

VLOGA IMPLEMENTACIJSKIH RAZISKAV PRI UVAJANJU KOGNITIVNIH STORITEV V LEKARNIŠKO DEJAVNOST

THE ROLE OF IMPLEMENTATION RESEARCH AS PART OF THE COGNITIVE PHARMACY SERVICES IMPLEMENTATION PROCESS

Asist. Urška Nabergoj Makovec, mag. farm.
Izr. prof. dr. Mitja Kos, mag. farm.

*Fakulteta za farmacijo Univerze v Ljubljani, Katedra
za socialno farmacijo, Aškerčeva 7, 1000 Ljubljana*

POVZETEK

Implementacijske raziskave predstavljajo pomembno orodje pri uvajanju novosti v zdravstveni sistem. Namen takih raziskav je razumeti, kaj, zakaj in kako novost (storitev) deluje v realnem okolju. Na to področje uvrščamo tudi veliko študij, ki so raziskovale, s kakšnimi ovirami in spodbudami se srečujemo pri uvajanju kognitivnih storitev v lekarniško dejavnost. Kot ovire se stalno pojavljajo pomanjkanje časa, pomanjkanje denarja ter slaba podpora in komunikacija z zdravniki. Te ovire lahko predstavljajo tudi močne spodbude, čeprav zgolj spodbuda ne pomeni tudi uspešne implementacije. Poleg omejenih je močna spodbuda tudi ustrezna organiziranost dela in komunikacija v lekarnah.

KLJUČNE BESEDE:

implementacijske raziskave, kognitivne storitve, ovire, spodbude

ABSTRACT

Implementation research is an important tool in translating new interventions into health system. The purpose is to understand what, why, and how a health intervention works in a real, uncontrolled environment. This area covers also many studies aiming to identify barriers and facilitators, which influence implementation of cognitive services in pharmacy practice. Barriers that are met most frequently are lack of time and money and support from as well as communication with local general practitioners. These barriers can be presented also as facilitators; although facilitator by itself does not suggest a successful implementation. Another important facilitator identified is proper work organization, meaning good communication and teamwork.

KEY WORDS:

implementation research, cognitive services, barriers, facilitators

1 UVOD

Lekarništvo je bilo v zgodovini večkrat podvrženo spremembam in prilagajanju novonastalim potrebam. S postavitvijo koncepta farmacevtske skrbi (Hepler – Strand, 1990)

se je pričel proces preusmerjanja lekarniške dejavnosti iz predvsem službe ustrezne preskrbe z zdravili na izvajanje t. i. kognitivnih storitev, ki bi pomembno prispevale k bolj-šim zdravstvenim izidom posameznika in družbe (1).

Spreminjanja obstoječega sistema se lahko lotimo na dva načina: po principu »ISLAGIATT« (*»It seemed like a good idea at the time«*) ali s pomočjo implementacijskih raziskav (*implementation research*). V preteklosti so se, prav zaradi pristopa »ISLAGIATT«, zdravstvene intervencije pogosto izkazovale kot neučinkovite. Zato dandanes toliko bolj poudarjamo pomen resnega razmisleka, kaj želimo z neko intervencijo doseči in kako jo vpeljati v sistem. V ta namen se lahko poslužujemo izvajanja implementacijskih raziskav (2, 3).

2 NAMEN

Namen članka je predstaviti področje implementacijskih raziskav in njihovo uporabnost pri uvajanju sprememb v lekarniško dejavnost.

3 IMPLEMENTACIJSKE RAZISKAVE

Raziskovalna vprašanja implementacijskih raziskav so povezana s prenosom in uveljavitvijo zdravstvenih intervencij

ALI STE VEDELI?

- Namen implementacijskih raziskav je razumeti, kaj, zakaj in kako novost (storitev) deluje v realnem okolju.
- Kazalniki uspešnosti implementacije vrednotijo: sprejemljivost (*acceptability*), primernost (*appropriateness*), privzem (*adoption*), izvedljivost (*feasibility*), skladnost s cilji/protokolom (*fidelity*), dostopnost (*coverage, penetration*), stroške (*implementation cost*) in trajnost (*sustainability*) novih storitev v praksi.
- Pri uvajanju novih storitev v prakso lahko pričakujemo izzive, ki so posledica nezadostnih virov, pomanjkanja ustreznega odnosa, vizije, znanja in veščin ter zahtev okolja.

v praksi. Zdravstvena intervencija navadno pomeni posamezno storitev ali program, širše gledano pa lahko zajema tudi celotno zdravstveno politiko. Namen takih raziskav je razumeti, **kaj, zakaj in kako intervencije delujejo v realnem okolju** (3, 4).

