšetření*. Prvním dílčím cílem je *vytvořit metodiku pro standardizovanou protokolárně řízenou nutriční u nezralých novorozenců, metodiku pro zavedení domácí řízené monitorace a optimalizace kyslíkové terapie a metodiku pro záchyt a snížení výskytu, nebo těžké vývojové psychopatologie předčasně narozených dětí ve věku 5 let*. Druhým dílčím cílem je *otestovat navržené screeningové postupy na 400 PND (KA2), 70 PND (KA3) a 210 PND ve věku 5 let (KA4), identifikovat slabá místa v procesu a navrhnout systémové změny směrem k zefektivnění*.
 - o Jedním z dílčích cílů projektu bylo vytvořit Metodiky pro KA2, KA3 a KA4. Máte Metodiku k dispozici? Měl/a jste možnost s ní pracovat? Jaký je Váš názor na tento dokument? Máte nějaké připomínky? Pokud ano, jaké?
 - o V rámci projektu měly vzniknout informační materiály pro cílové skupiny. O jaké konkrétní materiály se jedná? Měl/a jste možnost vzniklé informační materiály vidět?
- Myslíte si, že cíle projektu byly nastaveny správně? Pokud ne, co byste navrhoval/a upravit?
- Je podle Vás screeningový postup nastavený vhodně pro to, aby bylo dosaženo cílů projektu a zároveň očekávaných přínosů a výsledků (dopadů) projektu?

EO3: Do jaké míry jsou/byla zdravotnická pracoviště a samotní lékaři ochotni se aktivně zapojit do projektu?

Otázky pro rozhovor:

- V rámci projektu je klíčová spolupráce se zdravotnickými pracovišti (neonatologická, perinatologická a intermediární centra). Byly na Vašem pracovišti zpočátku nějaké pochybnosti nebo překážky, které jste museli před zapojením do projektu zvážit nebo řešit? Pokud ano, o jaké se jednalo a jak se Vám je podařilo překonat?
- Váhal/a jste nebo Vaše pracoviště, zda se do projektu zapojit? Pokud ano, je něco, co by Vám Vaše rozhodnutí usnadnilo?
- Jak vnímáte samotný proces zapojení do projektu – administrativně, organizačně, personálně?
- Jak hodnotíte spolupráci s realizačním týmem projektu?

EO4: Jaké jsou hlavní faktory ovlivňující chybovost při práci s nástroji pro sběr dat v rámci projektu ze strany lékařů, zejm. zařazování osob nesplňujících kritéria pro vstup do projektu?

Otázky pro rozhovor:

- Setkali jste se během práce na projektu s nějakými obtížemi při používání nástrojů pro sběr dat? Pokud ano, jaké konkrétní situace Vám dělaly potíže a proč?
- Co podle Vás nejčastěji vede k chybám při zadávání nebo sběru dat?
- Stalo se Vám nebo víte o tom, že by se do projektu zařadil pacient, který nesplňuje inkluzní kritéria? Pokud ano, jak se tato situace řešila?
- Jak často se podle Vás stává, že dojde k chybě při práci s nástroji pro sběr dat? Napadá Vás něco, co by mohlo chybovost zmenšit? Pokud ano, co konkrétně?
- Myslíte si, že případné chyby ve sběru dat mohou ovlivnit závěrečné výsledky projektu?

Závěrečná část rozhovoru:

- Nyní máte prostor vyjádřit se k čemukoli, na co jsem se Vás v průběhu rozhovoru nezeptala. Chcete něco doplnit k samotnému projektu, jeho průběhu apod.? Nyní máte prostor.

9 SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků:

Obrázek 1: Centra zapojená do konkrétních klíčových aktivit projektu Časný záchyt a prevence zdravotních komplikací u předčasně narozených dětí.....	12
Obrázek 2: Logický model projektu.....	19
Obrázek 3: Grafické zpracování harmonogramu evaluace	27
Obrázek 4: Schéma screeningového procesu u dětí v náborovém rameni: Protokolárně řízená nutrice u nezralých novorozenců (klíčová aktivita 2)	29
Obrázek 5: Schéma screeningového procesu u dětí v náborovém rameni: Domácí řízená monitorace a optimalizace kyslíkové terapie (klíčová aktivita 3).....	30
Obrázek 6: Schéma screeningového procesu u dětí v náborovém rameni: Včasné odhalení vývojových odchylek PND v 5 letech (klíčová aktivita 4)	31

Seznam tabulek:

Tabulka 1: Seznam subjektů zapojených do projektu	11
Tabulka 2: Postup při kódování rozhovorů	26