

Tesis doctoral

Departament de Medicina

**Barreres i facilitadors de la comunicació
i la col·laboració entre el metge
d'atenció primària i
el farmacèutic comunitari**

Anna Maria Jové Massó

Directors

Dr. Carlos Martín Cantera i Dra. Maria Rubio Valera

Barreres i facilitadors de la comunicació i la col·laboració entre el metge
d'atenció primària i el farmacèutic comunitari

Tesi doctoral

Anna Maria Jové Massó

Directors: Dr. Carlos Martín Cantera i Dra. Maria Rubio Valera

Programa de doctorat en Medicina

Departament de Medicina

Facultat de Medicina

Universitat Autònoma de Barcelona

Barcelona, juny de 2014

A tots els professionals de l'atenció primària, que amb la seva feina anònima i incondicional treballen pel benestar dels pacients.

Als joves, perquè no es cansin de lluitar pel seu futur.

AGRAÏMENTS

En primer lloc moltes gràcies als professionals que han col·laborat desinteressadament en deixar-se entrevistar sense limitacions, ells són els veritables actors d'aquesta tesi.

Gràcies al doctor Carlos Martín per haver confiat en mi, pel seu temps i pels seus consells.

Gràcies a la doctora Maria Rubio. Sense ella hauria esta impossible dur a terme aquesta tesi. Moltes gràcies per introduir-me en aquest tema, pel temps que m'ha dedicat, per la seva inesgotable paciència i pel que he après d'ella en molts aspectes tant professionals com personals. A la doctora Ana Fernández de qui també he après molt i a qui sento propera encara que sigui tan lluny. Em sento afortunada d'haver-vos conegut i d'haver treballat i compartit tants bons moments amb vosaltres.

Gràcies també al doctor Antoni Serrano, que m'ha acollit i m'ha tractat des del primer dia com una més del seu equip.

Gràcies a la Mercè per la correcció lingüística i per un servei editorial molt apreciat.

A la meua família per la seva comprensió i per les hores que m'han regalat.

AJUTS DE L'ESTUDI

Estudi finançat per la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària amb el X Ajut per a la Recerca de la CAMFiC 2009.

Aquest projecte ha rebut un Ajut dels Mòduls de Recerca de l'Àmbit d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut de Barcelona: Ajut XB 2010 de la convocatòria de l'any 2010.

Índex de continguts

RESUM.....	13
ABSTRACT.....	15
Llista d'abreviacions.....	17
1 INTRODUCCIÓ.....	19
1.1 Atenció primària de salut.....	21
1.1.1 Definició i funcions de l'atenció primària de salut.....	21
1.1.2 Organització i gestió de l'atenció primària de salut a l'Estat espanyol.....	22
1.1.3 La gestió pública i privada de l'atenció primària de salut.....	23
1.1.4 Què uneix l'atenció primària de salut i la farmàcia comunitària?.....	24
1.2 Atenció farmacèutica.....	25
1.2.1 La farmàcia comunitària.....	25
1.2.2 Funcions de l'atenció farmacèutica.....	26
1.2.3 Els problemes relacionats amb els medicaments i els resultats negatius associats amb la medicació.....	30
1.2.4 Eficàcia de l'atenció farmacèutica.....	33
1.2.5 Factors que influeixen en la provisió de l'atenció farmacèutica.....	34
1.3 Col·laboració en els serveis de salut.....	37
1.3.1 Definició de col·laboració en els serveis de salut.....	37
1.3.2 Models de col·laboració en els serveis de salut.....	38
1.3.3 Factors que afecten la col·laboració en els serveis de salut.....	43
1.3.4 Utilitat de la col·laboració en els serveis de salut.....	45
1.4 Col·laboració entre els metges d'atenció primària (MAP) i els farmacèutics comunitaris (FC).....	46
1.4.1 Impacte de la col·laboració.....	46
1.4.2 Promoció de la col·laboració.....	48
1.4.3 Estat actual de la col·laboració.....	49
1.4.4 Models de col·laboració MAP-FC.....	50
1.4.4.1 Model de col·laboració MAP-FC de McDonough i Doucette.....	50
1.4.4.2 Model de col·laboració MAP-FC de Bradley, Ashcroft i Noyce.....	53

1.4.5 Factors que afecten la col·laboració MAP-FC.....	55
1.4.5.1 Estudis quantitius sobre els factors que afecten la col·laboració MAP-FC.....	55
1.4.5.2 Estudis qualitius sobre els factors que afecten la col·laboració MAP-FC.....	56
1.4.6 Percepció de la utilitat de la col·laboració entre MAP i FC.....	69
1.4.6.1 Estudis quantitius sobre el factor percepció de la utilitat de la col·laboració entre MAP i FC.....	70
1.4.6.2 Estudis qualitius sobre el factor percepció de la utilitat de la col·laboració entre MAP i FC.....	71
1.5 Justificació de l'estudi.....	72
2 OBJECTIUS.....	75
3 METODOLOGIA.....	79
3.1 Marc teòric.....	81
3.2 Selecció de participants.....	81
3.2.1 Mostreig.....	81
3.2.2 Procediment de contacte.....	82
3.3 Mida de la mostra.....	83
3.4 Recollida de la informació.....	84
3.5 Anàlisi de les dades.....	85
3.6 Ètica de l'estudi.....	86
4 RESULTATS.....	87
4.1 Factors que afecten la col·laboració entre MAP i FC (objectiu principal).....	91
4.1.1 Factors que afecten abans de col·laborar.....	92
4.1.1.1 Percepció d'utilitat.....	93
4.1.1.2 Interès del director de l'equip d'atenció primària (EAP).....	94
4.1.1.3 Actitud dels professionals.....	95
4.1.1.4 Condicions geogràfiques i legislatives.....	102
4.1.2 Factors que afecten durant la col·laboració	106
4.1.2.1 Assoliment dels objectius.....	107
4.1.2.2 Canvis en la direcció de l'EAP.....	112
4.2 Percepció d'utilitat de la col·laboració entre MAP i FC (objectiu emergent).....	113

4.2.1	Percepció negativa de la utilitat de la col·laboració.....	113
4.2.2	Percepció neutra de la utilitat de la col·laboració.....	114
4.2.3	Percepció positiva de la utilitat de la col·laboració.....	114
4.2.3.1	Percepció positiva de la utilitat de la col·laboració a nivell del Sistema Sanitari.....	115
4.2.3.2	Percepció positiva de la utilitat de la col·laboració a nivell dels professionals.....	120
4.2.3.3	Percepció positiva de la utilitat de la col·laboració a nivell dels pacients	122
4.3	Diferències en el discurs entre els MAP i els FC, entre Comunitats Autònomes i entre els professionals amb i sense experiència en col·laboració (objectiu secundari).....	123
5	DISCUSSIÓ.....	125
5.1	Fortaleses i limitacions.....	127
5.1.1	Fortaleses.....	127
5.1.2	Limitacions.....	127
5.2	Resultats més rellevants i comparació amb d'altres estudis.....	129
5.2.1	Percepció d'utilitat.....	130
5.2.2	Opinió recíproca.....	134
5.2.3	Factors que canvien les opinions negatives.....	136
5.2.4	Assoliment dels objectius.....	139
5.2.5	Factors que influeixen en l'assoliment dels objectius.....	140
5.2.6	Altres factors rellevants de la col·laboració.....	142
5.3	Estratègies per a la col·laboració entre MAP i FC.....	145
5.3.1	Estratègies per a iniciar la col·laboració.....	145
5.3.2	Estratègies per a mantenir la col·laboració.....	146
5.3.3	Altres estratègies.....	146
6	CONCLUSIONS.....	147
	REFERÈNCIES.....	153
	ANNEX I: Protocol de treball per a les entrevistes individuals semiestructurades a metges d'atenció primària i a farmacèutics comunitaris.....	i
	ANNEX II: Publicacions derivades d'aquest estudi.....	xi

Índex de taules

Taula 1: Exemples de resultats negatius associats a la medicació (RNM) com a conseqüència de problemes relacionats amb els medicaments (PRM).....	32
Taula 2a: Característiques dels cinc articles qualitatius més rellevants sobre els factors que afecten la col·laboració MAP-FC.....	64
Taula 2b: Resum dels factors que afecten la col·laboració MAP-FC dels cinc articles qualitatius més rellevants.....	65
Taula 3: Segments per a les entrevistes individuals semiestructurades.....	84
Taula 4: Característiques dels professionals entrevistats i durada de les entrevistes.....	90

Índex de figures

Figura 1: Esquema de les activitats assistencials del farmacèutic.....	28
Figura 2: Esquema conceptual de les formes jeràrquiques d'integració.....	41
Figura 3: Relacions entre la diferenciació, la fragmentació i la necessitat d'integració.....	42
Figura 4: Etapes de la formació d'equips multidisciplinaris.....	43
Figura 5: Gestió de la col·laboració entre organitzacions.....	44
Figura 6: Etapes del desenvolupament de la col·laboració entre el farmacèutic comunitari i el metge d'atenció primària.....	52
Figura 7: Model conceptual de la col·laboració entre el metge d'atenció primària i el farmacèutic comunitari.....	54
Figura 8: Factors que afecten la col·laboració entre els metges d'atenció primària i els farmacèutics comunitaris abans que aquesta s'iniciï.....	92
Figura 9: Factors que afecten la col·laboració entre els metges d'atenció primària i els farmacèutics comunitaris quan aquesta ja s'ha iniciat (durant la col·laboració).....	106

RESUM

Introducció: La coordinació entre els professionals de l'àmbit de l'atenció primària de salut és clau per a l'atenció de qualitat i eficient. Segons l'OMS, en aquest nivell els farmacèutics han de col·laborar amb els metges.

Els metges d'atenció primària i els farmacèutics de la comunitat són professionals que sovint comparteixen els mateixos pacients amb els mateixos objectius.

Múltiples estudis demostren una millora en els resultats de salut quan col·laboren. I també revelen que la manca de comunicació afecta la seguretat del pacient, i causa problemes evitables de salut. Tanmateix encara no és una pràctica habitual en el nostre entorn. Alguns estudis qualitius previs assenyalen diversos factors que l'afavoreixen o la dificulten, però no són extrapolables al nostre context per les diferències existents.

Objectius: L'objectiu principal és identificar i analitzar, des de la perspectiva dels mateixos professionals, els factors que afecten la comunicació i la col·laboració entre els metges d'atenció primària i els farmacèutics comunitaris al territori de l'Estat espanyol. Els objectius secundaris són explorar les diferències entre els col·lectius de professionals, entre Comunitats Autònomes i entre els professionals amb i sense experiència en col·laboració, així com avaluar la percepció d'utilitat de la col·laboració.

Metodologia. S'ha dut a terme un estudi qualitatiu multicèntric exploratori-descriptiu amb entrevistes semiestructurades individuals a una mostra de metges d'atenció primària i farmacèutics comunitaris amb i sense experiència de col·laboració entre ells de dues Comunitats Autònomes: Catalunya i les Illes Balears.

Resultats: Es van fer un total de 37 entrevistes a 19 farmacèutics i 18 metges.

Els factors que afecten la col·laboració depenen del moment en que aquesta es trobi. Els factors que afecten l'inici de la col·laboració quan encara no n'hi ha s'han agrupat en quatre factors clau: la percepció d'utilitat, l'interès del director de l'equip d'atenció primària, l'actitud dels professionals així com les condicions geogràfiques i legislatives. Quan la col·laboració ja s'ha establert amb èxit, s'han agrupat en dos factors clau que n'afecten la continuïtat: l'assoliment dels objectius i els canvis en la direcció del centre d'atenció primària.

Els factors relacionats amb les actituds han estat els més rellevants per tots els

professionals. Els que han experimentat la col·laboració aporten més riquesa de dades sobre facilitadors. En canvi, els que no l'han experimentada o els que han intentat establir-la sense èxit, proporcionen més informació sobre les barreres que la dificulten.

No s'han observat diferències destacables entre els diferents segments estratificats. La diferència observada entre Comunitats Autònomes és deguda als diferents tipus de gestió dels equips d'atenció primària.

Els metges d'atenció primària i els farmacèutics de la comunitat expressen opinions similars respecte la majoria dels components dels factors clau amb algunes diferències en cada col·lectiu, com en el conflicte d'interessos, que és específic per a cadascun.

Tots els participants han opinat que col·laborar produeix efectes positius: per al Sistema Sanitari, els professionals i els pacients. D'opinions negatives respecte la utilitat de col·laborar, només se n'ha detectat en professionals sense experiència en col·laboració.

Conclusions: Aquest estudi contribueix a conèixer i comprendre per què no hi ha col·laboració entre metges d'atenció primària i farmacèutics comunitaris en cas que sigui així. Quan col·laboren, permet identificar les àrees de millora i els factors que influeixen en que es perpetuï. També permet desenvolupar diverses estratègies i intervencions per promoure-la.

