

Přenos výzkumu do praxe – tvorba a implementace metodiky měření kvality

Lucie Žáčková – Martin Loučka

Abstrakt

Článek se zabývá způsobem a výsledky přenosu výzkumu do praxe, a to na příkladu tvorby a implementace metodiky pro měření kvality paliativní a hospicové péče v ČR. První část článku se věnuje východiskům rychle se rozvíjejícího výzkumu, který se zabývá šířením a implementací znalostí do praxe (D&IR) a představuje monitorovací a evaluační rámec RE-AIM. Druhá část textu vyhodnocuje zavádění metodiky do praxe za využití RE-AIM. Dochází k závěrům, že se osvědčilo zapojení uživatelů (user involvement) do přípravy metodiky a její implementace vedla v hospicích ke změně vnímání statistik a úpravám některých procesů. Ukazuje se, že přestože nebyly zcela dodrženy všechny kroky implementace a adherence k termínům byla nízká, může být tato flexibilita v praxi spíše výhodou. Na druhou stranu platí, že pokud nejsou výsledky metodiky prezentovány a diskutovány s hospici, může být vnímání výstupů problematické. Celkově má nově vytvořená metodika potenciál k tomu, aby byla rozšířena do praxe.

Klíčová slova: přenos výzkumu do praxe, implementace, měření kvality, paliativní péče, hospicová péče, RE-AIM

Abstract

The article focuses on the approach to, and the results of, the transfer of research into practice using the example of the development and implementation of a methodology for measuring the quality of palliative and hospice care in the Czech Republic. The first part of the article is devoted to the background to the rapidly developing research on the dissemination and implementation of knowledge into practice (D&IR), and presents the RE-AIM monitoring and evaluation framework. The second part of the paper evaluates the implementation of the new methodology into practice using the RE-AIM framework. It concludes that user involvement in the development of the toolkit has proved to be successful and its implementation has led to changes in the perceptions of hospices of statistics and adjustments to certain internal processes. It appears that although not all the implementation steps were fully realised and adherence to deadlines was low, this flexibility factor may, in fact, represent an advantage in practice. On the other hand, if the results of the methodology are not presented and discussed with hospices, the perception of the outcomes is likely to be problematic. Overall, the newly developed methodology has the potential for dissemination into practice.

Keywords: transfer of research into practice, implementation, quality measurement, palliative care, hospice care, RE-AIM

Úvod

S převáděním výzkumných zjištění a inovací do reálné praxe je spojena celá řada problémů, přitom právě schopnost aplikovat a dále rozšiřovat programy a intervence založené na důkazech („evidence-based“), je nezbytná pro to, aby bylo plně využito úsilí i investic vložených do výzkumu (Brownson et al., 2017) a aby praxe opravdu odpovídala novému poznání. Právě proto se ve společenských vědách klade čím dál větší pozornost na výzkum zabývající se šířením a implementací („Dissemination and Implementation Research“, dále též D&IR) (Brownson et al., 2017; Proctor, 2014; Weiner et al., 2022).

D&IR je často spojován zejména s veřejným zdravím a zdravotními službami a s nimi spojenými intervencemi či programy založenými na důkazech (Brownson et al., 2017). V oblasti sociální práce se snaží informovat o tom, jak efektivně přenést programy, intervence a politiky založené na důkazech (nebo na faktech)

do prostředí reálných zařízení nebo organizací poskytujících nebo zajišťujících sociální služby. Z hlediska pragmatického přístupu a účinné implementace jde o to, aby bylo možné při zachování externí validity v praxi realizovat a udržet přínosy programů/intervencí jak vzhledem k možnostem a potřebám konkrétních organizací, tak vzhledem k potřebám pacientů/klientů a jejich rodin (Brownson et al., 2017; Proctor, 2014). Totéž platí i pro paliativní péči, která je definována tím, že se nachází na pomezí sociální a zdravotní oblasti, a může tedy těžit ze zkušeností i dosavadních přístupů v obou oblastech.

Právě principy a východiska D&IR jsme se snažili aplikovat na tvorbu a následnou implementaci metodiky měření kvality paliativní a hospicové péče v ČR. Využili jsme k tomu metodu zapojení uživatelů („user involvement“) a monitorovací a evaluační rámec RE-AIM (Glasgow et al., 1999). Výsledky tvorby metodiky a hodnocení její pilotní implementace jsou předloženy v následujícím textu.

1. Teoretická východiska

1. 1 Kontext „Dissemination and Implementation Research“ ve zdravotnictví a sociálních službách

V současné době již existují stovky, ne-li tisíce intervencí, které se ukázaly jako účinné při prevenci, odhalování a léčbě nemocí či zranění, užívání návykových látek a dalších stavů ovlivňujících fyzické i duševní zdraví (Weiner et al., 2022). Mnozí dokonce tvrdí, že kdybychom pouze široce a účinně uplatňovali intervence založené na důkazech, které již nyní máme k dispozici, mohli bychom tím řešit nejpalčivější zdravotní problémy světa (Leeman et al., 2017). Například zpráva Blue Ribbon panelu z roku 2016 přímo uvádí, že „kdybychom (v USA) lépe porozuměli důvodům, proč osvědčené strategie prevence rakoviny nejsou široce využívány, a kdybychom zjistili, jak zvýšit využívání těchto intervencí zejména u populací s nedostačující péčí, mohli bychom

snížit počet úmrtí na rakovinu děložního čípku až o 90 %, rakovinu tlustého střeva až o 70 % a rakovinu plic až o 95 %“ (National Cancer Institute, 2016, s. 37). Potenciální přínosy v oblasti veřejného zdraví, kterých by bylo možné dosáhnout zavedením již známých intervencí založených na důkazech, jsou značné. Kdybychom totiž, podle některých odborníků na zdravotní politiku, vynakládali na rozvoj medicínského pokroku o něco méně a na zlepšení systémů poskytování péče a prevence o něco více, dosáhli bychom ve výsledku vyšší návratnosti investic (Weiner et al., 2022).

Rovněž vzhledem k tomuto nevyužitému potenciálu intervencí založených na důkazech se v posledních dvou desetiletích při šíření a implementaci výsledků vědeckých výzkumů (D&IR) klade stále větší důraz na používání teorií, rámců a modelů, které jsou součástí tzv. praktické implementační vědy (Weiner et al., 2022). Jednak shrnují současný stav vědeckých poznatků a usnadňují shromažďování důkazů, jednak nabízejí společnou terminologii a jazyk, který podporuje efektivnější komunikaci mezi klíčovými zúčastněnými stranami implementace (D'Lima et al., 2022; Hull et al., 2019; Tabak et al., 2012; Weiner et al., 2022). V praxi rovněž slouží k pochopení faktorů ovlivňujících úspěch či neúspěch implementace a podporují účinnější průběh intervencí i jejich evaluaci (D'Lima et al., 2022; Davis et al., 2015; Nilsen, 2015).

Právě evaluace je v procesu implementace zásadním krokem, který přináší zpětnou vazbu a poskytuje poučení z realizovaných intervencí, programů nebo veřejné politiky (Owen, 2006; Smutek, 2014). Evaluace přináší konkrétní poznatky o fungování prováděných intervencí a ověřují jejich správnost, vhodnost či účinnost (Hendl & Remr, 2017), v ideálním případě poskytují informace, které jsou založené na důkazech a které vypovídají o dopadech dané intervence (Straus et al., 2013). Evaluace tedy na základě konkrétních poznatků přispívá k rozhodnutí o přínosu a o pokračování v dané intervenci a k dalšímu rozšiřování její implementace (Brownson et al., 2017). V optimálním případě to znamená, že stakeholdeři v dané oblasti a odborníci z praxe mohou díky výsledkům evaluace přijímat informovaná rozhodnutí o tom, které intervence zavést a rozšiřovat (a které nikoli) a jak je v průběhu času zlepšovat (Wholey et al., 2010).

Existuje celá řada teorií, teoretických rámců a modelů, které utvářejí způsob, jakým přemýšlíme o D&I výzkumu, a které následně určují plánování a evaluaci intervencí. Tabak a jeho kolegové v roce 2012 identifikovali na základě přehledu literatury 63 různých teorií, konceptuálních rámců a modelů D&IR (Tabak et al., 2012), které Rabin a jeho kolegové ve svém we-

bovém interaktivním nástroji „Dissemination & Implementation Model in Health“ dále rozšířili o modely relevantní pro praxi vycházející nejen ze zdravotnictví na celkových 114 modelů¹.

V tomto článku stručně představíme a následně ukážeme praktické využití jednoho z těchto modelů. Jedná se o tzv. RE-AIM konceptuální rámec zasazený v pragmatickém východisku D&I výzkumu. Pragmatické východisko se podle Battaglii a Glasgowa využívá tehdy, když má řešitel zájem zjistit dopady intervence probíhající za běžných podmínek proto, aby optimalizoval její přijetí, implementaci a udržitelnost (Glasgow & Estabrooks, 2018). V takovém případě může pragmatické východisko D&I výzkumu urychlit přenos poznatků z výzkumu do praxe, snížit zbytečné plýtvání finančními prostředky, zlepšit klinickou péči a zdraví populace nebo kvalitu života pacientů v jeho závěrečné fázi. Pragmatická pozice v oblasti D&I výzkumu je rovněž pokládána za obrovskou příležitost pro ošetřovatelství a přeneseně i pro paliativní péči (Battaglia & Glasgow, 2018).

