Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Příloha č. 3

Záznam z osobní účasti žadatele na jednání HK dne 18.12. 2018

CZ.03.3.X/0.0/0.0/17_082/0010126 Ranná intervence u PAS

Zahájení: 10:45

Prezentace projektu: 10:45 – 10:52

Doplňující otázky:

HK: V čem spočívá jádro inovačního řešení? V čem je spatřována novost řešení oproti jiným terapeutickým postupům pro děti s PAS?
Žadatel:
Novost řešení spočívá především v rané péči o děti s rizikem PAS a jejich diagnostice již v 18 měsících věku. Doposud v ČR taková péče není. Metoda CTA by měla zabránit rozvoji PAS a tím zmírnit náročnou situaci rodin.

HK: Jak bude v rámci realizace projektu zohledněno celé území ČR?
Žadatel:
O metodu je velký zájem, testování formou M-CHAT probíhá v celé ČR, a proto i děti/rodiny budou z celé ČR (1x měsíčně dojíždí děti z celé ČR).

HK: Jaké je zdůvodnění vhodnosti motivačního nástroje pro rodiny (pobyt) bez ověření?
Žadatel:
Pro rodiny má pobyt následující výhody:
1) Pro rodiče má pobyt velký přínos v tom, že se setkávají rodiče se stejnými problémy a mohou tak sdílet své pocity, starosti a zkušenosti.
2) Probíhá intenzivní terapeutická práce s rodiči i s dětmi.
3) Probíhá párová terapie.

Cílem pobytů je podpořit rodiče v těžké situaci a motivovat je v další práci s dítětem, sdílet úspěchy i neúspěchy.

HK: Zdůvodněte výcvik (kurz) modulu ADOS – pro koho je určen a proč?
Žadatel:
V ČR není kromě pracoviště v Motole nikdo, kdo by uměl diagnostickou metodu ADOS používat a neumí se s metodou pracovat ani ji proškolovat. Proto proškolíme v rámci projektu psychiatričku, která pak bude diagnostiku ADOS provádět u intervenční i kontrolní skupiny.

HK: Zdůvodněte nájem za místnosti pro diagnostiku ADOS a terapii OTA.
Žadatel:
Do centra jezdí rodiny z celé ČR, 2 – 3x probíhá setkání ambulantně, další návštěva pak probíhá u rodiny doma. Vzhledem k tomu, že je klientela z celé ČR (i pohraničí), není v časových možnostech personálu všechny rodiny objíždět. A proto chceme, aby jezdili k nám.
Pokud budeme realizovat projekt, potřeba místa bude větší.

HK: Bude validita evaluace (a tedy síla evaluačního designu) dostatečná pro účely advokace řešení (při vědomí očekávaných konfliktů)? Nakolik jsou naplněny implicitní předpoklady zvoleného kvazi-experimentálního řešení, konkrétně, že výběrové zkreslení (selection bias) je přítomno pouze u pozorovaných veličin? Lze naplnění tohoto předpokladu teoreticky podložit? Pokud ne, jakým směrem tato skutečnost může ovlivnit odhad average treatment effect? Proč jste nezvolili více experimentální design, který by měl být v lékařském prostředí poměrně snadno přijatelný?
Žadatel:
Experimentální design byl řešen a po mnoha diskusích s nastavením evaluace bylo shledáno, že experiment bude problematický z hlediska spolupráce praktických lékařů pro děti a dorost a i cílové skupiny. Tím existuje vysoké riziko, že nebude dostatečně velká kontrolní skupina. Proto jsme přemýšleli, jak nastavit evaluaci, aby byly výsledky průkazné a byly přijaty širokou odbornou veřejností. Výsledky z ne-experimentálního designu evaluace budou odbornou společností přijaty i takto, protože využívání ne-experimentů v této oblasti je běžné a standardně přijímáno.

Problém s nastavením kontrolní skupiny bude řešen tak, že budou definovány všechny proměnné (motivace rodičů, jejich zapojení) a budou sledovány. V relevantních proměnných budou rodiny spárovány a tím se sníží vliv výběru.

Výsledky evaluace budou použity pro advokační činnost. Bude publikován shrnující odborný článek. O metodu je velký zájem již teď. Jsme členy Vládního výboru ČR, kde prezentujeme výstupy a jsou i součástí prohlášení. Spolupracujeme s Ministerstvem zdravotnictví.

Konec v 11.14 hodin