En estudis futurs seria interessant avaluar les estratègies i intervencions proposades perquè la col·laboració es dugui a terme amb èxit, així com l'impacte de la col·laboració en relació amb la intensitat en què aquesta es produeix.

ABSTRACT

Introduction: Coordination among primary health care professionals plays a key role in providing high-quality and effective primary health care. The WHO strongly recommends that pharmacists and general practitioners collaborate at this level.

Both community pharmacists and general practitioners are professionals who often share the same patients and objectives.

A number of studies have shown that collaboration between these professionals leads to improved results in community health. Findings also indicate that a lack of communication between them affects the patient's security and causes avoidable health problems. However, collaborating is still not common practice in the Spanish health system. Some previously conducted qualitative studies show that there are several factors which favour or hinder collaboration, but because of existing differences they are not applicable to Spain.

Objectives: The main objective of this study is to identify and analyse the primary and secondary factors affecting communication and collaboration between community pharmacists and practitioners in Spain from their perspective. The secondary objectives are to explore the differences between professional collectives, between Autonomous Communities and between professionals with and without experience in collaboration, and to evaluate how useful this collaboration is perceived to be.

Methods: This study is based on qualitative exploratory-descriptive and semi-structured multicentre face-to-face interviews conducted with primary health practitioners and community pharmacists – both with and without experience in collaborating – based on two Autonomous Communities: Catalonia and the Balearic Islands.

Findings: A total of 37 interviews with 19 pharmacists and 18 practitioners were conducted.

The factors affecting collaboration depend on the collaboration phase. Four key factors with an impact on the initiation of collaboration were identified: perceived usefulness, interest of the head of the primary health care team, the professionals' attitude, and

geographical as well as legal conditions. Once successfully set up, the continuity of a collaboration appears to depend on two factors: the fulfilment of objectives and changes in the management of the primary health care centre.

Attitude-related factors were the most relevant for professionals. Those with a background in collaboration provided more data and information about facilitators. In turn, those without experience provided more information about barriers and difficulties.

No significant differences between the stratified segments were observed. The differences between Autonomous Communities are due to divergent management approaches within the primary health care teams.

Primary health practitioners and community pharmacists expressed similar opinions regarding the majority of these key factors with some differences specific to each professional collective, e.g. regarding conflicts of interest which are specific to each professional group.

All participants of both professions agreed that collaborating has positive effects on the health care system, the patients and the professionals themselves. Negative opinions have only been found in professionals without experience in collaboration.

Conclusions: This study is a contribution to exploring and understanding the lack of collaboration between primary health practitioners and community pharmacists. It also helps to identify potential room for improvement and factors affecting the continuity of existing collaborations. Finally, it provides a basis for developing strategies and measures in order to promote collaboration.

Future studies should evaluate the proposed measures and strategies for a successful collaboration as well as the impact it creates in relation to the intensity with which it is carried out.

Llista d'abreviacions

ABS: àrea bàsica de salut

AP: atenció primària

CAP: centre d'atenció primària

DPO: direcció per objectius

EAD: efectes adversos als medicaments

EAP: equip d'atenció primària

EBA: entitat de base associativa

FC: farmacèutic comunitari

MAP: metge d'atenció primària

PAMEM: Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal

PRM: problemes relacionats amb els medicaments

RNM: resultats negatius associats amb la medicació

SPD: Servei o Sistema Personalitzat de Dosificació

1 INTRODUCCIÓ

1 INTRODUCCIÓ

1.1 Atenció primària de salut

1.1.1 Definició i funcions de l'atenció primària de salut

Diversos organismes internacionals han definit l'atenció primària de salut -atenció primària- (AP) com el primer punt o nivell de contacte dels individus, de la família i de la comunitat amb el sistema nacional de salut, és a dir, el primer nivell d'accés de la població a l'assistència sanitària (1,2). “Els serveis facilitats per l'atenció primària de salut poden variar d'un país a un altre i d'una comunitat a una altra” i “al voltant hi ha els altres nivells del sistema, les activitats dels quals convergeixen per a donar suport i permetre facilitar una assistència bàsica continuada” (1).

Constitueix, doncs, el primer punt de contacte de la població amb el Sistema Sanitari (3) essent “l'assistència sanitària essencial accessible a tots els individus i famílies de la comunitat” (4), apropant el màxim possible l'atenció de salut al lloc de residència i de treball de les persones, és el primer element d'un procés permanent d'assistència sanitària així com el centre o nucli del sistema de salut del país (1). Aquesta atenció s'ha de fer a través de mitjans acceptables i amb la plena participació de la població, el seu cost ha de ser assequible per a la comunitat i per al país i té valor com a part del desenvolupament socioeconòmic (4).

Els metges* d'atenció primària (MAP) duen a terme les funcions en aquest nivell, on hi desenvolupen la Medicina General o Medicina de Família, que és una disciplina acadèmica i científica i una especialitat clínica orientada a l'atenció primària en col·laboració amb altres professionals d'aquest àmbit. Aquesta coordinació i col·laboració és clau per l'atenció de qualitat al pacient i per fer un ús eficient dels recursos d'atenció de salut (3).

* En aquest treball es fa un ús genèric del masculí, que inclou tant els homes com les dones.

1.1.2 Organització i gestió de l'atenció primària de salut a l'Estat espanyol

El 1986, la Llei General de Sanitat (5) estableix a Espanya un Sistema Nacional de Salut amb 17 serveis sanitaris autonòmics. Els principis fonamentals del sistema són la cobertura universal, el finançament públic a través d'impostos, la integració de les xarxes de serveis de salut, la descentralització política cap a uns serveis sanitaris autonòmics i un nou model d'atenció primària que compta amb equips multidisciplinaris ubicats en centres de salut (6). El territori s'organitza dividit per Comunitats Autònomes i les dues Ciutats Autònomes al nord d'Àfrica, on les àrees bàsiques de salut són les unitats més petites de l'estructura organitzativa de l'atenció sanitària (7–9).

Les àrees de salut (que reben diferents denominacions depenent de cada Comunitat Autònoma com p. ex. direcció de sector o gerència entre altres) són àrees geogràfiques amb estructures de gestió que agrupen un conjunt de centres sanitaris, de professionals d'atenció primària i d'atenció especialitzada. Dins de les àrees de salut, l'atenció primària es gestiona des de les àrees bàsiques de salut o zones bàsiques de salut (10).

Les àrees bàsiques de salut (ABS), zones bàsiques de salut o zones de salut són les peces bàsiques del servei de salut de les Comunitats Autònomes i s'organitzen de manera que sigui possible oferir-hi totes les prestacions pròpies del Sistema Sanitari (5,9). Poden variar, segons la Comunitat Autònoma, en la denominació, en l'extensió territorial i en la població compresa, i es distribueixen de forma desconcentrada en demarcacions territorials delimitades tenint en compte diversos factors (geogràfics, socioeconòmics, demogràfics, laborals, epidemiològics, culturals, climatològics i de dotació de vies i mitjans de comunicació) responent a la idea de proximitat dels serveis als usuaris i de gestió descentralitzada i participativa (5). A les ABS, unitats territorials elementals d'organització de l'atenció primària, hi ha els centres de salut o centres d'atenció primària (CAP). Aquests centres formen l'estructura física i funcional on hi treballen els equips multidisciplinaris de professionals de la salut o equips d'atenció primària (EAP) (2,9) (metges de família, pediatres, infermeres i treballadors socials, alguns poden incloure fisioterapeutes i odontòlegs), que duen a terme les activitats sanitàries necessàries per a la cura individual del pacient (diagnòstic, tractament i seguiment de malalties agudes o cròniques) i les relacionades amb les activitats d'educació i prevenció (7). En els CAP, i també en consultoris locals rurals com a “annexes” que depenen d'ells, es presten els serveis d'atenció primària amb grans variacions entre els centres rurals i els urbans, els CAP tenen una població assignada

d'una zona geogràfica delimitada i els professionals que hi treballen desenvolupen unes activitats comunes (11,12).

El director de l'EAP sol ser un metge d'atenció primària de l'equip sanitari que combina el treball clínic amb la gestió del centre. Té una funció de representació oficial i administra els recursos humans i financers assignats al centre.

La xarxa d'atenció primària és pública i la majoria dels treballadors són professionals assalariats del sector públic. Hi ha Comunitats Autònomes amb algunes excepcions de proveïdors privats que són contractats per prestar atenció primària de salut amb diferents fórmules, com per exemple Catalunya (13,14).

Existeix un sistema d'incentius als MAP, majoritàriament financers, relacionat amb el compliment d'uns objectius fixats pel sistema de salut (9,15) com, per exemple, la prescripció de medicaments d'eficàcia provada, entre altres. Aquest sistema d'incentius es coneix com Direcció per Objectius (DPO).

1.1.3 La gestió pública i privada de l'atenció primària de salut

Mentre que en algunes Comunitats Autònomes, com les Illes Balears, la gestió és totalment pública, en d'altres, com Catalunya, coexisteixen diferents tipus de gestions, algunes totalment públiques i d'altres mixtes (8). La major part de l'atenció primària a Catalunya és de gestió pública, però a partir de la Llei 15/1990 d'Ordenació Sanitària de Catalunya se separen clarament les funcions d'assegurador públic (finançament, compra i planificació) de les de proveïdor de serveis sanitaris. Mitjançant aquesta llei es regula l'accés a la provisió de serveis de tots els agents sanitaris, públics i privats (16).

El Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, mitjançant el Servei Català de la Salut (CatSalut), va impulsar un nou model de gestió en el qual els metges i els infermers adquireixen la condició jurídica d'entitat proveïdora de serveis i en la Llei 11/1995 de Modificació Parcial de la LOSC aprovada pel Parlament de Catalunya el dia 29 de setembre de 1995 el model conegut com a "Autogestió" pren cos legal. Arran d'això van néixer a Catalunya les entitats de base associativa (EBA), empreses de professionals sanitaris integrades en el Sistema Públic de Salut per prestar els serveis d'atenció primària a la població de referència. Aquestes societats es van crear a partir d'un contracte amb el Servei Català de la Salut i actuen sota la seva supervisió. La capacitat gestora es mesura mitjançant uns indicadors assistencials, de coordinació i d'eficiència. El model promou la implicació, la

motivació i el desenvolupament professionals. L'autogestió dona un important marge organitzatiu amb molta agilitat en la presa de decisions, amb un ventall de gestió ampli que comprèn tots els àmbits de l'empresa (incloent la prescripció farmacèutica) (13).

Hi ha d'altres ens públics que es regeixen per altres models de gestió. Les diferents administracions públiques poden delegar l'exercici de les competències que tinguin atribuïdes a altres òrgans de la mateixa administració, encara que no siguin jeràrquicament dependents, o a les entitats de dret públic vinculades o que en depenguin (17). Així doncs, l'Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal (PAMEM) (ens públic participat per l'Ajuntament de Barcelona i la Generalitat de Catalunya) gestiona els serveis d'atenció sanitària de l'atenció primària en l'àmbit territorial de diverses ABS a Barcelona des de l'any 2002, delegat pel Servei Català de la Salut. L'abast de la delegació inclou la gestió de l'activitat d'atenció primària integral de la salut (18). El PAMEM es un organisme autònom adscrit al Consorci Sanitari de Barcelona des de 1991 que té com a una de les seves finalitats específiques la prestació de serveis d'atenció primària de salut de determinats col·lectius de la població (14).

Així doncs, la xarxa d'atenció primària de provisió alternativa a l'Institut Català de la Salut està constituïda per entitats proveïdores de titularitat diversa, hi ha EAP gestionats per entitats públiques, per consorcis públics o per societats privades (8).

1.1.4 Què uneix l'atenció primària de salut i la farmàcia comunitària?

A l'oficina de farmàcia comunitària el farmacèutic presta, entre altres, serveis sanitaris bàsics a la població relacionats amb la teràpia amb medicaments (19). Tant l'atenció primària de salut com les farmàcies comunitàries atenen la població ambulatoria i són recursos del primer nivell d'accés als serveis sanitaris. L'actuació dels professionals que hi desenvolupen les seves funcions està lligada en tant que tots dos grups són professionals sanitaris i sovint comparteixen els mateixos pacients i els mateixos objectius.

Actualment la recepta electrònica també vincula prescripcions del MAP amb els farmacèutics comunitaris (FC) i actua com un canal de comunicació entre ells (20). La Llei General de Sanitat (5) en l'article 64 especifica que el centre de salut albergarà l'estructura física de consultes i serveis assistencials personals que corresponen a la població on està ubicat i a més facilitarà el treball en equip dels professionals sanitaris

de la zona. Com a personal sanitari, el farmacèutic comunitari forma part d'aquest equip.