1. 2 RE-AIM rámec a jeho využití

Konceptuální rámec RE-AIM byl původně vyvinutý pro evaluaci intervencí, programů nebo politik v oblasti veřejného zdraví nebo populačního zdraví tak, aby zároveň zohlednil interní i externí validitu² intervence nebo programu (Glasgow et al., 1999, 2019; Kwan et al., 2019). V současnosti se jedná o jeden z nejpoužívanějších konceptuálních rámců v zahraničí pro plánování a hodnocení implementací pro zmíněné oblasti (D'Lima et al., 2022; Weiner et al., 2022; Skolarus et al., 2017), nicméně je využíván i v dalších oblastech, například ve sportu či paliativní péči (Antikainen & Ellis, 2011; Klop et al., 2022; Oosterveld-Vlug et al., 2019; Rukundo et al., 2022). V ČR se v dostupné literatuře zkušenosti s jeho využitím v podstatě nevyskytují.

Jeho první teze byly vytvořeny na konci 90. let týmem výzkumníků pod vedením Russella Glasgowa z National Cancer Institute (Glasgow et al., 1999). Od svého vzniku se RE-AIM používá jako vodítko pro plánování a evaluaci implementace pro rozličné typy intervencí v mnoha různých tematických oblastech, tedy nejen v oblasti zdravotnictví, v prostředích i populacích, ale využívá se například i pro zpracování přehledů literatury a psaní a vyhodnocování grantových projektů (D'Lima et al., 2022; Gaglió et al., 2013; Glasgow et al., 2019).

Zkratka RE-AIM odkazuje na pět klíčových dimenzí, na kterých je tento rámec postaven a které je možné aplikovat jak ve fázi plánování implementace, tak i později ve fázi jejího hodnocení. Jedná se o tyto dimenze: Reach (Dosah), Effectiveness

(Účelnost), Adoption (Přijetí), Implementation (Implementace) a Maintenance (Udržení)³. Jendou z přidaných hodnot RE-AIM je, že jednotlivé dimenze mohou být sledovány a vyhodnocovány na dvou úrovních jak na individuální (pacienti, klienti, pečující osoby), tak na systémové úrovni (tzn. nejčastěji na úrovni zaměstnanců a na úrovni organizací/zařízení ve zdravotnickém či sociálním systému, ale používá se i komunitní a národní úroveň). Dosah a účelnost se obvykle sledují na individuální úrovni, přijetí a implementace na systémové úrovni (zaměstnanci/organizace) a udržení jak na individuální, tak na systémové úrovni (Glasgow et al., 2019; Holtrop et al., 2021; Kwan et al., 2019). V současnosti uplatňovaný pragmatický přístup umožňuje vzhledem k podmínkám při konkrétní implementaci využít buď všechny dimenze, nebo se zaměřit jen na některé z nich. V takovém případě je ale nutno výběr dimenzí relevantně zdůvodnit. To se týká rovněž aplikace dimenzí na individuální či systémové úrovni, v některých případech může být daná úroveň pro sledování a vyhodnocení nevhodná nebo dokonce nemožná (Holtrop et al., 2018, 2021).

Autoři RE-AIM vytvořili oficiální webovou stránku na podporu výzkumníků a odborníků z praxe pro porozumění, aplikaci a diseminaci tohoto konceptuálního rámce⁴. Definice pro každou dimenzi, jak jsou uvedeny na webových stránkách RE-AIM a jak je následně rozšiřuje Holtrop a jeho kolegové (2021), jsou uvedeny níže. Tabulka 1 kromě toho shrnuje reporting a vyhodnocování jednotlivých dimenzí a příklady využití RE-AIM.

- Dosah (Reach) na individuální úrovni je definován jako absolutní počet, podíl a reprezentativita jednotlivců, kteří se účastní dané iniciativy, intervence nebo programu, a důvody proč ano nebo proč ne.
- Účelnost (Effectiveness) na individuální úrovni je definována jako dopad intervence/programu na jednotlivce, tzn. jestli intervence/program dosahuje zamýšlených výsledků. Zahrnuje i potenciální negativní důsledky a v širším kontextu také dopady na kvalitu života. Je potřeba rovněž sledovat variabilitu výsledků intervence/programu napříč různými podskupinami (zobecnitelnost intervence vs. heterogenita výsledků v různých organizacích).
- Přijetí (Adoption) na systémové a/nebo individuální úrovni je definováno jako absolutní počet, podíl a reprezentativita organizací a/nebo zaměstnanců, kteří se na implementaci daného programu podílejí nebo kteří danou intervenci/program poskytují, a důvody, proč to dělají nebo proč to nedělají. Dimenze přijetí však může mít více vzájemně provázaných úrovní, např.

zaměstnanci poskytující intervenci pracují pod supervizory, kteří působí pod klinikou nebo školou, která je součástí zdravotnického/školského systému atd.

- Implementace (Implementation) je na úrovni vícero organizací a/nebo na úrovni zaměstnanců poskytujících intervenci definována jako věrnost jednotlivým klíčovým prvkům, funkcím nebo složkám intervence/programu, včetně konzistence se zamýšleným postupem při implementaci a času a nákladů na implementaci. Zahrnuje i různá přizpůsobení původních intervenčních nebo implementačních strategií.
- Udržení (Maintenance) je na úrovni organizací definováno jako doba, po kterou se daná intervence/program udrží jako součást rutinních organizačních postupů (neboli zda se udrží déle než 6 měsíců od implementace). Na individuální úrovni je udržení definováno z hlediska dlouhodobých účinků intervence/programu na výsledky i po dokončení programu (tj. po posledním kontaktu s intervencí). Novější pokyny upozorňují na to, že konkrétní časové ohraničení se pro posouzení udržení u různých projektů liší.

Podle původního, převážně kvantitativního, přístupu RE-AIM by měla mít každá z těchto dimenzí obvykle definovanou svou základní míru, která vede k číselnému výsledku. Například u dimenze dosahu se měří procento osob, které přijímají program/intervenci, z celkového počtu způsobilých osob k přijetí tohoto programu/intervence. Čím více se dosah blíží 100 %, tím je implementace pokládána za účinnější. Nicméně RE-AIM pracuje i se vzájemným porovnáváním dimenzí, které mimo jiné zajišťuje, aby byly jmenovatele stanoveny přesně a intervence byly správně vyhodnoceny. Například dimenze přijetí měří využívání intervence jednotlivými poskytovateli služeb. Ve studii, kde je sice velmi dobrý dosah, účastní se jí však jen několik málo poskytovatelů z celkového počtu způsobilých poskytovatelů, pak může být skutečný dosah mnohem nižší, než bylo zamýšleno. Pro vyhodnocení jednotlivých dimenzí se zpočátku využíval hlavně kvantitativní přístup, to je však již překonáno – nyní je velmi doporučováno zařadit i kvalitativní metody a techniky (Holtrop et al., 2018).

RE-AIM je jedním z nevhodnějších již existujících rámců D&I výzkumu v tématech blízkých veřejnému zdraví, protože jej lze použít k měření účinnosti intervence a procesu implementace v různých typech zařízení (nemocnice, školy apod.) pomocí předem definovaných kritérií (D'Lima et al., 2022; Weiner et al., 2022). Optimálně by na začátku projektu měl být RE-AIM nejprve použit ke stanovení základních kritérií, která se budou sledovat

ve všech zařízeních, kde bude implementace probíhat. Lze jej ale také využít paralelně s intervencí nebo i zpětně k pochození kontextu výsledků intervence (D'Lima et al., 2022). Jako víceúrovňový rámec může RE-AIM také kombinovat různá procesní a výsledková kritéria (outputs), například přijetí intervence personálem spolu s přijetím intervence cílovou skupinou pacientů apod. To znamená, jak již bylo řečeno, že klade stejný důraz na interní i externí validitu a zdůrazňuje reprezentativitu (Brownson et al., 2017). A konečně, RE-AIM rámec může výrazně usnadnit převedení výsledků výzkumu do praxe tím, že poskytuje strukturovaný postup nejen k evaluaci, ale rovněž k plánování a realizaci intervencí založených na důkazech (Glasgow et al., 1999, 2019).

Původně byl RE-AIM rámec spíše méně vhodný pro zkoumání otázek „proč a jak“ o průběhu a výsledku implementace, zejména faktorů souvisejících s kontextem implementace, které však ovlivňují měřitelné výsledky. Rovněž tolik nezohledňoval změny, k nimž v průběhu implementace nutně dochází, ani dynamické interakce mezi jednotlivými prvky intervence/programu (Brownson et al., 2017; Forman et al., 2017; Glasgow et al., 1999). To ovšem Holtrop a jeho kolegové (2021) ve své studii vyvracejí a označují to za dnes již mylná přesvědčení, jelikož RE-AIM stejně jako jiné teorie, rámce a modely D&I výzkumu v posledních 20 letech prošlo dalším vývojem a úpravami. Například již může obsahovat identifikaci základních kontextuálních faktorů díky tomu, že byl nedávno propojen s modelem PRISM, tj. „Practical Robust Implementation and Sustainability Model“ (Holtrop et al., 2021).

2. Tvorba metodiky měření kvality paliativní a hospicové péče a vyhodnocení její implementace podle RE-AIM

Hodnocení kvality hospicové a paliativní péče je ve světě tématem v posledních 20 letech. A postupně nabývá na důležitosti i v ČR. Nástroje k hodnocení kvality hospicové a paliativní péče v ČR však dosud chyběly. Poskytovatelé paliativní péče, zejména hospice, dnes v mnoha případech nemají k dispozici vhodný nástroj pro měření efektu a kvality své péče jak na úrovni organizace, tak na systémové úrovni. Některá zařízení využívají dotazníky spokojenosti nebo jiné metody, jejichž výtežnost je ale omezená, neumožňují srovnávací analýzu mezi organizacemi, hodnotí pouze některé aspekty péče a velmi často výstupy obsahují pouze vyjádření vděčnosti za poskytnutou péči. Proto vznikl projekt s názvem „Systémové hodnocení kvality hospicové péče“⁵, který byl za-

štítěn Centrem paliativní péče, z. ú. (CPP) a jehož nedílnou součástí bylo rovněž řešení výzkumného záměru v rámci autorčiny doktorandského studia na katedře Sociální práce na Fakultě humanitních studií UK. Oba projekty se synergicky propojovaly a doplňovaly⁶. Projekt byl realizován v letech 2019 až 2022 díky finanční podpoře Nadace Komerční banky, a.s. – Jistota. Jeho cílem bylo nejprve vytvoření vhodného nástroje pro standardizované měření kvality paliativní a hospicové péče a následně jeho implementace do praxe.