V primerjavi z drugimi vrstami raziskav, kot so na primer raziskave učinkovitosti, prihaja do treh večjih razlik pri izvajanju:

- pogoji raziskav so realni (nekontrolirani),
- raziskave proučujejo vidike različnih deležnikov (izvajalec, uporabnik, plačnik ipd.),
- populacija raziskave je populacija, ki jo intervencija zadeva oziroma storitev uporablja (3).

Uspešnost implementacije merimo z različnimi kazalniki, ki merijo tako uspešnost implementacije kot tudi njen doprinos k zdravstvenim izidom (3, 4, 5).

Proctor in sodelavci so kazalnike uspešnosti implementacije definirali kot učinke namernih in namenskih dejanj pri vpeljevanju novih terapij, storitev in programov. Poimenujejo osem kazalnikov, ki so vsebinsko predstavljeni v preglednici 1 (5).

Uspešna implementacija pomeni dobro in učinkovito raven storitev, ki lahko izboljšajo posameznikove klinične in humanistične izide. Na sliki 1 je prikazan odnos med kazalniki uspešnosti implementacije in drugimi zdravstvenimi izidi (5, 6).

Implementacijske raziskave so tako kvalitativne kot kvantitativne narave, največkrat gre za mešanico obojih. Izbira metode je odvisna od zastavljenega raziskovalnega vprašanja oziroma ciljev raziskave. Na podlagi slednjega se odločimo, katere kazalnike uspešnosti implementacije bomo vrednotili, saj ni vedno smiselno vrednotiti vseh (3).

4 OVIRE IN SPODBUDE PRI UVAJANJU STORITEV V LEKARNIŠKO DEJAVNOST

V tem poglavju predstavljamo štiri raziskave, ki so vrednotile nekatere izmed kazalnikov uspešnosti implementacije (sprejemljivost in primernost, privzem in trajnost). Največkrat je namen teh raziskav identificirati ovire ali spodbude, ki vplivajo na izvajanje storitve in uspešnost implementacije.

Preglednica 1: Kazalniki uspešnosti implementacije (3, 5).

Table 1: Implementation outcome variables (3, 5).

KAZALNIK	VSEBINA
Sprejemljivost (<i>acceptability</i>)	Kako vpeljavo intervencije sprejemajo različni deležniki in kakšen je njihov pogled nanjo.
Primernost (<i>appropriateness</i>)	Intervencija je primerna za predvideno okolje, populacijo in težavo, ki jo rešuje.
Privzem (<i>adoption</i>)	Namen in odločitev izvajalca, da bo intervencijo izvajal. Izvajalec intervencijo sprejme za svojo (»jo posvoji«) in jo je zato pripravljen izvajati.
Izvedljivost (<i>feasibility</i>)	Ali imamo na voljo usposobljen kader, primerne prostore, opremo ipd., da intervencijo lahko izvajamo?
Skladnost s cilji/ protokolom (<i>fidelity</i>)	Kako dobro intervencija sledi namenu in ciljem, ki smo jih opredelili v protokolu.
Dostopnost (<i>coverage, penetration</i>)	Kako se intervencija širi med izvajalci, komu vse je dostopna ipd.
Stroški (<i>implementation cost</i>)	Stroški implementacije skupaj s stroški izvajanja storitve.
Trajnost (<i>sustainability</i>)	Do katere mere je intervencija postala standard in kako se vzdržuje.



Slika 1: Uspešna implementacija pomeni, da bo storitev varna in učinkovita. Pomeni, da bo zmogla zajeti vse potencialne uporabnike, jih enakovredno in pravočasno obravnavati ter da bo v njenem središču pacient. Posledično se izboljša zadovoljstvo pacientov oziroma uporabnikov, počutje in simptomatika (5, 6).

Figure 1: Successful implementation means safe and effective intervention. It means the intervention will efficiently take care of all potential clients (patients). They will be treated equally, at the right time, and the patient will be the primary focus of an intervention. Consequently, patient's satisfaction, functioning, and symptomatology improve (5, 6).



4.1 SPREJEMLJIVOST IN PRIMERNOST

Van Mill in sodelavci so želeli identificirati ovire pri uvajanju programov farmacevtske skrbi v lekarni v enajstih evropskih državah (7). Kljub temu, da Slovenije ni bilo med njimi, lahko glede na naravo dela pričakujemo, da je stanje pri nas podobno.