Malgrat que l'atenció primària de salut, on els MAP desenvolupen les activitats d'atenció a la població, és el primer nivell d'accés dels ciutadans a la assistència sanitària, la farmàcia és percebuda pels usuaris com un recurs d'atenció primària proper, accessible (millors horaris) i de confiança (21). En certes ocasions, els pacients utilitzen les farmàcies per al tractaments de problemes de salut abans o en comptes d'anar al MAP perquè creuen en el rol del FC i pensen que els aconsellarà i derivarà, si és necessari, a un altre nivell assistencial (21,22).

Atès que els individus utilitzen tant l'atenció primària com la farmàcia comunitària com a primers recursos per a ser atesos quan volen fer una consulta o tenen algun problema relacionat amb la salut, es pot considerar que serveis que s'ofereixen a la farmàcia són també serveis de salut englobats dins de l'atenció primària.

1.2 Atenció farmacèutica

1.2.1 La farmàcia comunitària

L'oficina de farmàcia o farmàcia comunitària és un establiment sanitari privat d'interès públic en el qual, actuant de forma coordinada a nivell d'àrea bàsica de salut amb l'equip d'atenció primària, es duen a terme diverses funcions, com el control de la utilització dels medicaments per tal de detectar les reaccions adverses; la col·laboració amb l'Administració Sanitària per garantir la qualitat de l'atenció sanitària en general i en la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia, la educació sanitària; i la formació i informació sobre el medicament dirigides a la resta de professionals sanitaris (23,24).

A les oficines de farmàcia, sota la responsabilitat d'un farmacèutic, s'assegurarà la conservació correcta, la distribució, la custòdia i la dispensació dels medicaments, possibilitant-ne l'ús racional i garantint una assistència farmacèutica adequada a la població (7,25,26).

A diferència d'altres països, on les oficines de farmàcia poden ser propietat d'una cadena de farmàcies o d'un empresari no farmacèutic, a Espanya una condició per a obtenir la titularitat d'una oficina de farmàcia és ser farmacèutic. El farmacèutic titular,

que podrà ser propietari d'una única farmàcia, és el responsable de garantir el servei als usuaris, però podrà rebre suport d'altres farmacèutics, els farmacèutics adjunts i substituïts, per tal de proporcionar una assistència professional adequada.

Una altra figura habitual en la farmàcia comunitària és la del tècnic de farmàcia o auxiliar farmacèutic. És un professional que té la titulació de Tècnic Auxiliar de Farmàcia, el Diploma d'Auxiliar de Farmàcia o bé que té experiència com a mínim d'un any en oficina de farmàcia. No obstant això, la presència i l'actuació professional d'un farmacèutic és condició i requisit inexcusable per la dispensació de medicaments. La col·laboració d'ajudants, auxiliars o tècnics no eximeix el farmacèutic de l'actuació ni n'exclou la responsabilitat professional (19).

Tot i el caràcter privat de les farmàcies, la medicació dispensada compta amb el finançament del sistema públic. En el moment de fer l'estudi, les persones pensionistes i els seus beneficiaris estaven exempts del copagament dels medicaments i les no pensionistes pagaven el 40% del preu de venda (l'altre 60% era facturat per les farmàcies a la Comunitat Autònoma on residia l'individu) (7).

De la mateixa manera que amb els centres d'atenció primària, tot i que la regulació farmacèutica és una responsabilitat exclusiva del govern central d'Espanya, les Comunitats Autònomes tenen la plena responsabilitat de la gestió en els seus sistemes de salut (7).

Aquest sistema de competències transferides a les Comunitats Autònomes a partir de les bases que fixa l'Estat genera diferències en la prestació que s'ofereix en els diferents territoris (6) i dona lloc a diferències en matèria de jornada i horaris, mòduls de poblacions mínims per oficina de farmàcia, titularitat i serveis. Estableixen també les funcions de les oficines de farmàcia incorporant noves activitats i potenciant les activitats d'atenció farmacèutica.

1.2.2 Funcions de l'atenció farmacèutica

Tradicionalment, les funcions del farmacèutic havien estat subministrar, preparar i avaluar els productes medicamentosos.

A causa de l'important desenvolupament de la indústria farmacèutica, la funció inicial de preparació de fórmules magistrals ha disminuït, ha alliberat part de la càrrega del farmacèutic per donar pas a una nova activitat orientada a l'atenció al pacient. La professió farmacèutica ha passat del simple agent de subministrament de productes cap al rol de proveïdora d'informació i de serveis de salut (27).

La Llei 16/1997, de 25 d'abril, de regulació de serveis de les Oficines de Farmàcia (19) defineix els serveis bàsics o les funcions clàssiques de les oficines de farmàcia en:

1. L'adquisició, custòdia, conservació i dispensació dels medicaments i productes sanitaris.
2. La vigilància, control i custòdia de les receptes mèdiques dispensades.
3. La garantia de l'atenció farmacèutica, a la seva zona farmacèutica, als nuclis de població en els quals no existeixin oficines de farmàcia.
4. L'elaboració de fórmules magistrals i preparats oficinals en els casos i amb els procediments i controls establerts.
5. La informació i el seguiment dels tractaments farmacològics als pacients.
6. La col·laboració en el control de l'ús individualitzat dels medicaments per tal de detectar les reaccions adverses que es puguin produir i notificar-les als organismes responsables de la farmacovigilància.
7. La col·laboració en els programes que promoguin les administracions sanitàries sobre la garantia de qualitat de l'assistència farmacèutica i de l'atenció sanitària en general, promoció i protecció de la salut, prevenció de la malaltia i educació sanitària.
8. La col·laboració amb l'administració sanitària en la formació i la informació dirigides a la resta de professionals sanitaris i als usuaris sobre l'ús racional dels medicaments i productes sanitaris.
9. L'actuació coordinada amb les estructures assistencials dels serveis de salut de les Comunitats Autònomes.
10. La col·laboració en la docència per a l'obtenció del títol de Llicenciat en Farmàcia, d'acord amb el previst a les directives de la Unió Europea, i a la normativa estatal i de les universitats per les quals s'hi estableixen els corresponents plans d'estudi

Hepler i Strand, l'any 1990, defineixen per primera vegada l'atenció farmacèutica com la provisió responsable del tractament farmacològic amb la finalitat d'aconseguir resultats concrets que millorin la qualitat de vida del pacient. Els resultats que es

persegueixen són: la curació de la malaltia, la prevenció, l'eliminació o la reducció de la simptomatologia i l'aturada o el retard del procés de la malaltia (28).

En el marc de l'atenció farmacèutica, els farmacèutics tenen una oportunitat única de cooperar amb el pacient i amb d'altres professionals en el disseny, la implementació i el monitoratge del pla terapèutic que aportarà resultats terapèutics al pacient. Això implica tres funcions importants: identificació, resolució i prevenció de problemes relacionats amb els medicaments (PRM) potencials i presents. L'atenció farmacèutica es presta per al benefici directe del pacient i, d'aquesta manera, el farmacèutic es responsabilitza directament de la qualitat de la seva atenció, contribueix de manera única als resultats de la teràpia amb medicaments i a la qualitat de vida dels seus pacients.

A Espanya el desenvolupament de l'atenció farmacèutica en el marc de la farmàcia comunitària comença a agafar força el desembre de 2001, quan el Ministeri de Sanitat i Consum espanyol presenta el Document de Consens sobre l'Atenció Farmacèutica (29). En aquest document es defineixen les funcions assistencials del farmacèutic amb un nou enfocament professional que implica més el farmacèutic. És el que es considera a partir d'aquest moment en el nostre àmbit "Atenció Farmacèutica". El document diferencia les activitats del farmacèutic orientades al medicament i aquelles orientades al pacient (veure Figura 1).

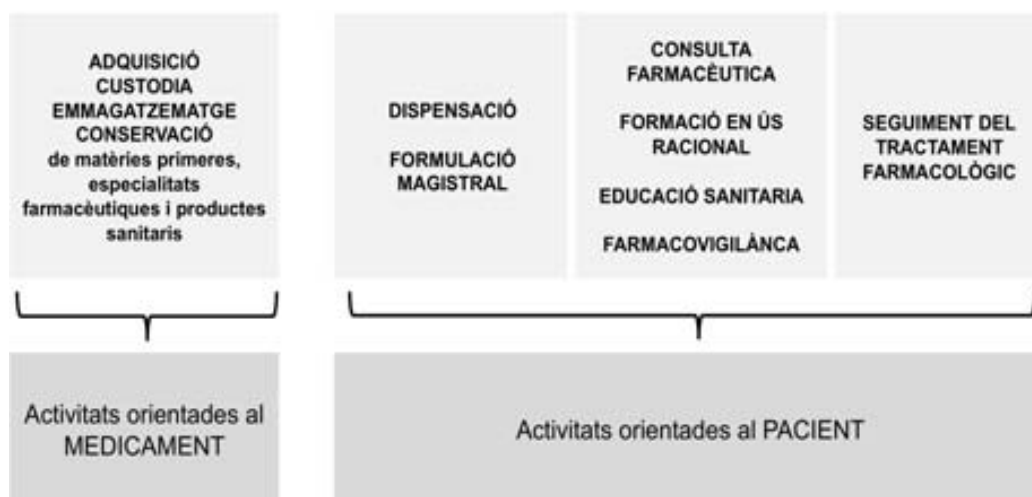


Figura 1: Esquema de les activitats assistencials del farmacèutic. Font: Ministeri de Sanitat i Consum, Document de Consens sobre l'Atenció Farmacèutica 2001

El nou enfocament professional amb més implicació del farmacèutic, basat en el registre i la documentació, requereix un canvi de les pautes d'actuació en la pràctica diària tant en les actituds, les aptituds, els mètodes i els mitjans, i incrementa la interacció amb el pacient.

Els organismes internacionals (2), i en el nostre context els nacionals i els autonòmics, impulsen la provisió de l'atenció farmacèutica, essent essencial en la prevenció i reducció del risc de iatrogènia a través la implementació de diferents processos que permeten la dispensació responsable del tractament amb medicaments fins que s'aconsegueixi la millora de la qualitat de vida del pacient.

Com a conseqüència d'aquest nou paradigma en el desenvolupament de l'activitat professional dels farmacèutics, a les farmàcies comunitàries s'han dut a terme diverses iniciatives d'atenció centrada en el pacient. En són exemples el Servei Personalitzat de Dosificació (SPD) dels medicaments que s'ha establert per iniciativa del Col·legi Oficial de Farmacèutics de les Illes Balears o el Sistema Personalitzat de Dosificació de Catalunya. L'SPD és un sistema que ofereix als usuaris polimedcats la possibilitat d'accedir a la medicació que necessiten diàriament disposada en uns envasos especialment dissenyats per a evitar confusions i facilitar al màxim el compliment del tractament. En el projecte d'SPD es té en compte també una estreta relació entre el farmacèutic i el metge d'atenció primària per ratificar totes les dades aportades per l'usuari i per facilitar la comunicació en cas de canvis i d'incidències (30,31).

Així doncs, l'atenció farmacèutica és un element necessari de l'atenció de salut (19,28,29,32–34), els serveis farmacèutics formen part del conjunt de beneficis del sistema nacional de salut (7), i les oficines de farmàcia es consideren un agent de salut integrat en la comunitat on la població fa confiança al farmacèutic, que li resol una part important dels seus problemes relacionats amb la salut (35).

Aquest nou camí de la farmàcia emprès a partir de les publicacions de Hepler i Stand el 1990 (28) i del Document de Consens el 2001 (29) es consolida amb l'elaboració, per part del Foro de Atención Farmacéutica (36), del Document de Consens de gener de 2008 (37), en què es defineix l'**atenció farmacèutica** com "la participació activa del farmacèutic en la millora de la qualitat de vida del pacient mitjançant la dispensació, la indicació farmacèutica i el seguiment farmacoterapèutic. Aquesta participació implica la cooperació amb el metge i altres professionals sanitaris per tal d'aconseguir resultats que millorin la qualitat de vida del pacient així com la intervenció en activitats que proporcionin bona salut i previnguin malalties." Es tracta d'una pràctica professional

amb la qual el farmacèutic es responsabilitza de les necessitats dels pacients relacionades amb els medicaments. Això té lloc principalment mitjançant tres serveis:

Dispensació activa. “És el servei professional del farmacèutic encaminat a garantir, després d’una avaluació individual, que els pacients rebin i utilitzin els medicaments de forma adequada a les seves necessitats clíniques, en les dosis precises segons els seus requeriments individuals, durant el període de temps adequat, amb la informació per a l’ús correcte i d’acord amb la normativa legal vigent.”

Indicació farmacèutica. “És el servei professional prestat davant la demanda d’un pacient o usuari que arriba a la farmàcia sense saber quin medicament ha d’adquirir i sol·licita al farmacèutic el remei més adequat per a un problema de salut concret. Si el servei requereix la dispensació d’un medicament, es farà d’acord amb la definició anterior.”

Seguiment farmacoterapèutic. “És el servei professional que té com a objectiu la detecció de PRM, per la prevenció i resolució de resultats negatius associats amb la medicació (RNM). Aquest servei implica un compromís i s’ha de proveir de manera continuada, sistematitzada i documentada, en col·laboració amb el pacient i els altres professionals del sistema de salut, amb la finalitat d’arribar a resultats concrets que millorin la qualitat de vida del pacient.”