2.1 Design projektu „Systémové hodnocení kvality hospicové péče“

Na tomto projektu bylo specifické, že se od samého počátku předpokládala účast zástupců domácích a lůžkových hospiců. Takový přístup je ve výzkumných projektech označován jako zapojení uživatelů a jeho hlavním přínosem je, že samotní uživatelé/příjemci výsledků jsou od začátku zaangażováni již v procesu přípravy výzkumu a mají možnost se k tvorbě nebo průběhu vyjadřovat nebo na něm přímo participovat (National Institute for Health Research, 2010; Trivedi & Wykes, 2002). Tento přístup je důležitý zejména v takových výzkumech a projektech, jejichž záměrem je, aby byly využívány v široké praxi, nebo pokud potřeba vzešla od samotných uživatelů/příjemců (Scullion, 2002). V tomto případě jsme zapojení uživatelů využili jednak proto, že byla po nástroji měření kvality hospicové péče požádána od samotných hospiců, a také proto, aby nástroj na měření kvality péče nebyl primárně odmítán z důvodu, že jeho příprava byla zcela odtržena od reality a potřeb uživatelů (tzv. „byla vytvořena shora“) (Žáčková & Loučka, 2022). Tento přístup má samozřejmě i svá rizika, například je třeba velmi dbát na to, aby se z uživatelské přívětivosti nestalo hlavní hledisko pro hodnocení, které by převážilo všechna ostatní kritéria.

Model spolupráce CPP a zapojených provozovatelů lůžkových a domácích hospiců byl nastaven tak, že zástupci hospiců v průběhu projektu přinášeli reflexi svých potřeb (vyjednávání obsahu metodiky, připomínkování nástrojů) a reálných možností sběru dat, vlastní expertní vhléd, podrobné hodnocení vytvářené metodiky a průběžnou zpětnou vazbu při zavádění metodiky do hospicové praxe. Tým CPP koordinoval a odborně garantoval celý projekt, tj. zajišťoval přípravu jednotlivé metodiky po teoretické, odborné a analytické stránce.

Pracovní skupinu tvořili zástupci čtyř poskytovatelů lůžkové i domácí hospicové péče s různou kapacitou působící ve čtyřech regionech ČR (Praha, Středočeský kraj, Vysočina, Ústecký kraj). Jednalo se o motivované poskytovatele se zájmem

o využívání metodiky a s ochotou se na projektu podílet. Dva hospice zároveň poskytují domácí i lůžkovou péči.

Projekt byl sestaven ze tří vzájemně na sebe navazujících fází v období březen 2019 až březen 2022 (do realizace projektu tedy významným způsobem zasáhla i pandemie covidu-19). Během přípravné fáze byl týmem CPP nejprve vypracován prvotní návrh metodiky pro měření kvality hospicové péče vhodný jak pro lůžkové, tak pro domácí hospice, a to na základě rešerše především v zahraniční literatuře a příkladů zahraniční dobré praxe (více viz Žáčková & Loučka, 2022) se zohledněním českého prostředí. Tento návrh byl předložen pracovní skupině. S pracovní skupinou byla metodika kontinuálně konzultována jak na osobní úrovni, tak elektronickou formou. Celkem se uskutečnilo pět cca dvouhodinových společných schůzek a elektronickou formou proběhlo několik vyhodnocovacích kroků (modifikovaná Delphi metoda). Některé nástroje (dotazník a průvodní dopis, podrobněji viz níže) byly před vytvořením finální verze pilotovány mezi pozůstalými klientů hospiců (13 respondentů) a mezi hospicovými zaměstnanci v přímé péči (10 respondentů). Pilot probíhal formou individuálního rozhovoru technikou „think-aloud“ (Trenor et al., 2011). Ve druhé pilotní fázi probíhala v zapojených organizacích implementace metodiky spojená se sběrem dat, vyhodnocením pilotu a úpravou metodiky. V poslední fázi došlo k zapojení dalších 4 hospiců.

2.2 Design metodiky pro měření a hodnocení kvality hospicové péče

Při tvorbě metodiky byly kromě zahraniční praxe (americký HQRP, belgický Q-PAC nebo australský PCOC) (Žáčková & Loučka, 2022) reflektovány různé aspekty péče (symptomová / zdravotní, sociálně-psychologická, spirituální atd.) a rovněž nepodkročitelné minimum potřebné k dosažení kvalitní hospicové péče definované ve standardech paliativní péče (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP & Fórum mobilních hospiců, 2019; ČSPM JEP, 2013; Radbruch & Payne, 2009, 2010).

Cílem bylo vytvoření nástroje pro komplexní hodnocení kvality poskytované paliativní péče, který bude na úrovni organizace (hospice) sloužit k dalšímu rozvoji služeb, efektivnímu nastavení procesů a také pro komunikaci s veřejností, pojišťovny a veřejnou správou. Záměrem bylo, aby jednotná metodika kromě toho umožnila na úrovni celku souhrnnou analýzu dat, která bude moci být využívána jako důležitý zdroj dat pro advokacii paliativní a hospicové péče a případně pro zdravotněpolitické plánování a vyjednávání na systémové úrovni.

Metodika má 3 komponenty, které se administrují na straně poskytovatelů (ho-

spiců), ke zpracování dat následně dochází na straně CPP.

- Dotazník zpětné vazby od pozůstalých má jak papírovou, tak online podobu. Rozesílání dotazníku, informačního dopisu a ofrankované zpáteční obálky (nebo jeho online podoby), a tedy i výběr respondentů (pozůstalých) a rozhodování o osobě, které se dotazník posílá, probíhá na straně hospiců. Aby zůstala zachována anonymita, tak respondenti zasílají vyplněné dotazníky na adresu CPP, nikoli do hospice. Dotazníky jsou pozůstalým pečujícím rozesílány 6 měsíců po úmrtí klienta. Jedná se o individuální hodnocení a reflexi poskytnuté péče a služeb.
- Pacientské formuláře se využívají pro sběr individuálních indikátorů. Určená osoba v hospici vyplní po úmrtí pacienta cca 20 položek ve formuláři (papírová podoba). Jedná se o anonymizované údaje. Vyplněné formuláře se posílají do CPP. Data vychází z dokumentace hospice o průběhu individuální péče. Zaznamenává se např. délka péče, PPS (Palliative Performance Scale), ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) nebo zda proběhla konzultace (psychologická, duchovní atd.).
- Pololetně kumulativní elektronický formulář, do kterého se vyplňují celková data za hospic (cca 40 indikátorů) a který se odesílá do CPP. Zaznamenává se např. počet lékářů, sester a dalších zaměstnanců, formy úvazků, počet lůžek, počet návštěv v domácnosti, počet přijatých pacientů, počet zemřelých pacientů, celkový počet ošetřovacích dnů atd.

Formuláře poskytují tzv. tvrdá data o hospici a jeho zemřelých klientech a společně s daty z dotazníků zpětné vazby pro pozůstalé umožňují triangulaci dat a jejich plnohodnotnou interpretaci (vzhledem ke kontextu dané organizace, struktuře pacientů apod.) V CPP se průběžně zpracovávají a analyzují data z dotazníků a obou typů formulářů, přičemž jednou za 12 měsíců vzniká individuální detailní zpráva určená pro konkrétní organizaci. Hlavním cílem zprávy je srovnání dané organizace vůči celku hospicové péče a zdůraznění konkrétních silných a slabých míst.

3. Vyhodnocení implementace metodiky měření kvality hospicové péče pomocí RE-AIM

3.1. Metoda

Implementace metodiky byla pilotována po dobu 18 měsíců ve 4 hospicích poskytujících lůžkovou (2x) a/nebo domácí paliativní péči (4x). Hodnocení procesu

probíhalo podle rámce RE-AIM ukotveném v pragmatickém východisku (Glasgow et al., 2019; Glasgow & Estabrooks, 2018). Byly využity jak kvalitativní, tak kvantitativní výzkumné metody a analýzy, přičemž se pracovalo s různými zdroji dat. Jak již bylo zmíněno, RE-AIM je komplexní a poměrně univerzální rámec, který má v praxi široké využití (Kwan et al., 2019). Byl vybrán právě proto, že se jedná o vysoce komplexní rámec a že při hodnocení implementace vyvažuje faktory související s interní a externí validitou, zároveň pracuje s výsledky na úrovni pacientů a organizací. V tomto případě RE-AIM hodnotí na úrovni pacientů, do jaké míry využití metodiky kvality hospicové péče zasahuje cílovou skupinu pacientů (tj. disponujících hospicovou péčí). Na úrovni organizace RE-AIM zjišťuje reprezentativitu hospiců, které metodiku pilotovaly, a důvody, které je k tomu vedly. Dále RE-AIM vyhodnocuje míru věrnosti k implementačnímu postupu a dlouhodobou udržitelnost metodiky v rámci zúčastněných organizací.

3.2. Data

Kvalitativní data vycházela z několika zdrojů. Jednak byly realizovány polostrukturované hloubkové rozhovory s řediteli a/nebo zaměstnanci zaangažovaných hospiců, kteří se podíleli na distribuci dotazníků a na sběru kumulativních či pacientských dat (n=10). Rozhovory probíhaly ke konci pilotní fáze, a to proto, aby aktéři měli již dostatečnou zkušenost se zaváděním metodiky v jejich organizacích a zároveň proto, aby bylo možné tuto fázi z větší části vyhodnotit a získané výsledky uplatnit pro úpravu nástrojů metodiky ještě před vstupem do poslední fáze. Do tematické analýzy kvalitativních dat byla rovněž zahrnuta online setkání se zástupci poskytovatelů. Setkání probíhala během implementace (n=6/4/8) a sloužila jako zpětná vazba, výměna zkušeností a plánování dalších kroků. K interpretaci kvalitativních dat byly dále využity vlastní terénní poznámky autorky sbírané během celého projektu.