Ovire so razdelili na pet vsebinskih področij:

- 1) *pomanjkanje virov* (denar oziroma plačilo, čas, prostor, oprema, usposobljen kader, klinični podatki o pacientu, protokoli in dogovori);
- 2) *odnos in vizija* (kolektiv, stroka, lastnik, bolnik, drugi zdravstveni delavci, kontinuiran profesionalni razvoj);
- 3) *pomanjkanje znanja* (klinična farmacija, socialna farmacija, zdravstveni sistemi, javno zdravje, komunikacija);
- 4) *pomanjkanje veščin* (komunikacijske, dokumentacijske, vodstvene, veščine za primerno obravnavo zdravil);
- 5) *okolje* (zakonodaja, struktura zdravstvenega sistema, zasebnost, neaktivnost farmacevtske stroke).

Pričakovano sta bili zmagovalni oviri pomanjkanje časa in pomanjkanje denarja oziroma plačila za izvajanje programov. Sledil je odnos drugih zdravstvenih delavcev in pomanjkanje znanja s področij klinične farmacije ter komunikacije (7).

Z drugega zornega kota so na spreminjanje lekarniške dejavnosti pogledali avstralski raziskovalci. V seriji raziskav so identificirali in kvantificirali spodbude uvajanja kognitivnih storitev v lekarniško prakso. Spodbude so razdelili na individualne in organizacijske, čeprav gre navadno za preplet obojih. Individualne (na primer izobrazba, kompetence, avtonomija, motivacija ipd.) so vezane na posameznega farmacevta, organizacijske pa na posamezno lekarno in slednje so zanimale Robertsovo in sodelavce (8).

Ugotovili so, da je k uspešnosti novih storitev največ doprinesel dober odnos z lokalnimi zdravniki. Predlagajo, da se na tem čim bolj gradi tako lokalno kot tudi na širši ravni. Denar je imel pomembno vlogo bodisi v obliki plačila za storitev bodisi kot denarna pomoč ob pričetku uvajanja storitve. Močna spodbuda je ustrezna komunikacija ter ekipno delo, saj uspešno izvajanje storitev zahteva zavzetost celotnega kolektiva in primerno razporeditev dela. Ostale prepoznane spodbude so še: dovolj primerno usposobljenega kadra, pričakovanja pacientov (ponudba-povpraševanje), potreba po zunanji strokovni podpori, kot je mentorstvo, in lokacija lekarne z ustreznimi prostori za izvajanje storitev.

Avtorji pri tem poudarjajo, da katera koli spodbuda sama po sebi še ne pomeni uspešne implementacije (8, 9).

4.2 PRIVZEM

Na podoben način kot v Avstraliji so se evalvacije storitve *Medicines Use Review* (MUR) lotili v Angliji. Bradley in sodelavci so želeli ugotoviti, kaj vpliva na odločitev neke lekarne, da prične z izvajanjem MUR (10). Rezultati so pokazali, da se verige lekarn raje odločajo za izvajanje MUR kot samostojne lekarne. Kot glavno oviro za večji privzem so izpostavili pomanjkanje podpore in komunikacije z lokalnimi zdravniki.

4.3 TRAJNOST

Na Danskem, eni izmed prvih evropskih držav, ki je vpeljala kognitivne storitve farmacevtov v svojo prakso, že vrednotijo tudi dolgoročne kazalnike implementacije. Raziskovali so, kako se izvaja storitev za izboljšanje tehnik inhaliranja (ITAS) pet let po uvedbi in kaj vpliva na vzdrževanje take storitve na dolgi rok. Največji vpliv predstavlja zelo različno sprejeta storitev (privzem) na ravni posameznega farmacevta. Farmacevti, ki so do storitve zadržani, navajajo, da sta glavni težavi predvsem njihova zmogljivost in zaupanje v lastne sposobnosti (*self-efficacy*). Čutijo, da ne zmorejo pokriti vseh nalog in detajlov, ki jih njihova služba zahteva. Posledično nimajo zaupanja v lastne kompetence in zato storitve raje ne izvajajo. Na podlagi tega raziskovalci zaključujejo, da je poleg izobraževanja na strokovnih področjih potrebno še toliko bolj poskrbeti za organizacijske in komunikacijske veščine zaposlenih (11).

5 UVAJANJE KOGNITIVNIH STORITEV V SLOVENIJI

Tudi v slovenskem prostoru smo prepoznali potrebo po večji usmerjenosti lekarniške dejavnosti k pacientom. Laična javnost prepoznava farmacevta kot kompetentnega strokovnjaka za izvajanje storitev farmacevtske skrbi in obstaja velika verjetnost uporabe takih storitev (12).