1.2.3 Els problemes relacionats amb els medicaments i els resultats negatius associats amb la medicació

El tractament amb medicaments és el tipus més freqüent d’intervenció mèdica i creix de forma important per l’envelliment de la població, per l’augment de la prevalença de malalties cròniques i per l’existència de medicaments cada cop més eficaços. Els fàrmacs cada vegada són més segurs però les conseqüències (personals i econòmiques) d’una teràpia farmacològica inadequada poden ser importants. La majoria de medicacions són prescrites, dispensades i administrades ambulatoriament, però hi ha poca informació sobre els PRM a aquest nivell assistencial i molts dels que es produeixen no són detectats.

Segons el Foro d’Atención Farmacéutica (36), els PRM són “aquelles situacions que en el procés d’ús de medicaments causen o poden causar l’aparició d’un resultat negatiu associat amb la medicació”, com per exemple els errors en la prescripció i/o la dispensació, l’incompliment terapèutic o els possibles efectes secundaris associats a

una medicació. D'altra banda, els RNM són "resultats en la salut del pacient no adequats a l'objectiu de la farmacoteràpia i associats a l'ús de medicaments".

Per tant, els PRM sorgeixen del procés de medicació, són les causes o situacions que posen en risc als pacients de rebre un efecte negatiu no desitjat de la medicació o un resultat negatiu associat amb la medicació. No obstant això, l'existència d'un problema relacionat amb els medicaments no sempre desencadena un RNM, però sí que n'augmenta el risc d'aparició. (Veure exemples a la Taula 1) Es parla de sospita de resultat negatiu associat amb la medicació quan "el pacient està en risc de patir un problema de salut associat a l'ús de medicaments, generalment per l'existència d'un o més PRM, que es poden considerar factors de risc d'aquest resultat negatiu associat amb la medicació" (38).

El Tercer Consens de Granada sobre PRM i RNM (38) actualitza i accepta les definicions de PRM i RNM del Foro de Atención Farmacéutica (36) i classifica els RNM de la següent manera:

1- Necessitat:

- Problema de salut no tractat: el pacient pateix un problema de salut associat a no rebre una medicació que necessita.
- Efecte de medicament innecessari: el pacient pateix un problema de salut associat a rebre un medicament que no necessita.

2- Efectivitat:

- Inefectivitat no quantitativa: el pacient pateix un problema de salut associat a una inefectivitat no quantitativa de la medicació.
- Inefectivitat quantitativa: el pacient pateix un problema de salut associat a una inefectivitat quantitativa de la medicació.

3- Seguretat:

- Inseguretat no quantitativa: el pacient pateix un problema de salut associat a una inseguretat no quantitativa d'un medicament.
- Inseguretat quantitativa: el pacient pateix un problema de salut associat a una inseguretat quantitativa d'un medicament.

Resultats negatius associats amb la medicació (RNM): El problema relacionat amb el medicament (PRM) desencadena un resultat negatiu associat amb la medicació (RNM)	
PRM- El metge d'atenció primària indica acenocumarol d'1 mg a un pacient. El farmacèutic rep la recepta, interpreta erròniament la dosi i dispensa el medicament a una dosi superior (4 mg) a la indicada.	El pacient presenta toxicitat degut a l'elevada dosificació. S'ha produït un RNM d'inseguretat.
PRM- Un pacient inicia un tractament amb amoxicil·lina però deixa de prendre'l al cap de 3 dies perquè no ha notat millora (incompliment terapèutic).	El pacient no rep el tractament que necessitava i per tant no es resol la malaltia. S'ha produït un RNM d'efectivitat (problema de salut insuficientment tractat).
PRM- Un pacient es presenta a la farmàcia perquè té tos no productiva persistent. El farmacèutic decideix tractar el problema amb un antitussiu. No obstant, el professional no ha tingut en compte que el pacient estava prenent enalapril i que la tos del pacient pot ser o és un efecte secundari d'aquest medicament.	El pacient presenta 2 RNM. Per una banda, presenta un efecte secundari de la medicació enalapril (RNM d'inseguretat). D'altra banda, s'ha produït un RNM de necessitat , el pacient està rebent un tractament (antitussiu) que no necessita.

Taula 1: Exemples de resultats negatius associats a la medicació (RNM) com a conseqüència de problemes relacionats amb els medicaments (PRM)

Easton et al. (39), el 2009, en un article de revisió de publicacions, defineixen els efectes adversos als medicaments (EAD) com "incidents de medicaments que causen dany al pacient" i abasten tant el mal que resulta de la naturalesa intrínseca del medicament (una reacció adversa) així com el dany que resulta d'errors de la medicació o errors del sistema associat amb la fabricació, la distribució o l'ús de medicaments". Aquest concepte d'EAD seria l'equivalent als problemes relacionats amb els medicaments (PRM) tal i com el defineix el Tercer Document de Consens de Granada.

Els EAD són freqüents en pacients en la comunitat (39,40) i tenen un impacte significatiu essent causa de visites extrahospitalàries, d'ingressos hospitalaris i de mortalitat; tenen més risc de patir-ne els pacients més grans, els que tenen problemes de salut més greus, els que utilitzen medicaments d'alt risc, els que són transferits entre serveis de salut de la comunitat i hospitalaris (39) i els que estan polimedicats (39,41), així com també els nens i les dones (40). Gairebé la tercera part d'admissions hospitalàries relacionades amb EAD prevenibles s'estima que provenen de l'atenció

primària (42). En estudis fets amb població ambulatoria la mitjana de prevalença de les visites l'atenció primària i/o els ingressos hospitalaris per EAD és del 3,3% al 9,6%. La mitjana de prevalença per edats és 2,5% en nens i 5,3% en adults, fins a 16,1% en pacients ancians. La mitjana d'EAD prevenibles és 16,5% (43). També s'ha de tenir en compte l'existència d'interaccions entre medicaments i remeis d'herbes o suplementes dietètics, dels quals els metges d'atenció primària no són habitualment informats i que poden ser importants (44).

Els EAD/PRM, són comuns en l'atenció primària i molts són prevenibles o millorables. La morbiditat i mortalitat relacionada amb els fàrmacs és un problema costós que no pot ser resolt per un professional sanitari de forma aïllada. Diversos nivells (metges de diferents especialitats, infermeria, farmacèutics i pacients) estan involucrats en la generació i la resolució dels problemes relacionats amb els medicaments, i per tant requereixen la coordinació i la col·laboració entre professionals, normalment d'un equip interdisciplinari.

Una comunicació dolenta o deficient és el factor comú més important que contribueix als errors de medicació. És el factor reportat més habitualment en un estudi de revisió de publicacions, on es menciona especialment la falta de comunicació entre pacients i professionals de la salut, entre metges generals i farmacèutics, i entre els mateixos professionals de la salut en la transferència de l'atenció (39).

Una de les causes de PRM prevenibles és la manca de comunicació entre metges d'atenció primària i farmacèutics comunitaris (45).

1.2.4 Eficàcia de l'atenció farmacèutica

Múltiples estudis demostren l'eficàcia i la utilitat de l'atenció farmacèutica a la comunitat, hi ha evidència que és efectiva pel que fa l'activitat preventiva en diversos problemes de salut com són les vacunacions antigripals (46), en el control del pes, en la prevenció de l'osteoporosi i en la millora del control de l'asma (47). També té un impacte positiu en la millora dels nivells de glicèmia (46,48,49) i d'hemoglobina A1c en pacients diabètics (46,49,50), en la millora de la tensió arterial d'aquests pacients (49) i dels hipertensos (46,51), en tant que augmenta l'adherència als tractaments antihipertensius (52). Milloren els nivells de colesterol en pacients dislipèmics (46,53) i disminueix el colesterol en pacients d'alt risc cardiovascular i aquests efectes es mantenen en el temps (54). També fa que els pacients coneguin millor els tractaments antidepressius i en tinguin creences i percepcions més positives al respecte (55,56) i fa

que millorin els tractaments en pacients amb depressió i distímia (57), perquè augmenta l'adherència al tractament antidepressiu (58), fet que impacta positivament en la qualitat de vida dels pacients amb depressió (59). El control d'anticoagulació de pacients ambulatoris és sovint millor comparat amb el tractament habitual (60). Millora l'efecte terapèutic dels medicaments (61) així com la complimentació farmacològica, amb la qual cosa es redueix la mortalitat i s'evita l'aparició d'EAD. Els pacients accepten que els visiti el FC per problemes menors i disminueixen les visites al MAP (62) i a urgències (63) amb una atenció de qualitat (64) que és econòmicament rendible (65).

De totes maneres, els estudis existents sobre les evidències de les intervencions dels FC mostren limitacions que en dificulten la generalització i la reproductibilitat.

1.2.5 Factors que influeixen en la provisió de l'atenció farmacèutica

Existeixen encara múltiples barreres per a implementar els serveis d'atenció farmacèutica en la farmàcia comunitària que impedeixen l'expansió dels serveis del farmacèutic en l'atenció al pacient com són: les relacionades amb l'accés a la documentació clínica del pacient (66), la manca de temps i de finançament d'aquests serveis (32,66–73), les relacionades amb la manca de formació del FC, de l'actualització de coneixements clínics i del perfeccionament de les seves habilitats (32,66,73–75), la manca d'habilitats comunicatives del farmacèutic amb por de la responsabilitat i el compromís (32), l'actitud del farmacèutic (27,32,74,76) i dels altres professionals (32), en part per la manca de confiança de l'atenció primària i dels MAP i per no aprofitar el potencial dels farmacèutics (27), o per l'inadequat aprofitament del personal de la farmàcia (69,70,74,75,77), la manca d'instal·lacions a l'oficina de farmàcia (d'espai i de privacitat) (67,68,70,73,77–80), el tipus de professional (farmacèutic titular o personal auxiliar de farmàcia) o el tipus de farmàcia comunitària (cadena de farmàcies) (73), la qualitat dels informes i les notes dels professionals de la farmàcia, sobretot dels de les cadenes de farmàcies (73), el desconeixement de la magnitud dels PRM tant per part dels farmacèutics com dels metges i de la població (32), i la manca de relacions interprofessionals amb els MAP (66,73,74,76,81,82).

Segons una investigació amb entrevistes semiestructurades a FC i a professionals amb responsabilitats en la implantació de serveis cognitius en la farmàcia espanyola, es posa de manifest una sèrie de causes que en dificulten la implantació, cosa que afecta notablement a la qualitat del servei rebut pel pacient, són: la manca de formació

adequada dels estudiants de farmàcia, la manca de suport dels dirigents professionals, les actituds dels mateixos farmacèutics reticents als canvis, l'actual sistema de remuneració (només per la venda de productes), el desconeixement d'aquest servei i l'existència d'una mala relació metge-farmacèutic (83).

Les oficines de farmàcia són entitats sanitàries, però sembla que el seu règim de propietat privada també dificulta la relació entre els FC i els MAP (11).

Una revisió del sistema de remuneració per tal de reflectir més el servei professional que el volum de vendes també facilitaria la implementació d'aquests serveis (2,35), si s'hi introduïssin canvis, els farmacèutics podrien ajudar millor els pacients amb la medicació crònica (27). Els models d'atenció farmacèutica i el reemborsament d'aquests serveis varia segons els països (84). Diversos estats han introduït polítiques per ampliar el paper dels FC en els respectius sistemes de salut i actualment hi ha diferents models de pràctica farmacèutica en la comunitat. En alguns estats, com a Espanya, les funcions remunerades públicament es limiten a la dispensació i la venda. En d'altres les oficines de farmàcia també participen en la prevenció d'efectes adversos relacionats amb la medicació. En alguns, com el Canadà i els Països Baixos, on la farmàcia s'enfoca de manera integral, s'hi inclouen la promoció de la salut i la prevenció de malalties, tot i que aquesta integració encara no s'ha assolit plenament (85).

D'altres elements faciliten la provisió de l'atenció farmacèutica, com són: la valoració positiva i la voluntat del farmacèutic, així com l'oportunitat de formació clínica i la satisfacció laboral (32).

Un estudi amb entrevistes semiestructurades a farmacèutics comunitaris i a professionals amb responsabilitats en la implantació de serveis orientats al pacient a la farmàcia mostra que millorar la opinió pública sobre els beneficis d'aquests serveis, oferir un major suport legal i de les autoritats, augmentar l'educació clínica en els nivells de grau i postgrau, canviar les actituds dels farmacèutics (ser més receptius als canvis), reduir la càrrega de treball administratiu, adaptar el sistema de remuneració, crear una àrea per atenció al pacient, millorar les relacions metge-farmacèutic i integrar els serveis de la farmàcia comunitària en l'equip d'atenció primària podria facilitar l'atenció farmacèutica (86).