Kvantitativní data čerpala na jedné straně z datových výstupů samotné metodiky. Ty zahrnují jak kumulativní data (2x za rok), tak individuální data za zemřelé pacienty v období září 2020 až září 2021 (n=971) a rovněž zpětnou vazbu od pozůstalých (pozůstalí za zemřelé pacienty v období duben 2020 až duben 2022 (n= 539)⁷. Z dalších kvantifikovatelných zdrojů byla využita například data poskytnutá ÚZIS.

3.3 Výsledky implementace podle RE-AIM

Výsledky jsou prezentovány po jednotlivých dimenzích RE-AIM a v těchto dimenzích jsou dále děleny podle toho, zda byly sledované na individuální nebo systémové

úrovni. V každé dimenzi je zároveň uvedeno i její vyhodnocení.

3.3.1 Dosah metodiky na individuální úrovni, tj. na úrovni pacientů lůžkových hospiců (dále též LH) a domácích hospiců (dále též DH), jsme stanovili jako podíl pacientů z celku všech pacientů, kteří by ve výsledku mohli profitovat z implementace metodiky hodnocení kvality hospicové péče. Profit spočívá v tom, že na základě výstupů metodiky může v organizaci spíše dojít ke zlepšení kvality poskytované péče nebo zlepšení procesů souvisejících s péčí. Celek (jmenovatel) je tedy tvořen všemi pacienty, kteří v daném období zemřeli v lůžkové nebo domácí hospicové péči. Oficiální data, žel, dostupná nejsou, máme k dispozici pouze interní data za rok 2021 (od ÚZIS a Fóra mobilních hospiců). Celkový odhadovaný počet hospicových pacientů je 9 362, přitom v hospicích, kde probíhala implementace metodiky, zemřelo za období září 2020 až září 2021 celkem 971 pacientů. Dosah implementace metodiky z hlediska pacientů je tedy odhadován cca na 10 %. Z hlediska celku se jedná spíše o nízkou míru *dosahu*.

Dosah metodiky na individuální úrovni, tj. na úrovni pozůstalých, lze vyhodnotit na základě celkové response rate dotazníků zpětné vazby od pozůstalých. Ta dosahovala 58 %, což lze považovat za poměrně vysokou návratnost. Je tedy možné shrnout, že mezi pozůstalými klientů LH a DH převažuje ochota participovat na hodnocení poskytované hospicové a paliativní péče a že zpětnovazební dotazník (jako jeden z nástrojů metodiky) oslovuje většinu cílové skupiny pozůstalých.

3.3.2 Účelnost na individuální úrovni, tj. na úrovni zařízení/organizací, sleduje, zda implementace a výstupy metodiky plní v praxi svůj zamýšlený účel. Vyhodnocení účelnosti je primárně postaveno na kvalitativních datech. Na úrovni kvantitativních dat bude možné účelnost metodiky posoudit, teprve až budou k dispozici data za delší časové období, která umožní sledování vývoje kvality poskytovaných služeb v čase. Případně změny na úrovni organizace by se v datech měly projevit.

Z rozhovorů s aktéry vyplývá, že již samotná implementace metodiky pomohla organizacím v přenastavení některých procesů. Slovy jednoho z nich od počátku vedla „k jinému vnímání čísel a statistiky“. Jednalo se o i) změny ve vnitřní dokumentaci (například způsob zpracování dat za nepřijaté klienty, kteří měli vyplněnou žádost, ale nakonec se do péče DH nedostali); ii) zaznamenávání a využívání emailové adresy pro komunikaci s blízkými a pečujícími; iii) změny v dokumentaci pacientů (sjednocení záznamu např. u symptomové škály ESAS, nebo zavedení nových záznamů např. o proběhlé psy-

chologické podpoře pacientů nebo pozůstalých) a ve výsledku i o iv) rozšíření možností pro navázání komunikaci s pozůstalými, jelikož právě zaslání dotazníku lze využít jako další cestu pro komunikaci s pozůstalými a případně i nabídnutí podpory v truchlení.

Ve dvou organizacích byly výsledky shrnuté v individuální závěrečné zprávě označeny za nezbytný podklad pro identifikaci oblastí pro zlepšení a rozvoj služeb a rovněž pro strategické plánování. Analýza dat poskytla možnost sebereflexe organizace a oporu pro případné změny (např. zjištění, že kratší péče významně nesouvisí s mírou spokojenosti pozůstalých s poskytnutou hospicovou péčí, což se dále promítlo na úrovni strategického plánování). Jinde však byla individuální závěrečná zpráva vnímána jako příliš detailní, hůře srozumitelná a těžko využitelná v praxi. Z tohoto pohledu se ukázalo, že osobní prezentace a interpretace výsledků samotným zpracovatelem (tj. CPP) přímo v hospici významně zvyšuje pozitivní přijetí, srozumitelnost i využitelnost závěrečné zprávy.

Jako nezamýšlený pozitivní důsledek implementace metodiky se ukázala možnost neformálního propojení organizací, jejich zástupců, skrze online schůzky. Někteří aktéři si tato setkání velmi chválili z hlediska možnosti sdílení zkušeností (a to nejen ohledně implementace metodiky).

Účelnost metodiky na systémové úrovni se vztahuje k advokacii paliativní a hospicové péče a případně ke zdravotněpolitickému plánování na systémové úrovni. V prvním případě byly v nedávné minulosti využity výsledky analýzy dat z pilotní souhrnné zprávy v rámci mediální diskuse o paliativní a hospicové péči. Jednalo se o reakci na článek publikovaný dne 25. 3. 2023 v idnes.cz „Umří do měsíce, jinak nezaplatíme. Hospice bojují s pojišťovnami“, kde byla uvedena nepodložená a velmi zavádějící tvrzení o fungování hospiců. Jako reakce byl 9. 4. 2023 publikován článek na zpravodajském serveru Seznam Zprávy „Zabíjení pacientů? Nesmysl, říkají hospice. Peníze jim však chybí“, který tato tvrzení za využití některých výsledků pilotní souhrnné analýzy dat vyvracel.

Účelnost metodiky je snižována omezeními, která jsou generována dobrovolnou účastí organizací, což je nyní premisa diseminace metodiky. Její zavádění nemá být nařizováno shora, ale má být spojeno hlavně s ochotou hospice se zapojit. Tento přístup napomáhá kvalitě získaných dat. Na druhou stranu se zvyšuje riziko proměnlivosti datového souboru. Pokud se totiž organizace rozhodne od metodiky odstoupit, nikdo jí v tom nemůže zabránit. Rovněž hrozí, že při zapojení malého počtu hospiců budou data pokrývat jen

omezenou část celku hospicové péče, a tím se sníží jejich vypovídací hodnota. V případě získaných dat z pilotáže metodiky se právě tato interpretační omezení na celkovém datovém souboru projevila tak, že v souboru významně převažovala data z jednoho hospice (data nebylo možné převážít, neboť chybí informace o struktuře základního souboru). Naopak nárazové zapojení většího množství organizací zase klade předem těžko odhadnutelné větší finanční a personální nároky na technické zajištění sběru a analýzy dat na straně CPP.

3.3.3 Dimenze přijetí na systémové úrovni se vyhodnocuje z hlediska reprezentativity hospiců, které metodiku zavedly, vzhledem k celkovému počtu a struktuře hospiců v ČR, odděleně pro LH a DH. Z kvalitativních dat lze zjistit motivace, proč hospice do projektu vstoupily, ale i obavy, které zpočátku měly. Vzhledem k tomu, že všechny organizace vstoupily do projektu dobrovolně, vypovídají výsledky pouze o motivovaných organizacích.

Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky bylo v roce 2019 v ČR 18 lůžkových hospiců, jejichž kapacita činila 491 lůžek (ÚZIS, 2020). Služby mobilních hospiců v ČR v roce 2021 poskytovalo 41 členských či přidružených organizací Fóra mobilních hospiců a 20 domácích hospiců z řad Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (FMH, 2022; APHPP, 2022). Po vyloučení duplicit se dohromady jedná o 56 domácích hospiců. Zastoupení LH, které metodiku implementovaly, dosahuje tedy 11 %, z hlediska lůžkové kapacity se jedná o 10 % z celku. Zastoupení DH, které metodiku implementovaly, pak dosahuje 7 %, z hlediska kapacity by měl podíl zřejmě vyšší, jelikož se v metodice angažoval jeden z největších DH, nicméně oficiální údaje o celkové kapacitě všech DH neexistují. Z hlediska reprezentativity připadají v našem případě na jeden LH dva DH, v celku ČR to jsou na jeden LH tři DH. Zapojené DH jsou poměrně heterogenní skupinou, z hlediska velikosti (malé/velké), typu (přidružené k LH/samostatné) i regionálního zastoupení. To také více méně kopíruje různorodost pokrytí domácí hospicové péče v ČR. V případě LH nedisponujeme dostatečnými údaji o základní struktuře, reprezentativitu tedy není možné vyhodnotit. To zároveň svědčí o potřebnosti systémových dat, která by plošně využívaná metodika mohla poskytnout.

Motivace pro vstup do pilotního projektu implementace metodiky se týkaly i) potřeby disponovat ověřeným a standardizovaným nástrojem zpětné vazby od pozůstalých a dát tímto způsobem příležitost pozůstalým pro vyjádření nespokojenosti; ii) příležitosti dále posouvat rozvoj paliativní

péče, „být u projektu od začátku“; iii) vize přesahu získaných dat pro systémové uchopení kvality paliativní péče a iv) možnosti disponovat důvěryhodnými informacemi, které zajistí objektivní pohled na poskytované služby a jejich kvalitu a umožní monitoring kvality péče se záměrem dále se zlepšovat a rozvíjet.

