

Oponentský posudek na bakalářskou práci

Název práce: „Využití a konstrukce indikátorů QALYs v oblasti závislosti“

Student/-ka: Vendula Běláčková

Jako cíl práce si autorka stanovila, představit studie nákladovosti užívání návykových látek v populaci (COI) a analyzovat možnosti jejich rozšíření o indikátor *Quality Adjusted Life Years* (QALYs) a přispět k metodologii konstrukce tohoto indikátoru, který u nás – na rozdíl od zahraničí - dosud nebyl využíván. Proto jsou v práci diskutovány možnosti využití indikátoru QALYs v kontextu COI studií a pro ilustraci je prezentována kalkulace výnosů léčby uživatelů návykových látek v českých terapeutických komunitách s využitím tohoto indikátoru. Stanoveného cíle se studentce podařilo dosáhnout, navíc je téma práce inovativní, nabízející praktické využití navrženého postupu v oboru adiktologie.

Práce je logicky strukturována a rozdělena do tří kapitol. V I. kapitole je prezentována metodologie COI studií včetně v nich uplatňovaných nákladových položek a navrženo jejich rozšíření o indikátor QALYs. Ve II. kapitole autorka diskutuje obecné souvislosti a teoretická východiska konstrukce indikátoru QALYs v obecné rovině a navrhuje postup pro obor adiktologie. V první části III. kapitoly jsou představeny výsledky zahraničních studií zaměřených na hodnocení délky a kvality života ve specifických oblastech duševního zdraví, kouření a v oblasti závislosti na užívání legálních i nelegálních návykových látek. Jsou diskutována jejich metodologická specifika a limity stanovených a uplatněných indikátorů QALYs jako základ pro jeho vlastní konstrukci v poslední, praktické části práce. Ta sestává z konstrukce indikátoru QALYs, zohledňujícího poznatky ze sekundárních dat o kvalitě života klientů v I. fázi programu jedné z českých terapeutických komunit v porovnání s kvalitou života v kontrolní – běžné populaci ve věkové skupině 18 - 34 let a ze samotné analýzy možností využití indikátoru QALYs do COI studií užívání návykových látek v populaci.

Zvolený metodologický postup, který staví na rozsáhlé rešerši především zahraničních zdrojů, jejich kritika – kde autorka upozorňuje na řadu limitů využití metodologie COI v prezentovaných zahraničních studiích - a samotný návrh na konstrukci indikátoru QALYs včetně uvedení příkladu jeho aplikace v praxi, je v souladu s cíli, které si autorka v úvodu své práce stanovila. Přesto se nabízí několik metodologických otázek k prezentovanému vlastnímu postupu, jež by si zasloužily, aby je autorka zodpověděla při obhajobě práce (viz níže). Např. v části „I.II.IV. Využití QALYs v COI studiích na straně výnosů“ se nabízí otázka ohledně vztahu mezi drogovou politikou a užíváním návykových látek, což je patrně základní předpoklad pro snahu - drogové politiky a jejich dopady - pomocí COI studií hodnotit.

Další poznámky se týkají konstrukce indikátoru a jeho uplatnění při hodnocení kvality života klientů terapeutické komunity. Autorka vychází z dotazníku EuroQol (1990), který se ve třístupňové škále (žádný, středně velký a velký problém) zaměřuje na hodnocení pěti oblastí zdraví – pohyblivost, sebeobslužnost, běžné aktivity, bolest, úzkost a deprese. Dotazník patrně není v souladu se stávající definicí zdraví SZO – jež není jen nepřítomností nemoci – a i podle autorky se nejeví jako vhodný pro oblast duševního zdraví. Navíc vede mj. ke zjednodušujícímu přístupu, kdy – jak opět uvádí autorka - je předpokládáno, „že kvalita života i délka dožití uživatelů drog, kteří abstinují, je srovnatelná s kvalitou i délkou života v běžné populaci. Ve snaze tuto nevýhodu minimalizovat, použila autorka sekundární data z 5 dimenzí dotazníku SQUALA (Subjective Quality of Life Questionnaire). Ty podle ní přibližně odpovídají dimenzím dotazovaným v EuroQol. Tento převod se jeví jako rozporupný, neboť významy převáděných dimenzí se v obou dotaznicích výrazně liší – tj. respondenti byli patrně dotazováni na něco jiného, než co autorka interpretuje ve svých závěrech, viz následující tabulka:

Vybrané dimenze dotazníku SQUALA	Původní dimenze dotazníku EuroQol
<i>Fyzická soběstačnost</i>	<i>Pohyblivost (při chůzi)</i>

Péče o sebe sama	Sebeobsluha
Vztahy s ostatními lidmi	Obvyklá činnost (např. práce, studium, domácí práce, rodinné či oddechové činnosti)
Zdraví	Bolest/obtíže
Psychická pohoda	Úzkost/deprese

