



# Evropská unie Evropský sociální fond Operační program Zaměstnanost

## EXPERTNÍ PLATFORMA MERRPS

ZÁPIS Z 18. SETKÁNÍ

### ZÁKLADNÍ INFORMACE

**Datum:** 31.10.. 2019

**Místo:** Národní ústav duševního zdraví, Klecany

**Přítomni:** Petr Winkler, Dana Chrtková, Tomáš Formánek, , Blanka Nechanská, Karolína Mladá, Lucie Kondrátová, Marie Kuklová, Matyáš Müller, Barbora Hubená, Pavel Říčan, Michaela Spálenková, Jiří Horáček

**Omluveni:** Eva Dragomirecká, Pavel Novák, Martin Dlouhý, Jaroslav Pulda, Marek Páv, Zbyněk Roboch, Alexandr Kasal, Dita Protopopová, Jan Stuchlík, Lucie Bankovská Motlová, Hana Marie Broulíková, Jan Pfeiffer, Jana Poljaková, Helena Rögnerová, Pavla Čermáková, Natálie Klejnová, Jitka Soukupová

### PROGRAM

- zkušenost s nástroji vytvořenými v projektu MERRPS

### REKAPITULACE CÍLŮ PROJEKTU

- viz prezentace
- cíl projektu: vytvořit metodiku na hodnocení služeb péče o duševní zdraví
- metodika na makro, mezo, mikro úrovni
- **makro úroveň**
  - metodická příručka pro sledování systémových indikátorů, vypočítává ÚZIS
- **mezo úroveň**
  - standardy pro CDZ
  - WHO šetření na adherenci k CRPD
- **mikro úroveň**
  - metodika (dotazníky) – porovnání spotřeby a ceny služeb se sociálně-zdravotním benefitem
  - vytvářena v souvislosti s potřebou hodnocení CDZ
  - proběhl konsenzuální výběr měřených domén a jednotlivých měřicích nástrojů
  - domény: zotavení, psychopatologie, globální a soc. fungování, kvalita života související se zdravím, spotřeba a nákladovost
  - nástroje: HoNOS, GAF, AQOL 8D, SKPS

### DISKUSE

- je otázka, jak úzce či široce zvolit kategorie diagnóz, které budou zahrnuty do monitoringu (makro úroveň), padly návrhy zařadit kromě úzce definovaného SMI také

- F6 (poruchy osobnosti)
  - důležitá oblast, není jich málo, chybí všeobecně v reformě, často překryv s dg. F2
  - rozlišovat F60 (selhávají funkčně, často traumatizované děti), F62 – sexuální deviace – funkčně spíš dobří, ale mají ochranné léčby; hodně lidí se závislostí má F61 (smíšená porucha o.)
- F4 (NEUROTICKÉ, STRESOVÉ A SOMATOFORNÍ PORUCHY) (v SMI je jen F42 - OCD) – přibývá jich v lůžkových hospitalizacích
- je možné časem záběr rozšířit, někde je nutné udělat řez, současná definice odvozená od cenzů z psychiatrických nemocnic (nejčastější problémy)
- chybí monitoring lidí s psychiatrickými potížemi ze somatických zařízení (otravy, alkohol apod.) – důležité zjišťovat, jestli byli skutečně navštíveni psychiatrem, nebo jen dostali dg. somatickým lékařem – jde o záchranu životů

## ZKUŠENOST S POUŽITÍM NÁSTROJŮ V CDZ A PN

- Ondřej Krupčík: Standardizované hodnocení pacientů v psychiatrických nemocnicích a CDZ
  - viz [prezentace](#)
  - průřezová studie, zkoumající charakteristiky lidí v CDZ a PN (ne porovnání cost-efektivity)
  - 24% klientů z PN má srovnatelné charakteristiky s lidmi z CDZ a diskuse
- Matyáš Müller: Evaluace projektu MERRPS – předběžné výsledky
  - viz [prezentace](#)