Na druhé straně byly samotnými aktéry zmiňovány i obavy či bariéry nejen pro vstup do pilotního projektu, ale i pro zavádění metodiky obecně. Obavy se zejména týkaly příliš velkých časových nároků na zaměstnance, kteří administrují sběr dat, a to nejen zpočátku implementace, dále nepochopení důvodů pro sběr dat a přínosů metodiky ostatními nezaangažovanými zaměstnanci a nakonec byly zmíněny i obavy z nedostatečné podpory ze strany CPP (nebo obecně externího dodavatele) při implementaci metodiky.

Na individuální úrovni se přijetí metodiky sledovalo u zaměstnanců, kteří v jednotlivých hospicích administrují sběr dat (tj. aktérů). Počet i pracovní pozice těchto zaměstnanců byly značně různorodé, v rámci jednoho hospice se mohl v metodice angažovat jeden nebo až tři zaměstnanci. Jednalo se o ředitele/ředitelky, sociální pracovnice/pracovníky, ale i o vrchní sestry. Kvalitativní data svědčí o převládající ochotě aktérů se na sběru a administraci dat aktivně podílet. Odmítavý postoj nebo jeho náznaky se koncentrovaly do negativního vnímání dotazníku pro pozůstalé, který je podle některých aktérů příliš dlouhý a může vyvolávat nepříjemné emoce u pozůstalých. Doslova jim může „jitřit rány“. Tato domněnka se vyskytla v LH a souvisí zřejmě se zkušeností, že někteří pozůstalí trpí pocitem viny, protože selhali při zajištění domácí péče pro svého umírajícího blízkého, který byl v závěru života přeložen do lůžkového hospice. Nicméně získaná data ani doložené reakce pozůstalých na dotazník tuto domněnku nepotvrzují.

3.3.4 Dimenze implementace sleduje míru dodržení postupu při zavádění metodiky na úrovni organizací. Dodržení a naplnění jednotlivých kroků implementace komplikovala pandemie covidu-19. Pro vyhodnocení bylo stanoveno apriorní kritérium, že každý krok musel být absolvován více než polovinou zúčastněných hospiců nebo všech klíčových zaměstnanců. Což bylo splněno ve 3 ze 4 sledovaných parametrů. Úvodní informativní prezentace, na které byli přítomni klíčoví pracovníci a v případě zájmu i další zaměstnanci, proběhla ve všech organizacích (100 %). Individuální schůzka zaměstnance CPP a klíčového pracovníka, na které se předávaly detailní informace o administraci dat, proběhla celkově u 60 % klíčových zaměstnanců, včetně nejvyššího managementu. Průměrná účast klíčových zaměstnanců na třech

online setkání činila 60 %. Závěrečná prezentace výsledků však proběhla pouze ve dvou organizacích (50 %).

Soulad s postupnými kroky při zavádění metodiky lze vyhodnotit i z hlediska dodržování termínů vyplňování a odevzdávání individuálních formulářů za zemřelé pacienty a kumulativních ukazatelů nebo z hlediska dodržování termínu pro rozesílání zpětnovazebních dotazníků. Pro pacientské formuláře se původní doporučení vyplnit formulář 14 dnů po úmrtí pacienta ukázalo jako v praxi nepoužitelné. Hospice byly v postupu vysoce heterogenní, jiným způsobem přistupovaly k vyplňování LH i DH. Ale i uvnitř těchto skupin se přístup k vyplňování formulářů u klíčových zaměstnanců lišil. Sami zaměstnanci si vyplňování přizpůsobili svým pracovním postupům a časovým možnostem (někdo vyplňoval hned po úmrtí za každého pacienta, jiný až za všechny zemřelé pacienty za měsíc). Výrazná nekonzistence ve vyplněných údajích byla identifikována u dvou termínových položek.

Termín rozesílání dotazníků pozůstalým, tj. 6 měsíců po úmrtí jejich blízkého, který byl v péči LH nebo DH, nebyl zpočátku dodržován všemi hospici, následně byl sjednocen a v naprosté většině případů také respektován. Výjimečně se na straně hospice vyskytl „výpadek“ v rozesílání, což bylo zpětně zjištěno podle počtu vrácených dotazníků za daný měsíc a následně napraveno. Jako nejproblematičtější se ukázalo dodržování termínu odevzdání v případě formuláře pro kumulativní data. Téměř pravidelně byl odevzdáván se zpožděním. Důvodem byl fakt, že tento formulář obvykle vyplňovaly osoby z nejvyššího nebo vyššího managementu, které bývají časově velmi zaneprázdněny. Ukázalo se, že implementace metodiky sběru dat v hospicovém prostředí vyžaduje určitou flexibilitu v termínech, která však může být i výhodou, protože na úrovni organizací umožňuje přizpůsobit sběr dat aktuálním podmínkám a na úrovni zaměstnance umožňuje přizpůsobení jeho individuálním pracovním podmínkám.

Uživatelská přívětivost formulářů je nezanedbatelným faktorem úspěšné implementace metodiky, protože umožňuje zaměstnancům efektivně sbírat data. Design a snadnost vyplňování formulářů se projevily jako silné stránky všech nástrojů metodiky. Doba věnovaná administraci dotazníků a vyplňování formulářů se po prvotní zácviu klíčových zaměstnanců ukázala jako akceptovatelná a pohybovala se mezi 0,5 až 2 hodinami měsíčně. Na druhou stranu je třeba administraci dotazníků a sběr dat zajistit interním zaměstnancem s přístupem k pacientské dokumentaci, protože není možné pro tento typ práce využít brigádníka.

Jako výhody externího koordinátora a dodavatele (tj. CPP) jsou na straně ho-

spiců shledávány: zachování anonymity u zpětnovazebních dotazníků (větší ochota pozůstalých sdílet i negativní zkušenost) a profesionalita při zpracování dat. Ale totéž může být i nevýhodou nebo dokonce rizikem, a to zvláště v situaci, kdy je skupina profesionálů pohybujících se v této oblasti poměrně úzká. Zpracovatel totiž získává přístup k pozitivním i negativním informacím, které se vztahují ke konkrétní organizaci, což může být vnímáno i tak, že „někdo zvenku vám vidí pod pokličku“.

3.3.5 Udržení na individuální úrovni, tj. na úrovni organizace, má v našem případě přesah i na systémovou úroveň. Pokud by totiž byla malá ochota na straně organizací metodiku využívat a podílet se na sběru dat, nebyla by ani využitelnost metodiky obhajitelná na systémové úrovni. V době vyhodnocování pilotu na podzim 2021 si jednoznačně chtěli metodiku udržet všechny zapojené hospice. V té době bylo zajištěno financování metodiky na další rok. Nicméně v dubnu 2022 jeden hospic sběr dat přesto ukončil s odůvodněním, že klíčoví zaměstnanci již nedisponovali dostatečným časem na sběr dat. V roce 2022, kdy bylo stále zajištěno financování projektu, se po úpravách metodiky na základě pilotu zapojily další 4 hospice. Dlouhodobé udržení metodiky je jednak podmíněno ochotou pokračovat (tj. spokojeností s metodikou i s jejími výstupy), ta na straně hospiců nechybí, a jednak finanční spoluúčastí hospiců, která by pokryla náklady externího dodavatele. V tuto chvíli probíhají jednání o tom, jak tuto spoluúčast nastavit a zapojit větší spektrum hospiců.

4. Diskuse a závěr

Dosah implementace pilotované metodiky se týkal přibližně 10 % pacientů z celku pacientů využívajících lůžkovou nebo domácí hospicovou péči. Podíl hospiců, které implementovaly metodiku, činil zhruba 11 % pro lůžkové hospice a 7 % pro domácí hospice. Vzhledem k tomu, že se jednalo o pilotní implementaci, lze tento podíl, i z hlediska dalších charakteristik, pokládat za dostatečně reprezentativní. Odezva na dotazníky zpětné vazby dosáhla 58 %, což lze naopak považovat za poměrně vysoký podíl zájmu v cílové skupině pozůstalých. Zavedení této metodiky hospicům pomohlo k celkově jinému vnímání čísel a statistik a k větším či menším změnám v interní dokumentaci, následně byly upraveny i některé procesy (např. záznam o průběhu konzultace psychologa s pacientem/s jeho blízkými). Přestože jednotlivé kroky implementace zajišťované ve spolupráci s CPP nebyly ve všech organizacích zcela dodrženy a také dodržování nastavených termínů pro sběr dat bylo mezi organizacemi velmi nevyrovnané, může to být ve výsledku i výhodou, protože

klíčoví zaměstnanci mají možnost administraci dat přizpůsobit své pracovní náplni a aktuálním podmínkám. Kvalita ani srovnatelnost získaných dat tímto nebyla ohrožena. Působení a fungování externího koordinátora a dodavatele (CPP) bylo vnímáno převážně pozitivně. Jako problematická se ukazuje využitelnost detailní závěrečné individuální zprávy, pokud nejsou výsledky obsažené ve zprávě osobně prezentovány a diskutovány s aktéry i s ostatními zaměstnanci hospice. Nad rámec individuální zpětné vazby organizací metodika umožňuje tvorbu souhrnných zpráv a analýz, které mohou najít využití na systémové úrovni při tvorbě politik v této oblasti. Rovněž je vhodná pro monitoring vývoje hospicové péče v ČR včetně porovnání domácí a lůžkové péče.