Estudis per conèixer la visió que el metge té del FC posen de manifest que aprecien i valoren la seva tasca (87,88). Un estudi amb dos fases, una d'entrevistes estructurades i l'altra d'enquestes a MAP de Wyoming, mostra que se senten còmodes amb les funcions dels FC en la detecció d'errors en la medicació i en l'educació dels

pacients (87). També des d'un altre estudi amb enquestes a MAP a Qatar s'observa que, a més de valorar també positivament les activitats dels FC vinculades al amb els medicaments, com proporcionar educació relacionada amb els tractaments als pacients i detectar i prevenir errors en la prescripció, els metges creuen que els farmacèutics són una font fiable d'informació sobre medicaments (88). En un estudi al Països Baixos amb enquestes a MAP i FC per conèixer la seva opinió respecte les tasques, l'experiència i les responsabilitats dels farmacèutics en atenció primària, els MAP opinen que els FC són els principals experts en medicació a aquest nivell, que tenen un paper molt important en l'atenció al pacient, que han de detectar prescripció no adequada i que el metge ha de dirigir-s'hi en cas de problemes en relació amb la prescripció, encara que existeixen diferències en funció del col·lectiu consultat i del grau de relació (89). L'actitud dels metges cap a la funció assistencial del farmacèutic en l'atenció primària es correlaciona significativament amb la relació entre ells (89). Els FC també creuen que els MAP valoren la seva tasca i que algunes societats mèdiques ja reconeixen el FC com agent de salut (83).

Així doncs, dos dels principals factors que dificulten la implementació dels serveis d'atenció farmacèutica són la manca de relació entre els dos grups de professionals de l'atenció primària de salut – els MAP i els FC – i el limitat accés que té aquest a la documentació clínica del pacient.

En conclusió, per tal d'optimitzar l'atenció al pacient, el FC ha de cooperar amb els altres professionals de la salut, si es té en compte que és el professional més accessible als pacients i que pot ajudar-los en la seva cura de forma personalitzada (2). Ha de cooperar amb els altres professionals també per assegurar que els pacients puguin obtenir el màxim benefici del seu tractament (78).

Per tal d'oferir l'atenció farmacèutica, el FC necessita tenir una estreta interacció amb els altres professionals i nivells sanitaris (2,29,90), especialment amb el MAP (19,28,29,32–34,91), per aconseguir resultats que millorin la qualitat de vida del pacient (29,34,37).

Malgrat que l'atenció farmacèutica és necessària per a l'adequada atenció a la població, no està encara completament implantada, els FC continuen tenint escassa relació amb els professionals dels centres d'atenció primària (11) i les farmàcies no estan integrades en l'atenció primària de salut (27).

Encara que en moltes ocasions el FC és el primer o únic contacte de l'usuari amb el sistema de salut (29), sol treballar aïllat i sense contacte amb els altres membres de l'atenció primària malgrat que la seva actuació es una continuació de la consulta del

MAP, i se'ls considera de vegades al marge del sistema de salut; no obstant hi ha múltiples oportunitats de relacionar-se de manera regular en persona o per d'altres vies (78).

Cal establir canals de comunicació útils i fluids entre el prescriptor i el dispensador (35) i eliminar progressivament les barreres que encara existeixen per a que se'n pugui continuar el desenvolupament.

Les diferents institucions internacionals, la normativa actual i els diversos estudis publicats avalen l'atenció farmacèutica en la comunitat, que necessita la col·laboració dels altres professionals sanitaris d'aquest nivell amb el FC per a un desenvolupament adequat.

1.3 Col·laboració en els serveis de salut

1.3.1 Definició de col·laboració en els serveis de salut

Per Way et al., “el treball en col·laboració és un procés interprofessional per a la comunicació i la presa de decisions que permet que el coneixement independent i compartit i les habilitats dels professionals puguin influir de forma sinèrgica en l'atenció al pacient”. Es basa en relacions i maneres de treballar que utilitzen al màxim les aportacions de tots els proveïdors tot respectant-les (92).

Segons Baggs i Schmitt (93), la col·laboració consisteix en la coordinació de les accions individuals, la cooperació en la planificació i l'intercanvi d'objectius, la planificació i la resolució de problemes, la presa de decisions i la responsabilitat conjuntes. Es porta a terme principalment mitjançant acords voluntaris entre organitzacions (94).

La sinergia que produeix la col·laboració ve de la fusió de les diferents perspectives i la millora a través de l'experiència i la reflexió comunes, que fan que la dinàmica de les interaccions interpersonals en col·laboració es potenciïn mútuament (95). La diversitat entre els membres del grup, tant la inherent (edat, gènere, ètnia, etc.) com la relacionada amb el rol (ocupació, estatus), augmenta el nombre de solucions que s'ofereixen i les alternatives a considerar (96).

Els diferents termes, com “interdisciplinari”, “multidisciplinari” i “col·laboració”, s'utilitzen freqüentment sense definir-los i intercanviant-los (97), i aquesta manca de claredat pot

portar a dificultar comparacions que siguin vàlides en els estudis (96). Els investigadors solen utilitzar els termes "multidisciplinari", "interdisciplinari", "transdisciplinari" i "pandisciplinari" per a designar el tipus i el grau de col·laboració entre els membres de l'equip, però resulta més útil concebre aquests termes com un contínuum que va des de la coordinació escassa o inexistent fins l'altre extrem, el treball en equip sinèrgic (97,98).

1.3.2 Models de col·laboració en els serveis de salut

S'han descrit diversos models de col·laboració tenint en compte els seus diferents aspectes i nivells.

Boon et al., en una revisió de la literatura (99), descriuen, comparen i avaluen diferents models que existeixen en la pràctica sanitària, que van des del no integrat fins el màxim d'integrat que es pot donar en l'atenció als pacients. Els descriu en base a quatre aspectes clau: filosofia/valors, estructura, procés i resultats. Els autors distingeixen entre els següents models:

- **Paral·lel:** els professionals de la salut independents treballen en un entorn comú i cada individu realitza el seu treball dins del seu àmbit d'exercici formalment definit.
- **Consultiu:** s'intercanvia assessorament expert d'un professional a un altre, a través de la comunicació personal directa o a través d'una nota formal o derivació.
- **Col·laboratiu:** els professionals, que normalment exerceixen de forma independent els uns dels altres, comparteixen informació del pacient que ha estat o és tractat per cada un d'ells. La col·laboració acostuma a aparèixer de manera informal per casos concrets.
- **Coordinat:** existeix una estructura administrativa formal que requereix la comunicació i l'intercanvi de dades de pacients entre els professionals, que són membres d'un equip que intencionalment es reuneix per proporcionar un tractament per a una malaltia en particular o per a administrar una teràpia específica. Un coordinador de casos es responsabilitza d'assegurar que la informació es transfereix entre els professionals i entre ells i el pacient.

- **Multidisciplinari:** es caracteritza per estar constituït per equips dirigits per un líder que planifica l'atenció al pacient. Un o dos individus dirigeixen els serveis d'un conjunt de membres que poden o no trobar-se de tu a tu (face-to-face). Cada membre de l'equip pren les seves pròpies decisions i fa recomanacions que poden ser integrades pel líder de l'equip.
- **Interdisciplinari:** sorgeix de la pràctica multidisciplinària quan els professionals que conformen l'equip fan un grup (generalment es basa en un model de consens), en què les decisions sobre la cura del pacient estan facilitades per les trobades regulars de tu a tu.
- **Integrat:** consisteix en una barreja interdisciplinària, no jeràrquica, que ofereix una perfecta continuïtat de la presa de decisions i l'atenció centrades en la cura i el suport al pacient. Es basa en un conjunt específic de valors fonamentals que inclou els objectius del tractament de la persona com un tot. Fomenta a les propietats curatives innates de cada persona i promociona la salut i el benestar així com la prevenció de la malaltia. Fa servir un enfocament d'equip interdisciplinari a través del consens, el respecte mutu i una visió compartida de l'atenció de la salut que permet a cada metge i al pacient contribuir amb els seus coneixements i habilitats particulars en un pla compartit i sinèrgic d'atenció.

D'Amour analitza la col·laboració a través d'un estudi qualitatiu (100) basant-se en deu indicadors distribuïts en quatre dimensions; dues impliquen les relacions entre els individus i dues impliquen l'entorn i estan relacionades entre si. A la vegada totes elles estan condicionats per factors externs i estructurals (recursos, finançament, polítiques). Les quatre dimensions són: **1- dimensió objectius i interessos compartits** (indicadors: objectius comuns necessaris per a iniciar la col·laboració bàsicament orientada al pacient, negociar i ajustar els interessos per orientar-los cap al pacient), **2- dimensió internalització** (indicadors: coneixement personal i professional i confiança mútua a través de la coneixença que fa possible la col·laboració), **3- dimensió direcció** (indicadors: centralitat amb una direcció clara cap a la col·laboració, lideratge, suport a la innovació ja que la col·laboració comporta canvis i innovacions, i connectivitat que és necessària per donar resposta als problemes de coordinació), i **4- dimensió organització** (indicadors: eines de formalització per aclarir els de rols i les responsabilitats, i intercanvi d'informació amb l'existència d'una

infraestructura adequada). En base a aquests deu indicadors classifica la col·laboració en tres nivells:

- **Col·laboració activa:** és la col·laboració al més alt nivell, quan s'ha establert amb èxit i es manté tot i les incerteses i les perturbacions en el sistema de salut. Els professionals han adoptat objectius comuns i consensuats, han desenvolupat un sentit de pertinença i de confiança mútua i han arribat a un consens sobre els mecanismes i regles de funcionament. Com a resultat, les tasques dels professionals s'han transformat i hi ha una nova divisió consensuada de responsabilitats interprofessionals i interorganitzacionals i s'han introduït pràctiques innovadores.
- **Col·laboració en desenvolupament:** és la col·laboració que no ha arrelat en les cultures de les organitzacions associades i pot estar subjecta a noves avaluacions segons factors interns o del medi. Els objectius, les relacions entre els professionals, els mecanismes de funcionament i de formalització estan en un procés de negociació que encara no s'ha consensuat; la negociació pot ser parcial o una font de conflicte, però els participants no deixen d'estar oberts, presents i accessibles. En aquests tipus de col·laboració els serveis són menys eficients del que podrien ser. Està en progrés la col·laboració però el canvi triga més.
- **Col·laboració potencial:** es dona quan la col·laboració encara no existeix o ha estat bloquejada per conflictes que són tan greus que el sistema no pot seguir endavant i no poden fer-se efectives formes satisfactòries de col·laboració, ja sigui perquè les negociacions no es porten a terme o perquè estan constantment enderrocant-se. Per tant, és difícil fer noves activitats professionals en aquest entorn excepte les de les necessitats de treball en xarxa. Només resolent els conflictes es pot implementar la col·laboració. Els serveis poden perdre l'accessibilitat i la continuïtat. Només quan es resolen els conflictes es pot avançar cap a la col·laboració.

Aquest model classificador de la col·laboració és útil per a analitzar i identificar àrees de millora i vincular la intensitat de la col·laboració amb els resultats clínics per tal de fer posteriorment intervencions de millora.

En l'aspecte jeràrquic de la col·laboració, les relacions es basen en la igualtat entre els proveïdors, i no hi ha dependència d'un grup professional d'un altre (92).

En les relacions de les diferents formes d'integració es pot distingir entre dues dimensions jeràrquiques fonamentals: vertical i horitzontal (101,102). La integració horitzontal és la que hi ha entre les organitzacions o unitats que són al mateix nivell jeràrquic o tenen el mateix estatus mentre que la integració vertical existeix entre les organitzacions o unitats organitzatives en diferents nivells d'una estructura jeràrquica (103). Segons Axelsson i Axelsson (103), en la col·laboració hi ha un alt grau d'integració horitzontal i un baix grau d'integració vertical (Figura 2). Significa que la col·laboració és duu a terme a través d'acords voluntaris i ajustaments mutus entre les organitzacions involucrades i es basa en una voluntat de treballar junts implementant-se a través d'intensos contactes i comunicació entre les organitzacions (94).

