



**Komplexní program  
prevence relapsu schizofrenie**  
„Aplikace, která pomáhá v pravý čas.“

## **Inovační projekt R-ITAREPS**

### **1. Stručný popis projektu**

Projekt pro práci s lidmi se schizofrenií využívá nástroj ITAREPS, který byl v roce 2002 vyvinut Národním ústavem pro duševní zdraví. Jedná se o sebehodnotící nástroj pro osoby trpící schizofrenií, které v telefonní aplikaci každý týden odpovídají na sadu otázek. Z pravidelného vyhodnocování odpovědí lze v brzké fázi detekovat zvýšené riziko relapsu a předejít hospitalizaci. Lékař reaguje pouze v případě vysokého rizika relapsu.

Studiemi byla prokázána vysoká účinnost nástroje v oblasti zvýšení kvality života jeho uživatelů a úspory pro veřejné rozpočty. Nástroj však není příliš používán (systémem prošlo od roku 2002 více než 1000 uživatelů, v současné době ho však aktivně využívá méně než 200) a ambulantní psychiatři (mimo NÚDZ) ho téměř nevyužívají. Současný systém ITAREPS také nezohledňuje možnost aktivního zapojení dalších aktérů péče jako např. sociálních pracovníků nebo terénních zdravotních sester (systém v současnosti umožňuje přístup k výsledkům pouze ambulantním psychiatrům, výsledky nelze sdílet s dalšími odborníky).

Systém R-ITAREPS vychází z původního programu, nově zapojuje další aktéry – členy komunitního týmu (case managery, zdravotní sestry), kteří reagují v případě zvýšení rizika relapsu intervencí na místě. Zároveň motivují klienta/pacienta k setrvání v programu.

### **2. Cíl projektu**

Cílem projektu je zvýšit nezávislost/samostatnost klientů a jejich rodin a snížit délku a počet hospitalizací u klientů, což je předpokladem pro zvýšení jejich kvality života a sociální a ekonomickou integraci. Předpokládáme, že čím více klientů bude aplikaci využívat dlouhodobě, tím bude efekt jejího využití vyšší na individuální a makro úrovni. Dlouhodobým cílem je navýšení účinnosti ITAREPSu prostřednictvím rozšíření programu na co největší počet klientů.

### **3. Řešený problém**

Účinnost nástroje na zvýšení kvality života jeho uživatelů byla prokázána, za hlavní problémy lze proto označit následující:

1. Nízké využívání programu ITAREPS u lidí se schizofrenií
2. Nezapojení dalších aktérů v oblasti léčby a nespolupráce lékaře s dalšími relevantními aktéry v oblasti péče (terénní pracovníci, zdravotní sestry ad.)

#### **Význam problému:**

Pro schizofrenii jsou typické opakující se relapsy nemoci, které vedou k dlouhodobé hospitalizaci (v průměru 133 dnů). To snižuje kvalitu života lidí se schizofrenií a zatěžuje veřejné rozpočty. Náklady na hospitalizace jsou více než 0,75 mld. ročně.

Původní verze ITAREPS stojí na jednosměrné komunikaci pacient – lékař, kdy pacient dostává zpětnou vazbu pouze v případě, že se jeho stav významně zhorší – to vede k nízké adhezenci pacientů

#### Příčiny problému, dopady problému a jejich měřitelnost:

<i>Příčina</i>	<i>Ukazatel příčiny</i>	<i>Dopad</i>	<i>Ukazatel dopadu</i>
<i>Nízký počet zapojených klientů</i>	<i>Počty zapojených klientů v letech 2002 – 2015</i>	<i>Nízká úspora z veřejných zdrojů</i>	<i>Náklady a přínosy programu u malého počtu klientů</i>
<i>Klienti nesetrvávají v programu dlouhodobě</i>	<i>Průměrná doba zapojení klientů v programu</i>	<i>Nízký počet klientů s možností vyšší kvality života</i>	<i>QALY benefit analýza u zapojených klientů a porovnání s nezapojenými klienty</i>
<i>Stigmatizace lidí se závažným duševním onemocněním (SMI) v důsledku hospitalizace</i>	<i>Míra stigmatizace v ČR</i>	<i>Izolovanost lidí se SMI</i>	<i>Struktura sociálních vazeb u lidí se SMI (vlastní šetření)</i>
<i>Autostigmatizace</i>	<i>Míra autostigmatizace u lidí se SMI onemocněním</i>	<i>Snížení sebevědomí, horší sociální fungování, nižší příjmy.</i>	<i>Zaměstnanost a míra chudoby u lidí se SMI</i>
<i>Odmítání psychiatrů využívat technologie</i>	<i>Počet psychiatrů, kteří odmítají technologie</i>	<i>Nízký počet psychiatrů, kteří v péči o pacienty využívají technologie</i>	<i>Počet psychiatrů, kteří využívají e-health nástroje</i>
<i>Nízká důvěra ambulantních psychiatrů k technologii pro diagnostiku</i>	<i>Počet psychiatrů, kteří nedůvěřují technologii v oblasti diagnostiky</i>	<i>Psychiatrii nenabízejí program svým pacientům</i>	<i>Počet klientů na jednoho psychiatra zapojených v programu</i>