## DISKUSE

### **zkušenosti s deinstitucionalizací, překážky; přínos metodiky**

- proč vychází AQOL lépe v PN než v CDZ
  - možné interpretace: v PN větší konformita s prostředím, méně stresu, horší náhled, jsou tam spokojeni
  - zajímavější bude sledovat posun po dalších měřeních
- počty lidí, kteří jdou do komunity, jsou malé – mělo by jich být těch 24%, ale nejde to – v současnosti nemají kam jít
- problémy s přesunem pacientů do komunity
  - zkušenost z CDZ Cheb – propustili jen 4 lidi – někdy to znamená konfrontaci s opatrovníkem, rodinou – v PN je to pohodlnější (příjem, bydlení, opatrovník...)
  - svoboda je drahá – stejná zkušenost ze zahraničí, ovšem v dlouhodobém horizontu deinstitucionalizovaní klienti oceňují vyšší kvalitu života – pokud mají podporu
  - u dlouhodobých hospitalizací je třeba postupného osamostatňování
- deinstitucionalizaci často znesnadňují opatrovníci, posudkoví lékaři, rodiny
  - opatrovník nemá právo rozhodnout o hospitalizaci, pokud lékař rozhodne o propuštění
  - městští veřejní opatrovníci – možnost podat stížnost na krajský úřad jako dozorující orgán – PN by to měly dělat
  - posudkoví lékaři často nevzdělaní v psychiatrii, brání udělení ID; je třeba tuto oblast mapovat
- otázka, jak nakládat s ochrannými léčbami – často suplují vězení, není možné je propouštět, pokud nejsou návazné služby
- mezi návaznými službami by měly být i dobře fungující komunitní DZR (ne všichni mohou jít do komunity) – často strach pracovníků, neberou lidi s dg. F - je třeba vzdělávat jejich pracovníky (program v rámci projektu Destigmatizace)
- důležitá možnost vycházet z PN po párech – udržovat vzniklá přátelství, vztahy

- výsledek, že jen 24% se překrývá s lidmi v CDZ může sloužit jako argument vůči neřízené deinstitucionalizaci – CDZ nepokryje vše – i pro krajské úřady, aby věděly, že je třeba udělat víc než jen zřídit CDZ
- měření HONOS, AQOL a GAF – je to argument pro vyjednávání, proč by někdo již neměl být hospitalizovaný
  - vyjednávání s opatrovníky na ORP o hospitalizaci, posudkovými komisemi atd.