I při velké míře zjednodušení, na něž se autorka odvolává, nelze přinejmenším 2 z výše uvedených dimenzí považovat za přibližné ekvivalenty. Fyzická soběstačnost je mnohem širší kategorie, než pohyblivost při chůzi, stejně jako vztahy s ostatními lidmi jsou odlišné od schopnosti vykonávat obvyklé činnosti. Ty lze navíc vykonávat i v rodině, v níž jsou vztahy problémové. Na základě výše uvedené – přinejmenším diskutabilní – premisy, autorka kalkuluje a prezentuje výpočty, jež mají ukazovat, jak vnímají kvalitu svých životů klienti komunity. Výsledek bude v důsledku zvolených východisek pravděpodobně zkreslen, čemuž může přispívat i autorčino překódování 5-tistupňové škály (SQUALA) na škálu 3-stupňovou (1 – žádné problémy, 2 – určité obtíže, 3 – významné obtíže). Přitom je pravděpodobné, že se klienti komunit – na základě jejich indikace - mohou potýkat s řadou zdravotních problémů, což by se patrně dalo zjistit na pestřejší škále. Pro podobné škálování je navíc doporučováno používat sudých stupnic, jež minimalizují riziko zkreslování v důsledku volby průměrné hodnoty. Tyto připomínky by měla studentka při obhajobě práce vysvětlit.

Ještě jedno riziko zkreslení prezentovaných kalkulací nákladů na léčbu jednoho klienta v terapeutické komunitě se nabízí. Autorka uvádí celkové náklady na provoz 16 komunit, jež podle ní v roce 2005 poskytovaly služby 534 klientům, ve výši 64 mil. Kč. Do monitorovacího systému Národního monitorovacího střediska poskytuje data pouze 10 terapeutických komunit, čemuž odpovídá uvedený počet klientů. Otázkou tedy je, zda zmiňovaný počet 16 zařízení, nezkrsluje kalkulované náklady na léčbu 1 klienta ve výši 120.000,- Kč a následně i kalkulované náklady na 1 QALYs?

Terminologická poznámka – na straně 30 autorka uvádí pojmy – mentálně retardovaní, dementní nebo terminální pacienti. Od této terminologie je v kontextu humanizace pomáhajících profesí již delší dobu pouštěno ve snaze minimalizovat rizika stigmatizace a marginalizace těchto skupin pacientů/klientů. Ti jsou v odborné literatuře definováni spíše jako – osoby s mentální retardací, s demencí a/nebo v terminálním stavu.

Výběr použité literatury pro zpracování textu je rozsáhlý, velký důraz je kladen na zahraniční literaturu, v níž jsou zahrnuty klíčové práce vztahující se k tématu k hodnocení efektivity realizovaných intervencí, nákladů a kvality života v oboru adiktologie. Seznam použité literatury je z formálního hlediska zpracován v nejednotné podobě – zdá se, že jsou použity nejméně tři různé citační styly, což činí seznam literatury poněkud nepřehledným. Český autor Strnad je uveden v seznamu Zahraničních odborných zdrojů. To lze však považovat pouze za drobný nedostatek v kontextu inovativnosti tématu a jinak zvládnuté formální stránky práce. Za podstatnější považuji, že autorka při rešerši české odborné literatury opomněla patrně první odbornou práci na téma hodnocení kvality a účinnosti v oboru adiktologie – Kalina, K. (bohužel nedatováno – vydáno v roce autorových 55. narozenin – 1999/2000?) Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí – Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory, A.N.O. a Sananim, Praha.

Přes uvedené připomínky hodnotím práci v rozmezí výborná - velmi dobrá. Její téma je vhodně zvolené a dosud v české odborné literatuře nezpracované. Pokud studentka obhájí výše uvedené limity práce navrhuji klasifikovat známku výborně.

Návrh klasifikace – výborně (1) - velmi dobře (2)

V Praze, 20. června 2008

.....

PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc.

Navrhované otázky pro obhajobu:

Existuje přímý vztah mezi opatřeními drogové politiky a užíváním návykových látek, aby je bylo možno s využitím COI studií hodnotit? Pokud ano, uveďte konkrétní příklady.

Jak byste definovala kvalitu života, jako předpoklad pro její hodnocení?

Zdůvodněte svůj postup při převodu 5 dimenzí z dotazníku SQUALA do dotazníku EuroQol, zejména ve vztahu k argumentované odlišnosti dimenzí fyzická soběstačnost/pohyblivost při chůzi a vztahy s ostatními lidmi/obvyklá činnost.

Je pravděpodobné, že se klienti terapeutických komunit – na základě jejich indikace - mohou potýkat s řadou zdravotních problémů, což by se patrně dalo zjistit na pestřejší škále. Zdůvodněte, proč jste původní škálu o 5 položkách (SQUALA) zredukovala na 3 položky. Nevede taková redukce ke zkreslení? Nebylo by vhodnější použít pestřejší hodnotící škálu se sudým počtem položek?