#### 4. Výběr účastníků projektu

V rámci projektu nebudou žádná konkrétní omezení, účast v projektu je možná pro každou osobu trpící schizofrenií (tj. nejsou požadavky na počet relapsů, délku nemoci apod.) Současně je plánováno zapojení osob s různými vlastnostmi (aby bylo možné zjišťovat, které podmínky mají vliv na využívání nástroje). V prvním testovacím kole by mělo být zapojeno cca 10 osob, v následující vlně se plánuje přibližně 50 lidí. Je zde eventuelní možnost vytvoření kontrolní skupiny. Výběr účastníků lze přizpůsobit nastavení evaluace (tj. upravit výběr účastníků tak, aby evaluace byla co nejprůkaznější a zjistila co nejvíce informací).

#### 5. Možné evaluační otázky

1. Jaký dopad má zapojení dalších aktérů do systému na uživatele nástroje? Jak se efekt zapojení dalších aktérů v oblasti léčby liší u různých účastníků programu? U kterých uživatelů nástroje je zapojení dalších aktérů efektivní?
2. Za jakých podmínek účastníci využívají program? Pro které z účastníků je využívání nástroje ITAREPS efektivní?
3. Jakým způsobem lze zvýšit využívání nástroje potenciálními klienty? Které osoby z cílové skupiny má smysl s nabídkou využívání nástroje oslovovat?



## ***Inovační projekt organizace Střep***

### **6. Stručný popis projektu**

Organizace Střep v rámci projektu ve spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) Praha 8 zavádí do práce s ohroženými dětmi a rodinami evidovanými v databázi OSPOD nový způsob vyhodnocování situace rodin. Konkrétně jde o metodiku Outcomes Star. OSPOD má současně nedostatečně citlivý vyhodnocovací nástroj zaměřený na ohrožené děti a jejich pečující osoby, který obtížně umožňuje vhodný matching služeb a intervencí ke konkrétním rodinám.

Současný design intervence u ohrožených dětí neumožňuje vysokou efektivitu a tím pádem rychlejší řešení situace ohroženého dítěte. Kromě zavedení metodiky Outcomes Star je součástí intervence zapojení mobilního multidisciplinárního týmu u vybraných rodin s ohroženým dítětem (např. v případě absence motivace rodiny spolupracovat s OSPOD). Intervencí tedy bude vyhodnocování rodin pomocí metodiky Outcomes Star a další práce s rodinami v úzké spolupráci s OSPOD – vyhodnocování, tvorba individuálního plánu ochrany dítěte (IPOD), matchování služeb/intervencí, design služby/intervence, vyhodnocování plnění IPOD + případný redesign služeb a intervencí. V případě vyhodnocení potřeby namatchování rodiny a mobilního týmu.

### **7. Cíle projektu/očekávané změny**

- Vlivem podrobnějšího a přesnějšího vyhodnocení situace dítěte by mělo dojít ke stanovení přesnějšího cíle v Individuálním plánu ochrany dítěte (IPOD), což lze ověřit například počtem změn ve stanovování IPOD.
- Vlivem stanovení přesnějšího cíle v IPOD by mělo dojít k jeho rychlejšímu naplnění a tím ke zkrácení doby vysokého ohrožení dítěte/vedení případu na OSPOD.
- Vlivem podrobnější analýzy rodiny by mělo dojít k přesnějšímu/adresnějšímu a efektivnějšímu nastavení podpůrných služeb/intervencí pro rodinu. Matching problému s vhodnou službou/intervencí, design a redesign služby/dle vhodné intervence.
- Vlivem nastavení lepšího podpůrného systému pro rodinu by mohlo dojít ke snížení počtu podaných návrhů OSPOD na odebrání dítěte z rodiny.
- Předpokládáme, že OS též bude jedním z nových nástrojů pro práci s nemotivovanými/nedobrovolnými klienty OSPOD – OS měří a zároveň podporuje změnu (současný systém hodnocení OSPOD neumožňuje vhodně zaznamenávat změnu a průběh u ohrožených rodin).