### **zkušenosti s dotazníky**

- problémy s porozuměním otázkám
  - klienti CDZ i PN
  - zkrácení dat – ti, kteří jsou ve statistice, jsou jen ti funkčnější
  - pokud měli GAF do 30, často neschopni vyplnit AQOL, potom nepomůže ani varianta 6D
    - Z diskuze vyplynulo, že není vhodné stanovovat minimální skóru GAFu či HoNOSu pro vyplnění AQoLu.
  - odhad CDZ Cheb – skutečně to vyplní cca třetina, zbytek na to buď intelektuálně nemá, nebo nejsou motivovaní a zakroužkují vše náhodně - cílem není mít stoprocentní návratnost – vyřadit nevalidní dotazníky
  - někdy pracovníci vyplňují spolu s klientem
  - riziko skrytého kognitivního deficitu (někdy to není poznat, ukáže až testování)
  - někdy neporozumění základním pojmům (např. naděje)
  - špatný skór v HONOSu – kog. deficit, vysoká úzkost nebo tenze – nerozumí tomu (např. jak často cítíte potěšení, radost) – tenze z toho, že jim to nejde, mají podat výkon, „já vám to zkazím“, nerozumí, proč se ptáme třikrát na stejnou věc
  - důležité je zkusit to s nimi znovu – mohou se to naučit
- zátěž
  - hodně administrativy – zátěž na klienta i pracovníka, někdy se vytrácí vztah s klientem
    - „řešíme jestli bude schopen vyplnit AQOL abychom ho mohli přijmout jako klienta“
    - „buď to budu šidit a nebo to budu dělat poctivě, vtáhnu do toho klienta, a to je ta zátěž“
  - problém je, když se množí různé nástroje (např. CDZ Cheb povinnost od zaměstnavatele pracovat s CANem, plošně se šíří CARE) – cílem projektu bylo přinést zjednodušení, sjednotit nástroje
  - s nástroji by se mělo tím pracovat v rámci vztahu, práce s klientem
  - v rámci zjednodušení by bylo dobré mít základní nástroje, které netrvají moc dlouho – gaf, honos; plus jednu metodiku (CARE), ne víc
- vznikla diskuse o tom, jestli klienti, kteří nevyplní všechny dotazníky, budou uznáni pojišťovny jako hodní proplacení (toto prověří Ondřej Krupčík)
  - u AQOLu se musí počítat s tím, že ho nezvládnou vyplnit všichni
  - možné technické řešení – vytvořit algoritmus, který by usnadnil posílání dotazníků s hodnotou 99 (nevyplněná položka) – tzn. že by měli o každém aspoň informaci jestli vyplnil nebo ne
- nástroje nevalidní pro určité dg. skupiny
  - sexuální deviace – vychází z toho jako zdraví lidé – mělo by to být specifikováno v metodice
  - otázka měření u dětí
    - F8 – autismus – důležitá zanedbaná skupina, zmínit, proč tuto skupinu nemonitorujeme
  - nástroje HONOS, GAF by měly být použitelné pro co nejvíc skupin (děti, stará populace)
  - pro lidi, kteří vypadli z reformy, vznikají komunitní týmy v rámci projektu Nové služby – hledají i nové nástroje
- využitelnost pro praxi
  - někdy odborníci i okolí pacientovi nevěří, jak mu je – AQOL to dobře ukazuje – je to dobré i pro práci v týmu
  - práce se sledováním posunu v AQOL – sami klienti nevidí svůj posun, tohle jim může pomoci
  - vývoj grafu odpovídá klinické zkušenosti s vývojem stavu klientů

- AQoL po vyplnění je u některých klientů žádoucí psychoterapeutický rozhovor. Dotazník otevírá témata, která si klient nemusel uvědomovat – žádoucí ovšem je tyto otázky (např. otázky štěstí) otevírat a pracovat s nimi.
- problém validity výsledků - měření jednou za půl roku, přitom se dotazníky ptají na poslední 1-3 týdny
  - metodika multidisciplinarity – doporučení měřit GAF jednou týdně na akutních lůžkách
  - doba 6 měsíců snižuje validitu – ale je možné udělat dodatečné měření v krizi
- návrh pořádat workshopy mezi lidmi, kteří s tím pracují, sdílet informace, kazuistiky – třeba s ročním odstupem

#### **závěr**

- bude zajímavé sledovat, jestli ti, kteří budou propuštěni po reškálování, bude odpovídat těm 24%, tedy jestli nástroje fungují správně
- zkušenost z PN Kosmonosy:
  - už se vyčerpala skupina z těch 24%, propouští tedy méně – vybrali lidi, kteří jsou na tom funkčně líp; zůstali ti s kognitivním deficitem a starší – vyjednávají hlavně o pobytových službách
- Dle zkušenosti z CDZ II bonifikace za assessment jednotlivých nástrojů ve výkaznictví na pojišťovny funguje.
- Jak s metodikou dále? U CDZ bylo dohodnuto, že povinný assessment bude pouze v pilotní fázi. Řešením by mohla být bonifikace assessmentu jednotlivých nástrojů za podmínky dobrovolnosti jejich administrace. Vedení jednotlivých organizací pak může rozhodovat o tom, zda jiné nebonifikované nástroje (např. CAN v komunitních službách) ponechat či vyřadit.

#### **DŮLEŽITÁ DATA**