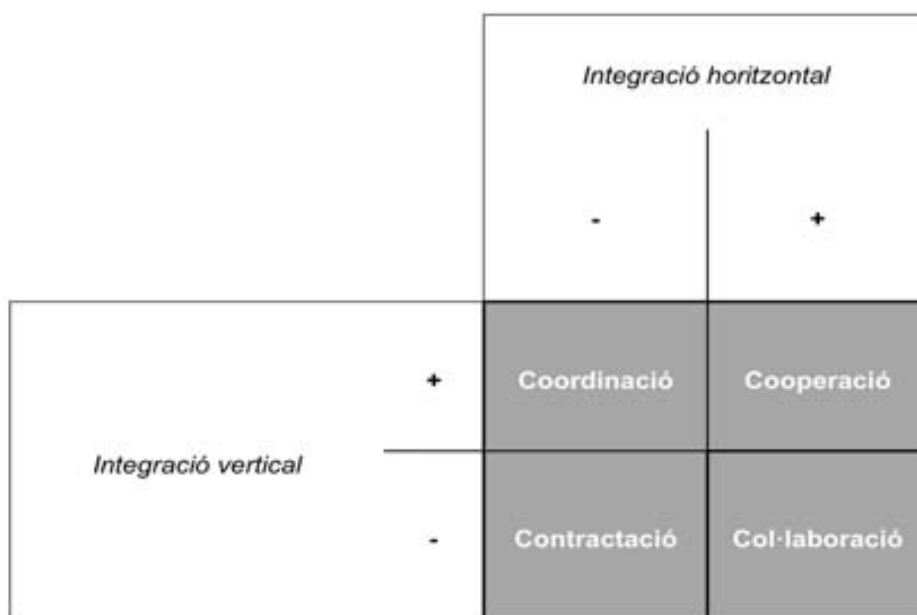


Figura 2: Esquema conceptual de les formes jeràrquiques d'integració. Traduït d'Axelsson i Axelsson.

Per Axelsson i Axelsson la cooperació i la col·laboració poden ser més efectives quan hi ha un alt grau de diferenciació, com en el cas del camp de la salut. Dins de les organitzacions hi ha una fragmentació o divisió del treball i de les responsabilitats per dur a terme les tasques. Amb la creixent diferenciació, però, també hi ha una creixent

necessitat d'integració (Figura 3) (103). El concepte de diferenciació inclou tant els aspectes funcionals i estructurals com les diferències en les actituds i comportaments entre els diferents departaments, que poden ser conseqüència a la vegada dels seus diferents rols i funcions.

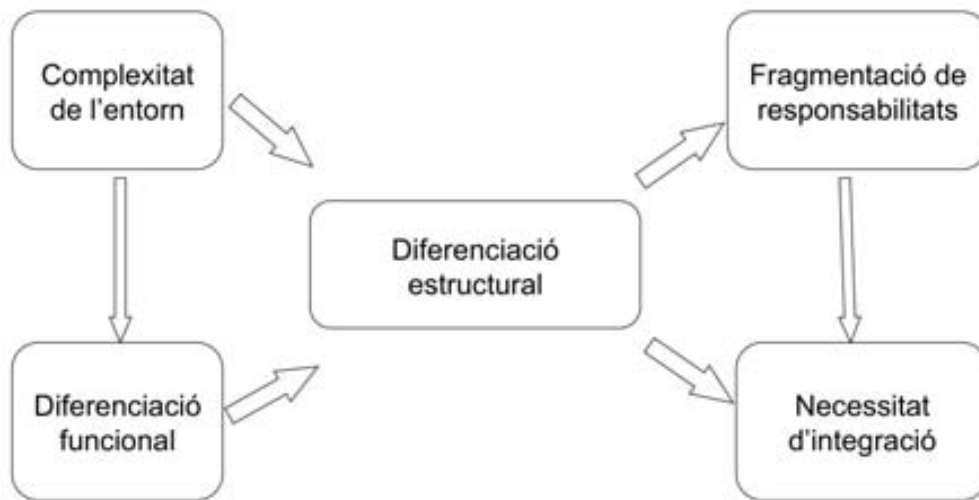


Figura 3: Relacions entre la diferenciació, la fragmentació i la necessitat d'integració. Traduït d'Axelsson i Axelsson.

Axelsson i Axelsson (103) també desenvolupen un marc centrat en la col·laboració en matèria de salut pública, on descriuen quatre etapes en la formació d'equips multidisciplinaris (Figura 4). Primer hi ha la etapa de formació seguida de la fase d'assalt o de conflicte on, si no és possible resoldre els desacords i conflictes entre els membres de l'equip, pot ser que aquest hagi de ser dissolt i el procés de formació haurà de començar des del principi una altra vegada. En l'etapa següent de normalització, si no és possible formular objectius comuns o si l'equip no està funcionant prou bé, el procés de formació pot haver de tornar a l'etapa de conflicte. El mateix pot passar l'equip rep nous membres o en substitueix. Si aquesta la etapa de normalització té èxit, es pot arribar a la etapa de realització, en què els membres ja se centren en el compliment dels seus objectius.

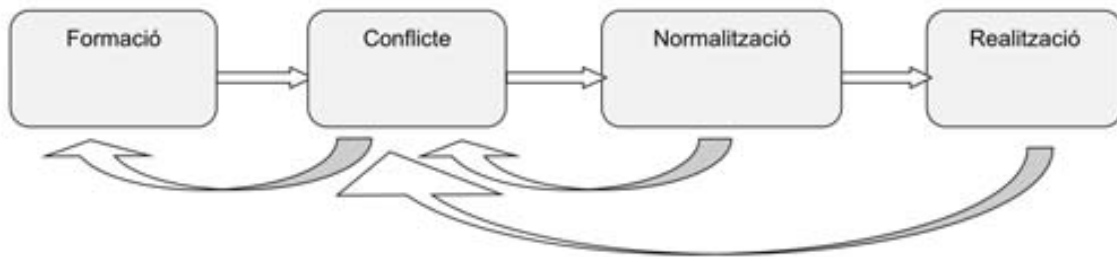


Figura 4: Etapes de la formació d'equips multidisciplinaris. Traduït d'Axelsson i Axelsson.

1.3.3 Factors que afecten la col·laboració en els serveis de salut

L'abast de la col·laboració i de la participació d'organitzacions de diferents sectors sanitaris depèn de la disposició o voluntat de col·laborar (103).

Les formes de col·laboració interorganitzacional amb més èxit a la salut pública semblen ser els equips anomenats multidisciplinaris que s'han establert i sostingut al llarg d'un període de temps més llarg (104). Els equips multidisciplinaris es poden definir com un grup petit de persones, generalment de diferents professions, que treballen juntes més enllà dels límits organitzacionals formals per proporcionar serveis a un grup específic de pacients (105).

Segons Axelsson i Axelsson, en aquests equips, els membres es coneixen i confien els uns en els altres, treballen junts i tenen els mateixos interessos, valors i metes. Per aconseguir aquesta base comuna el grup hagut de fer el llarg i ardu procés de formació d'equips i necessiten una atenció constant per poder sobreviure ja que és una forma fràgil i volàtil d'organització. Són barreres per a la integració i la col·laboració interorganitzacional: 1- les barreres estructurals per l'existència de diferents límits administratius, lleis, normes i reglaments, pressupostos i fluxos financers, i sistemes d'informació i bases de dades; 2- les diferents cultures professionals i interorganitzacionals per diferències en els valors i els interessos, en el compromís dels individus i diferències de les organitzacions en la seva estructura, diferenciació i orientació, a les quals ha de fer front en general el líder de l'equip. Aquestes últimes són més difícils i més lentes de canviar que les estructurals (103).

També, segons aquests autors, en cadascuna de les etapes de la construcció de la col·laboració en els equips multidisciplinaris s'han de gestionar diferents factors fonamentals. En l'etapa de formació el líder ha de facilitar els contactes entre els diferents membres i aquests han de conèixer-se entre si i aprendre a treballar junts. En

la fase de conflicte, el líder de l'equip ha de gestionar els conflictes ajudant els professionals a trobar interessos, valors i metes comuns. En l'etapa de normalització la tasca més important del líder de l'equip és construir i mantenir la confiança entre els membres. Finalment en l'etapa de realització ja pot concentrar-se en facilitar el treball de l'equip i l'assoliment de les metes tot mantenint la confiança mútua que s'ha assolit en l'etapa de normalització (Figura 5). El grau de confiança mútua, que és el factor més important en qualsevol esforç de col·laboració i pot començar ja durant l'etapa de conflicte, és el principal factor en l'etapa de normalització i requereix un "nodriment" continu. També és important per als membres d'un equip multidisciplinari avaluar de forma contínua tant el procés de la col·laboració interorganitzacional com els seus efectes. Això és necessari per a la creació d'una organització que aprèn a desenvolupar i mantenir la col·laboració (103).

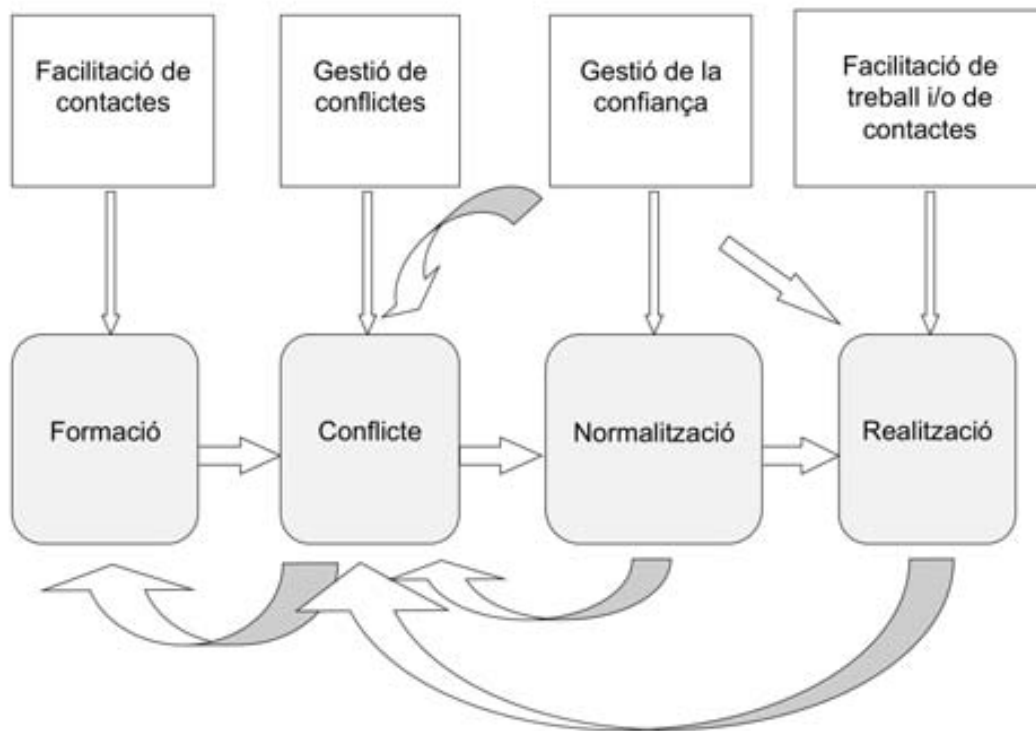


Figura 5: Gestió de la col·laboració entre organitzacions. Traduït d'Axelsson i Axelsson.

Per a Way et al., perquè la col·laboració tingui èxit han d'existir uns elements essencials que formen part dels esforços per proporcionar atenció compartida i que són els següents: 1- La responsabilitat. Es comparteix la responsabilitat de les decisions comunes. 2- La coordinació, que garanteix una organització eficient i efectiva. 3- La comunicació. Compartir la informació és essencial; un component clau

de la comunicació efectiva és el suport mutu i la convicció que l'altre fa bé la seva feina. 4- La cooperació. Sorgeix a partir del reconeixent mutu i del respecte dels rols dels altres i les seves opinions. 5- L'assertivitat. Són necessaris el suport i la confiança en els punts de vista de la professió, la capacitat de presentar opinions i punts de vista d'una manera que fomenti la integració dels diversos enfocaments per tal que resultin en una solució consensuada. 6- L'autonomia. Cada professional té l'autoritat de prendre decisions. 7- Confiança i respecte mutus. Cada professional gaudeix de la confiança i el respecte dels altres, sense els quals no pot haver-hi col·laboració (92).

Per a construir una relació que tingui èxit dins d'una estructura comuna és clau la identificació dels rols i funcions dels professionals per a decidir qui és el més adequat per dur a terme cada component de l'atenció. Això inclou la revisió dels serveis que es volen oferir i la comprensió dels professionals dels punts forts que aporten les diferents disciplines (92). Quan hi ha superposició de funcions i rols, els membres dels equips interdisciplinaris ho poden percebre com un problema i una font de conflicte (106,107). La comunicació efectiva és essencial per a prendre decisions i la formació professional del personal de la salut en les habilitats interpersonals i la interacció en millora les relacions (96).

1.3.4 Utilitat de la col·laboració en els serveis de salut

El resultat final de la col·laboració és únic i respon a les necessitats úniques de cada situació (92). Quan hi ha una col·laboració eficaç, millora l'eficiència i la qualitat dels serveis de salut i l'atenció al pacient (95,96). Tot això repercuteix en una alta qualitat que aporta un alt nivell de satisfacció en el treball per als proveïdors dels serveis (95). Els professionals que col·laboren afirmen que l'èxit de la col·laboració beneficia els pacients, els professionals i els serveis de salut (92). A nivell extrahospitalari, els diferents professionals treballen amb graus molt diversos de col·laboració, a diferència dels hospitals en que no és possible el tractament adequat dels pacients sense comunicació eficaç entre ells (93). A l'atenció primària, la col·laboració fa que els recursos s'utilitzin de manera eficaç per oferir atenció integral de forma eficient i satisfer millor les necessitats específiques de la població (92).