Farmacevti »iz prakse« so že večkrat in na različne načine opredelili svoje poglede do uvajanja kognitivnih storitev (13). To je prispevalo k razvoju dveh storitev na temo pregleda zdravil (*medication review*). V okviru ambulantnega farmacevta-svetovalca izvajajo farmakoterapijski pregled (FTP), ki stremi k optimizaciji zdravljenja z zdravili in je namenjen predvsem zdravnikom. Pregled uporabe zdravil (PUZ) pa se osredotoča na pacienta in naslavlja njegovo dejansko uporabo zdravil ter razumevanje zdravljenja z njimi.

Sočasno potekajo na Lekarniški zbornici Slovenije in v okviru Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije aktivnosti, da se ti dve kognitivni storitvi tudi sistemsko uredita. Februarja 2013 je bil v javno obravnavo dan nov predlog zakona o lekarniški dejavnosti (ZLD-1). Predvideva nadgradnjo obstoječega zakona (ZLD, 2004) in bi zakonsko opredelil pojem »farmacevtska obravnava« in tako še dodatno podprl uvedbo kognitivnih storitev (14, 15).

V luči tega dogajanja je smiselno okrepiti raziskovalni vidik uvajanja kognitivnih storitev, tudi z elementi implementacijskih raziskav. Na podlagi pridobljenih rezultatov bomo lahko storitvi ustrezno nadgrajevali in v polnosti izvajali z dokazi podprto lekarniško dejavnost.

6 SKLEP

Implementacijske raziskave predstavljajo vedno pomembnejše orodje pri uveljavljanju sprememb v zdravstveni sistem. Raziskave kažejo, da uspešno delujejo tudi pri spreminjanju lekarniške dejavnosti. Zgledi drugih držav, ki so se oprle na implementacijske raziskave in uspešno implementirale kognitivne storitve farmacevta, naj bodo spodbuda za nadaljnje korake tudi v Sloveniji.

7 LITERATURA

1. Doucette WR, Nevins JC, Gaither C et al. Organizational factors influencing pharmacy practice change. *Res Social Adm Pharm* 2012; 8:274–284.

2. Hughes CM, Cadoga CA, Ryan CA. Development of a pharmacy practice intervention: lessons from the literature. *Int J Clin Pharm* 2015; 37: 1–6
3. Peters DH, Adam T, Alonge O et al. Implementation research what it is and how to do it. *BMJ* 2013; 347:f6753.
4. Rabin BA, Brownson RC. Developing the terminology for dissemination and implementation research. In: Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK. *Dissemination and implementation research in health*. Oxford University Press, 2012: 23–51.
5. Proctor E, Silmere H, Raghavan R et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges and research agenda. *Adm Policy Ment Health* 2011; 38: 65–76.
6. Raghavan R. The role of economic evaluation in dissemination and implementation research In: Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK. *Dissemination and implementation research in health*. Oxford University Press, 2012: 94–113.
7. Van Mill JWF, de Boer WO, Tromp THFJ. European barriers to the implementation of pharmaceutical care. *Int J Pharm Pract* 2001; 9:163–168.
8. Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative study in Australia. *Res Social Adm Pharm* 2005; 1: 546–564.
9. Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF et al. Practice change in community pharmacy: quantification of facilitators. *Ann Pharmacother* 2008; 42:861–868.
10. Bradley F, Wagner AC, Elvey R et al. Determinants of the uptake of medicines use reviews (MURs) by community pharmacies in England: A multi-method study. *Health Policy* 2008; 88: 258–268.
11. Kaae A, Christensen ST. Exploring long term implementation of cognitive services in community pharmacies – a qualitative study. *Pharmacy Practice (Internet)* 2012; 10(3): 151–158.
12. Kos M. Mnenje laične javnosti glede izvajanja ter plačevanja storitev farmacevtske skrbi v Sloveniji. *Farm Vest* 2011; 62: 207–213
13. Kos M, Pisk N, Ilešič A et al. Farmacevtske kognitivne storitve. *Farm Vest* 2013; 64: 151–166.
14. Ministrstvo za zdravje. Predlog zakona o lekarniški dejavnosti (ZLD-1). http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2013/j_razprava_ZLD-1_220213.pdf. Dostop: 31-08-2015.
15. Zakon o lekarniški dejavnosti, Uradni list RS, št. 36/2004.