Metodika se udržela déle než půl roku ve třech ze čtyř hospiců, další čtyři se v závěrečné fázi následně zapojily, což svědčí o její smysluplnosti i pro její potenciální využití v budoucnu. V současné době probíhá diskuse s Fórem mobilních hospiců o možném systémovém nasazení metodiky u všech členských organizací nebo alespoň jejich větší části. Předpokládá se zapojení na dobrovolné bázi¹⁰. Nicméně problém spočívá nejen v ochotě hospiců metodiku využívat, ale i v zajištění jejího dalšího financování. Na druhou stranu hospice již dnes musí pravidelně sbírat a reportovat nejrůznější data jak pro zdravotní pojišťovny, tak pro kraje i v rámci organizace sociálních služeb. Metodika některé tyto údaje přebírá, jiné je naopak třeba doplnit, a ačkoliv se jedná o práci navíc, výsledek v podobě individuální zprávy přináší organizacím zpětnou vazbu, což výkazové nebo dotační reporty většinou nedokážou naplnit. Zároveň je důležité zdůraznit, že tato metodika, na rozdíl od pravidelných výkazových nebo dotačních reportů, neslouží ke kontrole organizací, ale je určena výhradně pro jejich vlastní potřeby.

Celkově lze na základě RE-AIM zhodnotit, že pilotní implementace metodiky měření kvality hospicové a paliativní péče byla poměrně úspěšná a metodika jako taková má potenciál na další rozšíření do praxe. Velký podíl na tomto pozitivním výsledku jistě mělo i zapojení uživatelů, kteří se na tvorbě metodiky od počátku podíleli, to je ale poměrně časově náročné a vyžaduje velkou vstupní motivaci uživatelů. Současný výsledek ukázal, že výstupy metodiky mohou pomoci zlepšovat jak kvalitu života pacientů v terminální fázi, tak celkovou kvalitu a efektivitu paliativní péče a poskytovaných služeb. Je však otázkou, zda se podaří metodiku uplatnit i na národní úrovni nebo alespoň u většiny poskytovatelů hospicové péče.

1 Více informací lze nalézt na webových stránkách <http://dissemination-implementation.org>, naposledy navštíveno 22. 5. 2023.

- Pojmy interní validita a externí validita pochází od Donalda Campbella. První znamená, že „příčina A v rámci určitého systému (programu) vyvolává důsledek B. Externí validita má naproti tomu obecnou platnost. Příčina A při splnění definovaných podmínek ve všech případech vyvolává důsledek B, a to nezávisle na prostředí, osobách a čase“ (Matoušek, 2007, s. 141).
- Český překlad jednotlivých dimenzí provedla autorka.
- Více ohledně tohoto rámce lze nalézt na <http://www.re-aim.org>
- Stručný popis projektu lze nalézt zde: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/systemove-hodnoceni-kvality-hospicove-pece>
- Přiznaná pozice autorky: Autorka zpočátku kumulovala pozici jak realizátorskou (jako interní zaměstnanec CPP se významně podílela na přípravě jednotlivých nástrojů a částečně i na jejich implementaci), tak i výzkumnickou. V průběhu pilotní fáze projektu se přesunula do role převážně výzkumnické. Cílem jejího doktorandského výzkumu je vyhodnocení jak přípravné fáze, tak implementace nástrojů a jejich diseminace.
- Z hlediska etických aspektů spadá tento projekt pod tzv. výzkum zlepšování kvality, který se zaměřuje na zlepšování kvality a účinnosti v rámci poskytování zdravotní péče a sociálních služeb, kdy nemusí být vzhledem k předmětu výzkumu explicitní písemný souhlas vyžadován (Asch et al., 2020; Miller & Emanuel, 2008; Naughton et al., 2020). V tomto případě je předmětem výzkumu implementace standardních postupů, změny v procesech a protokolech a s tím související reflexe zkušeností pozůstalých s péčí poskytnutou jejich blízkému. Pozůstalé pečující osoby vyplňují dotazník zpětné vazby, který je zcela anonymní, přičemž o jeho rozesílání jsou danou organizací předem informováni. Pacientská data jsou sbírána interními zaměstnanci hospiců až po úmrtí pacienta, jsou od počátku anonymizována a nelze je nijak spojovat s daty od pozůstalých.
- iDnes.cz, 25. 3. 2023, https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/hospice-cesko-pomoc-pece.A230324_184539_domaci_bur. Tento článek byl po vlně negativních reakcí z řad mnoha institucí přejmenován na „Třicet dnů nestačí. Hospice řeší s pojišťovnami důstojné dožití.“
- Seznam.cz, 9. 4. 2023, <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/fakta-zabijeni-pacientu-nesmysl-rikaji-hospice-penize-jim-vsak-chybi-229079>
- Tato metodika nemá sloužit jako centrálně koordinovaný kontrolní mechanismus. Primárně je určena pro vlastní reflexi organizace, ostatní systémy evaluace pouze doplňuje (např. systém inspekce kvality sociálních služeb) a umožňuje organizacím a případně i dalším stranám možnost triangulace dat. Nevyplyvá z ní ale žádná povinnost nebo riziko, což umocňuje implementační potenciál (obecné výhody a nevýhody dobrovolné účasti rovněž viz Žáčková & Loučka, 2022).

Zdroje

- Antikainen, I., & Ellis, R. (2011). A RE-AIM Evaluation of Theory-Based Physical Activity Interventions. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 33(2), 198-214. <https://doi.org/10.1123/jsep.33.2.198>
- Asch, D. A., Joffe, S., Bierer, B. E., Greene, S. M., Lieu, T. A., Platt, J. E., Whicher, D., Ahmed, M., & Platt, R. (2020). Rethinking ethical oversight in the era of the learning health system. *Healthcare*, 8(4), 100462. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.hdisi.2020.100462>
- Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHP). (2021). Výroční zpráva 2021. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. [online] [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2022/10/VZ-2021-APHP.pdf>

- Battaglia, C., & Glasgow, R. E. (2018). Pragmatic dissemination and implementation research models, methods and measures and their relevance for nursing research. *Nursing outlook*, 66(5), 430-445. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2018.06.007>
- Brownson, R. C., Colditz, G. A., & Proctor, E. K. (Eds.). (2017). *Dissemination and implementation research in health: Translating science to practice*, 2nd edition. New York, Oxford Academic, online edition. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190683214.001.0001>
- Byhoff, E., De Marchis, E. H., Hessler, D., Fichtenberg, C., Adler, N., Cohen, A. J., Doran, K. M., Ettinger de Cuba, S., Fleegler, E. W., Gavin, N., Huebschmann, A. G., Lindau, S. T., Tung, E. L., Raven, M., Jepson, S., Johnson, W., Olson, A. L., Sandel, M., Sheward, R. S., & Gottlieb, L. M. (2019). Part II: A Qualitative Study of Social Risk Screening Acceptability in Patients and Caregivers. *American Journal of Preventive Medicine*, 57(6 Suppl 1), 38-46. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.07.016>
- Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP & Fórum mobilních hospiců, I. (2019). Standardy mobilní specializované paliativní péče. [online] [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/2018_standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final_0.pdf
- ČSPM JEP, I. (2013). Standardy paliativní péče 2013. [online] [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/1188579-Standardy-paliativni-pece.html>
- D'Lima, D., Soukup, T., & Hull, L. (2022). Evaluating the Application of the RE-AIM Planning and Evaluation Framework: An Updated Systematic Review and Exploration of Pragmatic Application. *Frontiers in Public Health*, 9(January). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.755738>
- Davis, R., Campbell, R., Hildon, Z., Hobbs, L., & Michie, S. (2015). Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychology Review*, 9(3), 323-344. <https://doi.org/10.1080/17437199.2014.941722>
- De Marchis, E. H., Hessler, D., Fichtenberg, C., Adler, N., Byhoff, E., Cohen, A. J., Doran, K. M., Ettinger de Cuba, S., Fleegler, E. W., Lewis, C. C., Lindau, S. T., Tung, E. L., Huebschmann, A. G., Prather, A. A., Raven, M., Gavin, N., Jepson, S., Johnson, W., Ochoa, E., ... Gottlieb, L. M. (2019). Part I: A Quantitative Study of Social Risk Screening Acceptability in Patients and Caregivers. *American Journal of Preventive Medicine*, 57(6, Supplement 1), 25-37. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.07.010>
- Dunton, G. F., Liao, Y., Grana, R., Lagloire, R., Riggs, N., Chou, C.-P., & Robertson, T. (2014). State-wide dissemination of a school-based nutrition education programme: a RE-AIM (Reach, Efficacy, Adoption, Implementation, Maintenance) analysis. *Public Health Nutrition*, 17(2), 422-430. <https://doi.org/DOL:10.1017/S13688980012005186>
- Forman, J., Heisler, M., Damschroder, L. J., Kaselitz, E., & Kerr, E. A. (2017). Development and application of the RE-AIM QuEST mixed methods framework for program evaluation. *Preventive Medicine Reports*, 6, 322-328. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.04.002>
- Fórum mobilních hospiců (FMH). (2022). Výroční zpráva 2021. Fórum mobilních hospiců [online] [cit. 2023-04-20]. Dostupné z: https://drive.google.com/file/d/1eWQ62lif_8UMDPbNAHdHrpj-klyff1Mo3/view
- Gaglio, B., Shoup, J. A., & Glasgow, R. E. (2013). The RE-AIM Framework: A Systematic Review of Use Over Time. *American Journal of Public Health*, 103(6), 38-46. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301299>
- Glasgow, R. E., & Estabrooks, P. E. (2018). Pragmatic applications of RE-AIM for health care initiatives in community and clinical settings. *Preventing Chronic*