- Mobilní multidisciplinární týmy (MT) – STŘEPem vyvinutý a testovaný nástroj OSPOD pro práci s vysoce ohroženými nemotivovanými klienty v napojení na OS sníží ohrožení dítěte a rodiny a vytvoří most mezi dítětem/rodinou a komunitou.

## 8. Řešený problém

V rámci probíhajícího procesu transformace péče o ohrožené děti je systémově ustupováno od ústavní výchovy (ÚV). Prioritou je práce s vlastní rodinou ohroženého dítěte, náhradní rodinná péče (NRP) a ÚV jsou vnímána až jako další následná řešení. NRP i ÚV jsou pro systém finančně velmi nákladná řešení. OSPOD má nedostatek nástrojů pro tzv. nedobrovolné/nemotivované klienty, což je specifikum CS. CS je často v evidenci dlouhou dobu, tzn. ohrožení dítěte a rodiny trvá a dochází k zchronizování případu/vzniku rezistence rodiny ke službám/intervencím. Rodina často prochází několika službami, které adresně nereagují na její potřeby/příčiny jejich problémů. V důsledku toho dochází k eskalaci syndromu CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte) a k řetězení souvisejících sociálně patologických jevů (ústavní výchova, nezaměstnanost, kriminalita atp.) Dochází ke vzniku nákladů za řetězení se služby a intervence, za eskalaci sociálně patologických jevů v rodině a umístění dítěte mimo rodinu (ÚV, NRP). Příčiny problému jsou následující:

- a) OSPOD má k dispozici nedostatečně citlivý vyhodnocovací nástroj (zaměřený na ohrožené děti a jejich pečující osoby) k využití pro adresný matching služby/intervence s problémem a design/re-design služby/intervence
- b) Nedostatek nástrojů OSPOD pro práci s nedobrovolnými/nemotivovanými klienty s vyšší mírou ohrožení

## 9. Výběr účastníků projektu

Do projektu budou zapojeny ohrožené děti, které spadají do paragrafu 6 (tj. děti se středním a vysokým stupněm ohrožení). Velikost CS bude cca 50 ohrožených dětí.

Výběr ohrožených dětí pro měření metodikou OS může být upraven podle potřeb evaluace.

V současnosti je plánováno vybrat vždy určitý počet ohrožených dětí za každý měsíc (např. první dvě evidované děti v každém měsíci).

## 10. Kontext evaluace a možné evaluační otázky

Problémem z hlediska evaluace je, že CS může být velmi různorodá – v rámci paragrafu 6 mohou být zařazeny ohrožené děti z mnoha důvodů, jako např. děti ohrožené násilím, děti utíkající z domova nebo děti rodičů, kteří spáchali trestné činy. To souvisí i s IPOD, každá z evidovaných rodin má stanovený individuální cíl (které jsou taktéž velmi rozdílné) a porovnávat lze tak jednotlivé případy z hlediska plnění IPOD, ale nelze je srovnávat v jednom totožném kritériu (protože u každého případu se sleduje změna v jiných oblastech). Dalším problémem z hlediska evaluace je, že mobilní tým bude součástí intervence jen ve vybraných případech (pokud bude vyhodnocen jako relevantní pro daný případ).

Z hlediska výstupu evaluace je pro OSPOD Prahy 8 zajímavá především doba evidence ohroženého dítěte v evidenci OSPOD – pokud by byl nástroj Outcomes Star efektivní a vedl k rychlejšímu úspěšnému vyřešení konkrétního případu a jeho vyřazení z databáze OSPOD, měla by intervence potenciál pro změnu práce na OSPOD a případné škálování řešení. Pro evaluaci je důležité, že OSPOD má informace o evidovaných případech za roky 2014 a 2015 (v roce 2013 došlo ke změně), které lze použít pro srovnání s intervenční skupinou. Sledovat je možné např. dobu zařazení do evidence

OSPOD, počet změn IPOD (metodika OS by mohla přispět k lepšímu matchingu a tedy snížení počtu změn v IPOD) a další.

**Možné evaluační otázky:**

- 1) Povede intervence k efektivnějšímu párování služeb/intervencí s potřebami ohrožených dětí a jejich rodin? (Ize sledovat např. počet změn IPOD)
- 2) Jaký vliv bude mít intervence na dobu evidence ohroženého dítěte a rodiny v databázi OSPOD? (tj. zkrátí se doba ohrožení dítěte - případ bude vyřešen rychleji než při použití standardního způsobu vyhodnocení)
- 3) Pro jaké typy ohrožených dětí je vyhodnocování pomocí metodiky OS efektivní? (tj. jak vybírat v budoucnosti případy, u kterých bude využito metodiky OS a u kterých je použití dosavadního způsobu vyhodnocení dostačující)