1.4 Col·laboració entre els metges d'atenció primària (MAP) i els farmacèutics comunitaris (FC)

Els MAP i els FC són els principals proveïdors de salut i proporcionen serveis que se solapen; tots dos depenen de les activitats de l'altre i l'efectivitat de cadascun pot ser incrementada amb la col·laboració (108). La perspectiva de la majoria dels metges és que el seu rol és el de diagnosticar i prescriure i que el del farmacèutic és dispensar, però aquest concepte és incomplet. Per la seva experiència i formació el farmacèutic té un important paper a fer a més de dispensar. Per tant, és important que els metges reconeguin que el farmacèutic és un professional altament qualificat que pot contribuir a donar serveis de salut així com el farmacèutic necessita també considerar desenvolupar noves formes d'aplicació del propi potencial i sortir del sistema actual pobre en responsabilitats, habilitats i ambició (108). Malgrat això, els MAP pensen que els efectes adversos als medicaments (o problemes relacionats amb els medicaments) i el fracàs del tractament són uns dels problemes de salut més importants a l'atenció primària i mostren actituds positives cap al rol del FC en la gestió del tractament i la millora de l'ús dels medicaments per part dels pacients (61).

1.4.1 Impacte de la col·laboració

Els farmacèutics són els principals responsables de la dispensació de medicaments indicats pels metges. Els estudis publicats mostren que la col·laboració metge-farmacèutic produeix resultats positius a diferents nivells de l'atenció sanitària (109). Sobre tot sembla que millora l'atenció al pacient (110–113), encara que existeix poc volum d'investigació al respecte (114).

Hi ha pocs exemples i estudis de col·laboració entre metges i farmacèutics de la comunitat, i per tant poc se'n coneix de la utilitat de la col·laboració ni de la percepció que en tenen els professionals. La majoria dels estudis quantitius recolzen la utilitat de la col·laboració MAP-FC i els estudis amb enquestes recullen la visió generalment positiva que els professionals en tenen.

L'existència d'equips multidisciplinars i interdisciplinars a diferents nivells sanitaris s'associa amb l'augment de la satisfacció del pacient, la disminució d'estada hospitalària, la millora de les funcions en les activitats de la vida diària, la percepció dels professionals de donar l'atenció de millor qualitat i la disminució de despesa sanitària (96).

El treball en col·laboració MAP-FC millora els paràmetres clínics dels pacients amb diferents patologies cròniques (115–119). La mortalitat per totes les causes i els episodis d'insuficiència cardíaca són significativament inferiors (120), retardant noves hospitalitzacions per aquesta causa (reducció del 45% en la taxa d'hospitalització) (113). En els pacients amb malaltia cardiovascular disminueix el risc d'errors i de PRM (121). Es detecten les interaccions entre medicaments i els efectes adversos, i disminueixen els PRM (63,122).

La col·laboració MAP-FC millora la detecció de PRM en la medicació crònica i, com a conseqüència, es produeix una millora dels tractaments farmacològics (123) i de la resolució dels PRM (112). Es produeix una disminució estadísticament significativa en la mitjana de medicaments prescrits (110). També els índex de qualitat de vida i d'adequació de la medicació milloren significativament (124).

La col·laboració entre MAP i FC per tal d'identificar PRM en persones que reben tractament per malalties mentals, detecta principalment potencials efectes adversos als medicaments i interaccions així com medicaments la presa dels quals és desconeguda pel metge, cosa que serveix per fer els canvis adequats en la prescripció (111).

Es segueixen més les guies clíniques en els tractaments, augmenta la utilització de medicaments genèrics, i disminueix la despesa (121,125,126) Disminueixen les visites al MAP i els costos relacionats (117,127), i hi ha una disminució de les visites als serveis d'urgències (63). A través de la millora de la qualitat de la prescripció i de la eficiència del servei, també augmenta la qualitat dels serveis sanitaris que s'ofereixen (115–117). Amb unes pautes de referència i de formació adequades, els FC estan en condicions d'operar com a "filtre" que promou l'ús adequat d'altres serveis d'atenció primària en col·laboració amb els MAP (128).

A Espanya en un estudi sobre els resultats d'un programa de millora de la prescripció a pacients grans polimedicats (Programa de Atención al Mayor Polimedicado) col·laboren metges i professionals d'infermeria dels equips d'atenció primària amb FC i els resultats mostren que tots els indicadors (millora de la prescripció, adherència al tractament, millora de l'estat de salut i la seguretat clínica) augmenten respecte a l'avaluació inicial, fins i tot en els casos en que es partia de compliments inicials bons (129).

Però també hi ha estudis de col·laboració MAP-FC en determinats problemes de salut que no demostren que aporti una millora. En l'estudi RESPECT (Randomised Evaluation of Shared Prescribing for Elderly people in the Community over Time) al

Regne Unit, en què MAP i FC col·laboren en la revisió de la medicació en pacients de 75 o més anys, no s'observa millora en la idoneïtat de la prescripció o en la qualitat de vida en els pacients (130). En un estudi a Ontario, amb una mostra de MAP i els seus pacients ancians, el grup d'intervenció va rebre una avaluació estructurada de la medicació pel FC amb formació en identificació i resolució de PRM a la mateixa consulta del MAP. Als 5 mesos la intervenció no va tenir efectes significatius en els resultats en la medicació dels pacients i no hi va haver diferències significatives en la intensitat d'ús dels serveis sanitaris o els costos. No obstant això, els MAP van ser receptius a les recomanacions dels FC per resoldre els PRM (se'n va detectar una mitjana de 2,5 en el grup intervenció) (131).

Un article de revisió sistemàtica de publicacions sobre l'impacte de la col·laboració entre els FC i els MAP per descriure el seu efecte sobre la salut dels pacients va trobar la existència de múltiples intervencions per millorar la salut dels pacients amb resultats molt diversos: descens dels PRM i millor resolució, milloria en la prescripció de medicaments i en paràmetres clínics i de qualitat de vida, millor satisfacció dels professionals i dels pacients involucrats, però no totes observen disminució dels ingressos hospitalaris ni dels costos (132).

1.4.2 Promoció de la col·laboració

Els organismes sanitaris insten a MAP i FC a col·laborar i coordinar-se per millorar els resultats en salut dels pacients (2,5,23–26,37,90). D'acord amb la legislació vigent, l'oficina de farmàcia ha d'actuar coordinadament amb l'equip d'atenció primària (23) i el centre de salut ha de facilitar el treball en equip dels professionals sanitaris de la zona (5) per contribuir a assegurar l'eficàcia i la seguretat de les prescripcions dels metges (24), i per garantir l'ús racional dels medicaments (23–26).

En alguns països, els dos grups de professionals són encoratjats i incentivats a treballar conjuntament per millorar l'atenció al pacient. Als EUA més de la meitat dels estats tenen algun estatut o reglament per a la gestió de la teràpia amb medicaments per part dels FC en col·laboració amb els metges (133,134). A Austràlia les farmàcies comunitàries ofereixen una sèrie de serveis professionals de revisió de medicaments amb un model de col·laboració MAP-FC finançats a nivell nacional (112,113). Hi ha, per exemple, el programa de revisió de medicaments al domicili (135) i un servei d'assistència de medicaments per la diabetis (136) finançats pel govern amb els objectius d'incrementar els beneficis de la medicació, de prevenir els PRM i d'oferir una

plataforma per incrementar la interacció MAP-FC. A Nova Zelanda existeix un servei similar que també requereix la col·laboració amb el MAP (72,137). La col·laboració també està formalitzada i/o finançada en alguns països europeus, com Alemanya (138) o el Regne Unit (139,140), amb uns sistemes comparables als d'Austràlia, Nova Zelanda i els EUA.

1.4.3 Estat actual de la col·laboració

Hi ha pocs exemples de FC que col·laboren amb els MAP. En el cas d'EUA la majoria dels casos es donen a hospitals universitaris, centres mèdics d'atenció als veterans de guerra o en el marc de programes basats en universitats (133).

Un estudi amb enquestes a professionals d'atenció primària (MAP, professionals d'infermeria i FC) mostra que hi ha un baix nivell de comunicació i col·laboració entre metges i farmacèutics (141).

Encara que els FC detectin alguna prescripció potencialment perjudicial per al pacient, donat els problemes de comunicació existents amb els MAP, es mostren reticents a consultar-ho amb el metge (45).

Un estudi qualitatiu dut a terme a l'atenció primària revela que hi ha una manca de comunicació entre els professionals d'aquest nivell (entre els MAP, els altres especialistes i els FC) en el maneig dels pacients amb multimorbiditat. La presa de decisions es fa de forma aïllada, cosa que provoca que els professionals tinguin la sensació que no se sap molt bé què ha passat amb aquests pacients (142).

Malgrat que les dues professions estan connectades actuen pràcticament de manera independent (143), encara que s'incentivi i es promogui la col·laboració entre elles (133,136,144). Al nostre país, com a la majoria, el contacte entre MAP i FC habitualment no és fàcil i els dos grups normalment treballen professionalment aïllats (11,78,145), per la qual cosa no existeix en el nostre entorn una relació de veritable cooperació. A Espanya, però, hi ha hagut algunes iniciatives de col·laboració, com el "Programa de Atención al Mayor Polimedicado", que sorgeix de la Direcció General de Farmàcia de la Consejería de Sanidad de la Comunitat de Madrid, en una àrea d'atenció primària basat en la coordinació dels professionals (metges i infermeria) amb les farmàcies de la zona i en el que a més reben formació conjunta (129).

1.4.4 Models de col·laboració MAP-FC

L'impuls dels sistemes d'integració i la col·laboració entre organitzacions i professions involucrades en la prestació d'assistència sanitària i social ha donat lloc al desenvolupament d'una sèrie d'escales i models que conceptualitzen el comportament del treball en col·laboració.

A continuació es descriuen els dos models adaptats, a partir d'anteriors models de relació interpersonal, a la pràctica dels professionals en col·laboració MAP-FC que han estat descrits en la literatura científica.

1.4.4.1 Model de col·laboració MAP-FC de McDonough i Doucette

McDonough i Doucette (133) el 2001 descriuen un model en cinc nivells progressius per la construcció de les relacions de col·laboració entre els farmacèutics i els metges en l'entorn comunitari a partir dels models de relacions interprofessionals, les relacions comercials i l'atenció en col·laboració. (Figura 6)

En el nivell 0 d'aquest model l'intercanvi és mínim i les interaccions són poques, en l'1 els esforços per establir una relació són majoritàriament unilaterals essent el FC el promotor principal. A mesura que la relació progressa, els esforços per mantenir-la són més bilaterals. Quan s'assoleix el nivell 4 el compromís amb el treball en col·laboració ja s'ha aconseguit i tots els participants tenen interès en el manteniment de la relació; la comunicació és bilateral, i la confiança i el respecte mutu s'han establert.

Segons aquest model, a mesura que millora la relació, les contribucions de totes les parts augmenten. S'incrementa la interdependència, la relació s'enforteix, es fa més duradora i hi ha més motivació per mantenir-la. A mesura que els beneficis de la col·laboració MAP-FC es fan més evidents, més FC tendeixen a desenvolupar-la.

Les diferents característiques individuals, del context i de l'intercanvi influeixen al llarg de tot el continuïum de la col·laboració i afecten la probabilitat que els FC i els MAP estableixin una interdependència cada vegada més gran i finalment col·laborin. Algunes característiques estan presents en totes les etapes mentre que altres només tenen influència en algunes:

- Característiques dels participants. Les característiques individuals dels professionals afecten la seva disposició per acceptar els canvis i els riscos del desenvolupament d'una col·laboració. Segons McDonough i Doucette, les principals característiques que afecten a la predisposició per a col·laborar són l'edat i la formació. Els professionals joves en els que la seva formació inclou experiències interdisciplinàries poden ser més receptius a la col·laboració. També influeix l'especialitat mèdica i el coneixement de les habilitats de l'altre professional. La percepció de la utilitat de col·laborar és un predictor de la participació en el treball en col·laboració.
- Característiques de l'intercanvi. Els individus es comporten de manera diferent segons el nivell que hi ha d'intercanvi; quan és més baix el perceben com una transacció i quan és més alt i hi ha més relació veuen que els beneficis són mutus. Les característiques són diverses i inclouen l'atracció; la comunicació (el mètode és important que sigui bidireccional i, a l'inici, de tu a tu, també es rellevant la freqüència i el contingut del missatge que ha de ser clar i centrat en el benefici dels pacients i dels professionals); el poder (incloses l'autoritat i l'experiència); l'equitat (costos-beneficis de col·laborar); el desenvolupament de normes durant la relació (la reciprocitat i la solidaritat) o bé les preexistents (els prejudicis); l'avaluació de les expectatives (es duu a terme durant el procés i porten a la confiança mútua i a la satisfacció amb la relació si s'assoleixen); l'acompliment dels objectius (que a la vegada fa augmentar la confiança) i la resolució de conflictes (quan sorgeixen s'han de comunicar directament i treballar ambdues parts per resoldre'ls).
- Característiques contextuais. Són les característiques del treball relacionades amb els participants i els ambients en què interactuen, inclou les activitats i els recursos (per exemple: personal, finançament, instal·lacions, contractes), tipus de pacients, i estructura organitzativa, La proximitat geogràfica i administrativa i social, i estar en el mateix sistema de salut amb les mateixes estructures i normes són característiques importants. Influeixen en les percepcions dels professionals els costos i beneficis d'establir un treball en col·laboració.