- Disease, 15(1), 1–7. <https://doi.org/10.5888/pcd15.170271>
- Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., Ory, M. G., & Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review. In *Frontiers in Public Health* (Vol. 7, Issue MARCH). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064>
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322–1327. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322>
- Hendl, J., & Remr, J. (2017). *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1
- Holtrop, J. S., Estabrooks, P. A., Gaglio, B., Harden, S. M., Kessler, R. S., King, D. K., Kwan, B. M., Ory, M. G., Rabin, B. A., Shelton, R. C., & Glasgow, R. E. (2021). Understanding and applying the RE-AIM framework: Clarifications and resources. *Journal of Clinical and Translational Science*, 5(1). <https://doi.org/10.1017/cts.2021.789>
- Holtrop, J. S., Potworowski, G., Green, L. A., & Fetters, M. (2016). Analysis of Novel Care Management Programs in Primary Care: An Example of Mixed Methods in Health Services Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 13(1), 85–112. <https://doi.org/10.1177/1558689816668689>
- Holtrop, J. S., Rabin, B. A., & Glasgow, R. E. (2018). Qualitative approaches to use of the RE-AIM framework: Rationale and methods. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2938-8>
- Hull, L., Goulding, L., Khadjesari, Z., Davis, R., Healey, A., Bakolis, I., & Shvedalis, N. (2019). Designing high-quality implementation research: Development, application, feasibility and preliminary evaluation of the implementation science research development (ImpRes) tool and guide. *Implementation Science*, 14(1), 1–20. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0897-z>
- Jauregui, E., Pacheco, A. M., Soltero, E. G., O'Connor, T. M., Castro, C. M., Estabrooks, P. A., McNeill, L. H., & Lee, R. E. (2015). Using the RE-AIM framework to evaluate physical activity public health programs in México. *BMC Public Health*, 15, 162. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1474-2>
- Klop, H. T., de Veer, A. J. E., Gootjes, J. R. G., Groot, M., Rietjens, J. A. C., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2022). Implementation of a threefold intervention to improve palliative care for persons experiencing homelessness: a process evaluation using the RE-AIM framework. *BMC Palliative Care*, 21(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01083-3>
- Kwan, B. M., McGinnes, H. L., Ory, M. G., Estabrooks, P. A., Waxmonsky, J. A., & Glasgow, R. E. (2019). RE-AIM in the Real World: Use of the RE-AIM Framework for Program Planning and Evaluation in Clinical and Community Settings. *Frontiers in Public Health*, 7(November), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00345>
- Leeman, J., Birken, S. A., Powell, B. J., Rohweder, C., & Shea, C. M. (2017). Beyond „implementation strategies“: Classifying the full range of strategies used in implementation science and practice. *Implementation Science*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0657-x>
- Matoušek, O. (2007). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- Maxwell, A. E., Jo, A. M., Chin, S.-Y., Lee, K.-S., & Bastani, R. (2008). Impact of a print intervention to increase annual mammography screening among Korean American women enrolled in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. *Cancer Detection and Prevention*, 32(3), 229–235. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cdp.2008.04.003>
- Miller, F. G., & Emanuel, E. J. (2008). *Quality-Improvement Research and Informed Consent*. *New England Journal of Medicine*, 358(8), 765–767. <https://doi.org/10.1056/NEJMp0800136>
- Naughton, C., Meehan, E., Lehane, E., Landers, C., Flaherty, S. J., Lane, A., Landers, M., Kilty, C., Saab, M., Goodwin, J., Walshe, N., Wills, T., McCarthy, V., Murphy, S., McCarthy, J., Cummins, H., Madden, D., & Hegarty, J. (2020). Ethical frameworks for quality improvement activities: An analysis of international practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(8), 558–566. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa092>
- National Cancer Institute. (2016). *Cancer Moonshot Blue Ribbon Panel Report 2016*. [online] [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: <https://www.cancer.gov/research/key-initiatives/moonshot-cancer-initiative/blue-ribbon-panel/blue-ribbon-panel-report-2016.pdf>
- National Institute for Health Research. (2010). *Involving users in the research process*. Kings College. [online] [cit. 2023-01-23]. Dostupné z: https://www.acprc.org.uk/Data/Resource_Downloads/a_how_to_guide_for_researchers.pdf
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- Oosterveld-Vlug, M., Onwuteaka-Philipsen, B., Ten Koppel, M., Van Hout, H., Smets, T., Pivodic, L., Tanghe, M., Van Den Noortgate, N., Hockley, J., Payne, S., Moore, D. C., Kijowska, V., Szczerbińska, K., Kylänen, M., Leppäaho, S., Mercuri, C., Rossi, P., Mercuri, M., Gambassi, G., Pasman, H. R. (2019). Evaluating the implementation of the PACE Steps to Success Programme in long-term care facilities in seven countries according to the RE-AIM framework. *Implementation Science*, 14(1), 1–20. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0953-8>
- Owen, J.M. (2006). *Program Evaluation: Forms and approaches* (3rd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003116875>
- Proctor, E. (2014). *Dissemination and Implementation Research*. *Encyclopedia of Social Work*. [online] [cit. 2023-04-12]. Dostupné z: <https://oxfordre.com/socialwork/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-900>
- Public Health Agency of Canada. (2015). *Age-Friendly Communities Evaluation Guide*. Using Indicators to Measure Progress. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/seniors-aines/alt-formats/pdf/indicators-indicateurs-v2-eng.pdf%0A> Accessed 30-08-2019
- Radbruch, L., & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278–289.
- Radbruch, L., & Payne, S. (2010). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 2. *European Journal of Palliative Care*, 17(1), pp 22–33.
- Rukundo, A., Fox, S., Timmons, S., O'Connor, N., Guerin, S., Kernohan, G., Drennan, J., & Murohy, A. (2022). 75 Evaluating dementia palliative care services across Ireland and the UK using the RE-AIM framework. *Age and Ageing*, 51(Supplement_3), afac218.060. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac218.060>
- Scullion, P. A. (2002). Effective dissemination strategies. *Nurse Researcher*, 10(1), 65–77. <https://doi.org/10.7748/nr2002.10.1.65.c5880>
- Skolarus, T. A., Lehmann, T., Tabak, R. G., Harris, J., Lecy, J., & Sales, A. E. (2017). Assessing citation networks for dissemination and implementation research frameworks. *Implementation Science*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0628-2>
- Smutek, M. (2014). *Evaluace sociálních programů*. Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové. ISBN 978-80-7435-473-1. [online] [cit. 2023-03-22] Dostupné z: https://www.uhk.cz/file/eedee/filozoficka-fakulta/studium/smutek_-_evaluace_sociálních_programu.pdf
- Straus, S.E., Tetroe, J. & Graham, I.D. (Ed.) (2013). *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice* (2nd ed.). Wiley. BMJ Books. ISBN: 978-1-118-41354-8
- Tabak, R. G., Khoong, E. C., Chambers, D. A., & Brownson, R. C. (2012). Bridging research and practice: models for dissemination and implementation research. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(3), 337–350. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.05.024>
- Toobert, D. J., Glasgow, R. E., Strycker, L. A., Barreira, M. J., & King, D. K. (2012). Adapting and RE-AIMing a heart disease prevention program for older women with diabetes. *Translational Behavioral Medicine*, 2(2), 180–187. <https://doi.org/10.1007/s13142-012-0118-7>
- Trenor, J. M., Miller, M. K., & Gipson, K. G. (2011). Utilization of a think-aloud protocol to cognitively validate a survey instrument identifying social capital resources of engineering undergraduates. Paper Presented at 2011 ASEE Annual Conference & Exposition, 15. <https://doi.org/10.18260/1-2--18492>
- Trivedi, P., & Wykes, T. (2002). From passive subjects to equal partners: Qualitative review of user involvement in research. *British Journal of Psychiatry*, 181(DEC.), 468–472. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.6.468>
- ÚZIS. (2020). *Zdravotnická ročenka České republiky 2019*. ÚZIS. Praha. [online] [cit. 2023-01-22] Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008381/zdrroccz2019.pdf>
- Weiner, B. J., Lewis, C. C. & Sherr, K. (Ed.). (2022). *Moving Evidence Into Action* (1st ed.). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826186935>
- Wholey, J. S., Hatry, H. P., & Newcomer, K. E. (2010). *Handbook of Practical Program Evaluation* (3rd ed.). Jossey-Bass. ISBN: 978-0-470-52247-9
- Žáčková, L. & Loučka, M. (2022). Systémové hodnocení kvality péče a služeb: inspirace z oblasti paliativní péče. *FÓRUM sociální politiky*, 16(5), 2–9.

Mgr. et Mgr. Lucie Žáčková (l.zackova@paliativnicentrum.cz) je studentkou doktorandského programu Sociální práce na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy (Faculty of Humanities, Charles University), Pátkova 2137/5, 182 00 Praha 8, Česká republika. Zaměřuje se zejména na vnímání umírání, metody evaluace a měření kvality paliativní a hospicové péče.

PhDr. Martin Loučka, PhD. (m.loucka@paliativnicentrum.cz) je ředitelem Centra paliativní péče, z. ú. (Center for Palliative Care), Dykova 1165/15, 101 00 Praha, Česká republika. Rovněž působí jako odborný asistent na oddělení lékařské psychologie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Zaměřuje se především na paliativní péči, psychoonkologii a komunikaci.

Příloha

Tabulka 1 Vývoj reportingu a vyhodnocování jednotlivých dimenzí RE-AIM

Dimenze	Historický pohled	Aktuální otázky a výsledky
Dosah (Reach)	Reporting demografických ukazatelů - Srovnání mezi účastníky v různých výzkumných podmínkách a mezi účastníky, kteří setrvali v intervenci, a těmi, kteří nebyli sledováni - Není známo, do jaké míry účastníci intervence reprezentovali cílovou skupinu	Popis cílové skupiny (včetně nejlepšího odhadu jmenovatele) - Srovnání vzorku s celkem potenciální cílové skupiny (reprezentativita) - Použití více faktorů k co nejlepšímu výpočtu podílu oslovených respondentů - Někdy jsou využívány kvalitativní metody k pochopení „proč a jak“
Účelnost (Effectiveness)	Reportované subjektivní nebo objektivní výsledky měření vztahující se k primárnímu výsledku intervence (např. změna stravování, skoncování s kouřením, fyzická aktivita nebo přítomnost biomarkeru jako např. hemoglobin A1c) - Výhradní zaměření na průměrný celkový účinek a často na jeden jediný výsledek	Stále jsou vykazovány jen primární výsledky - Některé studie měří také kvalitu života (QOL) a nezaměřené důsledky - Větší důraz je kladen na výsledky v rámci podskupin pacientů/klientů
Přijetí (Adoption)	Omezené nebo žádné informace o reprezentativitě zaměstnanců a zařízeních, která se intervence účastní. - Reportují se informace pouze o těch zařízeních a zaměstnancích, kteří se účastní	Objevuje se více studií uvádějících úroveň pro míru „přijetí“ v rámci zařízení/organizace - Je málo studií uvádějících reprezentativitu na úrovni zařízení/organizací - Málo informací o „přijetí“ z hlediska různých úrovní - Poněkud větší využití kvalitativních metod
Implementace (Implementation)	Omezené nebo žádné informace o čase, nákladech a zdrojích potřebných k realizaci všech složek intervence na dostatečně dobré úrovni a v přijatelné době. - Uvádí se pouze věrnost, nikdy ne změny a úpravy	Věnuje se zvýšená pozornost strategiím vedoucím ke zlepšení procesů implementace - Zlepšení standardizovaných ukazatelů pro zachycení věrnosti implementace. - Velká pozornost se v poslední době věnuje změnám a úpravám - Omezené propojení kvality implementace s úpravami a s vlivem na další RE-AIM výsledky
Udržení (Maintenance)	Dlouhodobé výsledky jsou zřídka reportovány - Pro RE-AIM bylo náhodně zvoleno 6 měsíců po intervenci jako výchozí hodnota - Stále přetrvává problematika relapsů po odstoupení z intervence a jak k nim přistupovat - Některé předchozí výzkumy: Neznámé dopady na systémové úrovni za rámec doby studie.	Omezené informace o výsledcích po intervenci (pokud již intervence neprobíhá) - Vysoká ztrátovost od okamžiku ukončení programu a v průběhu dalších 6 měsíců sledování, pokud není udržovaný kontakt s klienty/pacienty/zařízeními - Zlepšení se týká spolupráce s koncovými uživateli intervence vedoucí k lepšímu přispůsobení intervence a její udržitelnosti - Poměr zařízení, která stále poskytují intervenci, zůstává nejčastěji hlášenou metrikou v této dimenzi

Zdroj: Upraveno podle Glasgowa (Glasgow et al., 2019) a Holtropa (Holtrop et al., 2021).

Směrování do budoucna	Vyjasnění reportingu	Příklady
<p>Využití strategií pro zvětšení „dosahu“ například ty, které zlepšují přístup, informovanost a vhodnost intervence vzhledem k potřebám cílové skupiny.</p> <p>- Větší zaměření na rekruční strategie, aby přímo vycházely z aplikace rovného přístupu ke zdraví</p>	<p>Uvádí se jak procento osob, které se intervence účastní, vztažené k platnému jmenovateli, tak jejich charakteristiky, ve srovnání s osobami, které se intervence neúčastní. Je doporučeno, uvádět kritéria pro vyloučení a používat kvalitativní metody k pochopení „dosahu“ a/nebo rekrutace</p>	<p>DeMarchis a kol. zkoumala screening sociálních rizik u pacientů a rodičů na pediatrických klinikách. „Dosah“ kvantitativně měřil procento účastníků, kteří screening skutečně dokončili, a porovnával demografické a základní charakteristiky účastníků s neúčastníky (De Marchis et al., 2019). Při kvalitativním zkoumání byly v rozhovorech s účastníky screeningu, klinickými lékaři a personálem zkoumány motivy těch, kteří se zúčastnili i těch, kteří se neúčastnili (Byhoff et al., 2019)</p>
<p>Je třeba věnovat větší pozornost kvalitě života, nezamýšleným důsledkům a systémovým dopadům</p> <p>- Účastníkům, kteří čelí nezamýšleným důsledkům, je třeba poskytnout více informací o možných „dalších krocích“.</p>	<p>Uvádí se primární výsledek, dále výsledky měření dalších vstupujících okolností (např. kvalita života), ale i krátkodobý úbytek pacientů/klientů z intervence a rozdílné výsledky podle charakteristik pacientů. Pokud je to možné, měly by být uvedeny výsledky měření napříč různými podskupinami a využití kvalitativních metod k pochopení výsledků.</p>	<p>Jauregui a kol. hodnotili účinky programů veřejné zdravotní péče zaměřených na fyzickou aktivitu v Mexiku. Výsledky měření účinnosti jednotlivých programů zahrnovaly: hmotnost, BMI, obvod pasu a míru zapojení se do fyzické aktivity. Nezahrnovaly hodnocení dopadu napříč podskupinami. U 3 z 12 programů provedli kvalitativní hodnocení popisující účelnost (Jauregui et al., 2015).</p>
<p>Potřeba lépe porozumět kontextuálním faktorům souvisejícím s „přijetím“</p> <p>- Potřeba většího množství informací o různých zařízeních (např. organizační kultura a klima)</p> <p>- Potřeba vypracování příruček a nástrojů, které pomohou uživatelům i příjemcům intervence zlepšit „přijetí“ (a další RE-AIM výsledky)</p>	<p>Na úrovni zařízení (a často na vícero relevantních úrovních) se uvádí alespoň procento zařízení, která se zúčastnila, a charakteristiky těchto zařízení, ve srovnání s těmi, která se neúčastnila, případně další porovnatelné údaje.</p> <p>Na úrovni zaměstnanců se uvádí procento zaměstnanců, kteří byli vyzváni, aby se zúčastnili, a procento vyloučených zaměstnanců, rovněž charakteristiky zaměstnanců, kteří se účastnili ve srovnání s těmi, kteří se neúčastnili.</p>	<p>Úplná RE-AIM evaluace 10týdenního školního vzdělávacího programu o výživě pro žáky třetích tříd. Zapojilo se 39 % ze všech třetích tříd ve veřejných školách v cílovém státě. Informace o reprezentativitě škol, které se programu zúčastnily nebo neúčastnily, nejsou k dispozici (Dunton et al., 2014).</p> <p>- Tištěné materiály přizpůsobené Američanům korejského původu: „přijetí“ bylo sekundárním výsledkem. Kvalitativní výsledky zahrnovaly také to, že tištěné materiály byly snadno použitelné a že toto přispělo k jejich „přijetí“ (Maxwell et al., 2008).</p>
<p>Potřeba většího rozšíření protokolů pro záznam a hodnocení implementace</p> <p>- Využití více metod pro hodnocení implementace a jejich změn nebo úprav</p> <p>- Víceúrovňové a věcné vyhodnocení nákladů a kombinování nákladů na implementaci s podílem účastníků, kteří z intervence profitují</p> <p>- Lepší pochopení důvodů pro změny a úpravy a vysokou/nízkou úroveň implementace</p> <p>- Rychlé, opakované použití RE-AIM hodnocení k usměrnění úprav a změn</p>	<p>Nesledovat pouze věrnost, ale i úpravy a nutné náklady. Zpráva o konzistenci a dodržování postupů při provádění intervence, konzistence postupů při provádění intervence v různých zařízeních a/nebo mezi zaměstnanci, úpravy provedené v rámci intervence a v průběhu implementace a náklady na intervenci (např. čas, peníze). Zvláště důležité je reportovat typ, načasování a důvody, proč došlo k úpravám nebo změnám.</p>	<p>Holtrop a kol. hodnotili implementaci manažerů péče v primární péči, přičemž reportovali věrnost implementace k základním složkám (např. vícenásobné schůzky v průběhu času, používání motivačních rozhovorů) a procesům implementace (např. školení týmy, evidenční systém pro poskytovatele). Rovněž byly uvedeny úpravy (např. modifikace elektronického záznamu dat o zdravotním stavu, variabilita školení manažerů péče) a náklady na realizaci programu (Holtrop et al., 2019)</p>
<p>Často je nutná průběžná intervence, aby se udržel účinek</p> <p>- Potřebnost strategie pro prevenci relapsu v rámci rozsáhlých intervencí</p> <p>- Potřeba pragmatických opatření a nastavení systémové úrovně k zajištění sběru relevantních dat i po „výzkumné“ fázi</p> <p>- Potřeba většího porozumění dynamickým, složitým, faktorům na více úrovních souvisejících s udržením</p>	<p>Na úrovni zařízení se reportuje, zda je program/intervence stále aktivní v různých obdobích po skončení financování výzkumu, jaké adaptace byly na programu/intervenci provedeny po ukončení studie a jak se program shoduje s cíli dané organizace. Na individuální úrovni se reportuje hlavní výsledek v různých časových bodech po posledním intervenčním zásahu. Nedávné aplikace doporučují cca 2 roky v závislosti na dalších kontextuálních faktorech, širších zdravotních výsledcích, dlouhodobém úbytku klientů a heterogenitě účinku intervence.</p>	<p>Toobert a kol. hodnotili udržení programu prevence srdečních onemocnění u starších žen s cukrovkou na individuální úrovni a na úrovni zařízení. Údaje na úrovni zařízení zahrnovaly, zda zařízení mohlo udržet program v průběhu času bez dalších investic a vedení. Zkoumány byly také způsoby využití pro posílení dlouhodobého zlepšování účastnic, jako jsou následný kontakt, komunitní zdroje, vzájemná podpora a průběžná zpětná vazba. Na individuální úrovni se hodnotila schopnost účastnic udržet si změny v chování z hlediska vícero rizikových faktorů po 6–12 měsících a poté znovu po 24 měsících (Toobert et al., 2012).</p>