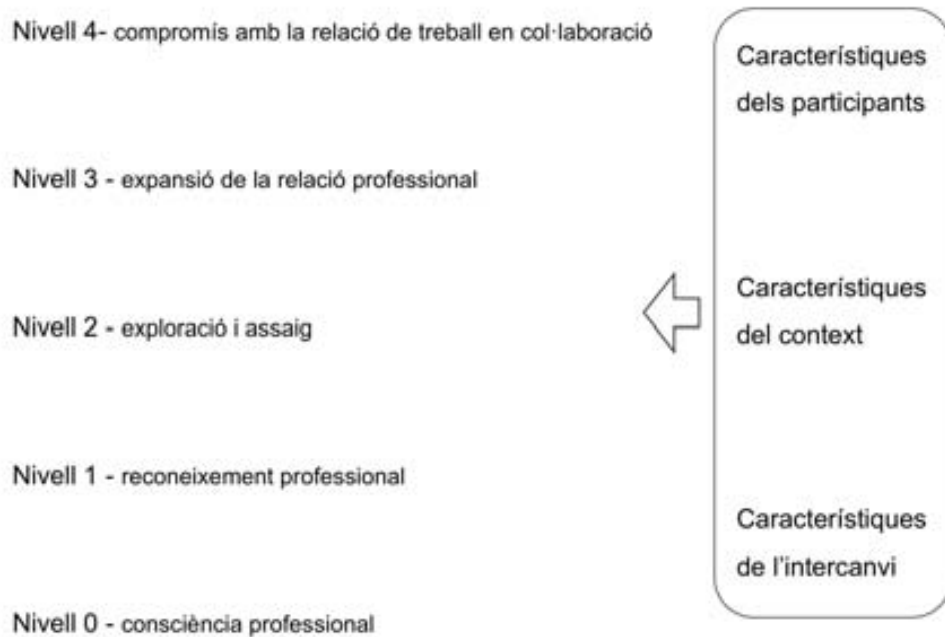


Figura 6: Etapes del desenvolupament de la col·laboració entre el farmacèutic comunitari i el metge d'atenció primària. Traduït de McDonough i Doucette.

Diversos estudis han volgut avaluar les diferents característiques d'aquest model per conèixer quines s'associen amb la col·laboració des de la perspectiva dels diferents professionals.

Seguint el model de McDonough i Doucette (133), Zillich et al. han estudiat els factors que influeixen en la col·laboració MAP-FC des de la perspectiva dels MAP en una mostra de 1000 MAP d'Iowa. Encara que les característiques dels participants i del context tenien influència en relacions de col·laboració, les de l'intercanvi (especificació de rols, confiança, i iniciació de la relació) es van associar positivament amb el treball en col·laboració MAP-FC i eren els impulsors més influents de relació (146). Posteriorment elaborà un índex a partir d'aquestes tres característiques de l'intercanvi entre el FC i els MAP que hi col·laboren, el PPCI (Physician / Pharmacist Collaboration Index) (147), i demostrà que aquest índex augmenta significativament a mesura que la col·laboració dels FC amb els MAP és major (148).

També seguint el model conceptual de McDonough i Doucette (133), en un estudi de casos amb entrevistes i enquestes a FC que col·laboraven amb els MAP, Brock i Doucette (149) informen sobre factors de la col·laboració. Segons els FC el

desenvolupament de la col·laboració està influenciat principalment per les següents característiques de l'intercanvi: la visió del MAP de ser un valor afegit per a l'atenció al pacient, la comunicació bidireccional, la capacitat d'identificar la oportunitat de situació win-win, i la simetria de la dependència. També identifica una característica del context com a factor d'influència: el nivell d'atenció conjunta dels pacients. Tenir menys anys d'experiència laboral, treballar en ell mateix del sistema de salut, tenir una millor accessibilitat al MAP i a la informació del pacient eren característiques presents en el grup de col·laboració més elevada.

Doucette et al. (150) han dut a terme un estudi quantitatiu per determinar els factors influents en la col·laboració entre FC i MAP des de la perspectiva del FC, utilitzant les característiques individuals, del context i de l'intercanvi del model de McDonough i Doucette (133). Els factors predictors significatius van ser dos de les característiques de l'intercanvi – la confiança i l'especificació dels rols – i un de les característiques del context – la interacció professional.

1.4.4.2 Model de col·laboració MAP-FC de Bradley, Ashcroft i Noyce

Aquests autors (151) presenten un model de col·laboració a partir d'entrevistes amb MAP i FC d'Anglaterra que intervenen en la prestació de serveis que requereixen col·laboració (com per exemple la revisió de la medicació i el tractament de malalties menors). A Anglaterra tots els FC ofereixen serveis cognitius i un servei de "repeat dispensing" (dispensació de medicació crònica) com part de les seves obligacions, cosa que implica que MAP i FC cooperin (140).

Classifiquen la col·laboració MAP-FC en tres nivells: 1- aïllament, 2- comunicació i 3- col·laboració. (Figura 7) Els factors que afecten la col·laboració aniran canviant en funció del nivell on aquesta es trobi. En el nivell 1 els professionals treballen aïllats, existeix poca confiança i el MAP sospita l'interès de negoci del FC. La comunicació és limitada essent només unidireccional del FC cap al MAP i es mantenen els rols tradicionals de cadascun. En el nivell 2 la farmàcia comunitària ofereix serveis addicionals que fan augmentar els contactes. Es va construir la confiança entre MAP i FC a través de la coneixença. Tot i que la comunicació encara és limitada i la iniciativa sol provenir del FC, els rols comencen a canviar i millora la visió del MAP sobre el FC, que encara no té una actitud proactiva. En el nivell 3 FC i MAP treballen junts en la provisió de serveis tot millorant la confiança que es tenen a través del coneixement mutu. La comunicació ja és recíproca i còmoda; ambdós tenen com a objectiu principal

el benefici del pacient, que ja és més important que la defensa dels rols tradicionals. El MAP creu que el FC pot oferir una millora en el servei conjunt i augmenta el respecte professional mutu.

	Nivell 1: Aïllament	Nivell 2: Comunicació	Nivell 3: Col·laboració
Localització	Geogràficament separats.	Majoritàriament separats geogràficament, però amb algunes excepcions.	Junts o geogràficament propers.
Provisió de serveis	Serveis farmacèutics limitats; (gairebé) només dispensació.	La farmàcia ofereix alguns serveis addicionals. L'augment dels contactes necessari per a aquests serveis pot millorar o empitjorar les relacions.	La farmàcia ofereix més serveis. El fet de treballar junts per a donar un servei pot formalitzar i enfortir les relacions.
Confiança	El MAP té poca confiança en el FC i sospita pel factor negoci de la farmàcia. El FC no considera necessari confiar en el MAP.	S'ha establert certa confiança que depèn del fet que el FC demostrí que és de confiança. Hi ha desconfiança del MAP envers certs tipus de FC. El FC encara no considera gaire necessari confiar en MAP.	Hi ha una relació llarga i de confiança mútua. Gràcies a les bones relacions amb el FC, el MAP tendeix a confiar més àmpliament en la professió farmacèutica.
Coneixement mutu	MAP i FC tenen no tenen la sensació de conèixer-se bé.	Els MAP creuen conèixer alguns farmacèutics de la seva comunitat, però els preocupa que ells mateixos i els pacients no coneguin els substituïts.	Ambdues parts tenen la sensació de conèixer-se mútuament. El MAP pot tenir la sensació de necessitar conèixer nous FC, la qual cosa en demostra el nivell de dependència.
Comunicació	Comunicació limitada, principalment unidireccional del FC cap al MAP.	Comunicació moderada majoritàriament unidireccional. És el FC qui sol iniciar el contacte. La comunicació inicial pot haver estat bona, però no s'ha sostingut. Una comunicació limitada pot ser vista com a desitjable perquè indica l'aparició de pocs problemes.	Hi ha comunicació recíproca regular. Ambdues parts se senten còmodes comunicant-se tant informalment com formalment.
Funcions i responsabilitat	Funcions i responsabilitats definides, tradicionals i dividides. El MAP manté un enfocament territorial. El FC pot ser refractari a ampliar funcions.	El MAP creu que el FC pot ser útil per a subsituir-lo si té una formació adequada i les funcions es limiten a la gestió de malalties lleus, la reducció de la càrrega de treball, etc. El MAP continua sent força territorial. El FC té una funció més aviat reactiva que proactiva i creu que és cosa del MAP triar els pacients adequats per al servei.	El MAP creu que el FC pot oferir un servei ampliat gràcies a l'experiència que té. El MAP veu el FC com un recurs útil per a demanar consell. La motivació d'ambdós és el benefici del pacient, que es considera més important que els territoris professionals.
Respecte professional	Evidència limitada de respecte professional o confiança del MAP en la farmàcia.	Alguna evidència de respecte del MAP cap a la farmàcia. El MAP, però, distingeix entre tipus de FC. (Uns són millors que altres.)	Hi ha exemples de respecte mutu tant entre els individus com entre les dues professions.

Figura 7: Model conceptual de la col·laboració entre el metge d'atenció primària i el farmacèutic comunitari. Traduït de Bradley et al.

1.4.5 Factors que afecten la col·laboració MAP-FC

Un dels múltiples factors que afecten la col·laboració entre els MAP i els FC és la percepció que tenen de la utilitat de la col·laboració entre ells, que es presenta de forma més detallada en l'apartat *1.4.6 Percepció de la utilitat de la col·laboració entre MAP i FC*.

1.4.5.1 Estudis quantitativs sobre els factors que afecten la col·laboració MAP-FC

La millor aproximació per conèixer els factors que afecten la col·laboració entre metges i farmacèutics, a través de les opinions dels propis actors, és la metodologia qualitativa (152,153). No obstant això, alguns estudis quantitativs amb enquestes o qüestionaris a MAP i FC han descrit una sèrie de factors que influeixen, afavorint o dificultant, la relació entre els dos professionals.

Estudis quantitativs més rellevants sobre els factors que afecten la col·laboració MAP-FC

Un estudi quantitativ amb enquestes a MAP d'Anglaterra el 2001 (154) mostra que la majoria recolzaven el rol del FC i creien que les dues professions tenien molt de potencial per enriquir-se mútuament. Encara que la majoria dels MAP tenia actituds favorables cap al paper del FC en malalties de menor importància, només la meitat hauria estat d'acord en recomanar als pacients consultar amb ell. La manca de relació personal amb el FC sembla influir de forma important en el punt de vista dels MAP. Al Regne Unit està canviant cap a més hores d'obertura de les farmàcies comunitàries, fet que fa créixer el nombre d'empleats i suplents farmacèutics necessaris i disminuir la quantitat de FC propietaris independents. A conseqüència, les relacions entre els professionals es tornen més difícils.

En un estudi quantitativ amb enquestes per conèixer les opinions dels MAP de Saskatchewan, al Canadà, sobre el rol i la col·laboració amb els FC per millorar l'adherència als tractaments crònics, la majoria coincidia que, encara que interactuaven poc, aconseguir un cert nivell de col·laboració era possible i que estava disposada a fer-ho per promoure l'adherència. Només una quarta part dels MAP es comunicava regularment amb els FC, majoritàriament els de zones rurals. Deien que les activitats proposades requerien més temps i esforç, i que s'havien de reconèixer i compensar. Els MAP amb experiència laboral de menys de 10 anys i els que

exerceixen en zones rurals estaven més disposats a compartir informació clínica i a comunicar-se amb els FC. Gairebé tots creien que els FC tenen un paper en la promoció de l'adherència a la medicació crònica i més de la meitat indicaven que tots dos han de tenir la mateixa responsabilitat en fer front a aquest problema. La majoria creien que els FC tenen una influència positiva sobre l'adherència dels pacients als medicaments crònics i al 96,5% els agradaria que se'ls notifiqués si un pacient no prenia regularment els seus medicaments crònics, principalment per escrit (155).

En un estudi que es va dur a terme en clíniques de la Força Aèria dels EUA utilitzant un qüestionari d'autoavaluació que incloïa tots els professionals d'atenció primària (metges, infermers i farmacèutics), els FC deien que eren sovint vistos com policies més que com col·legues, perquè generalment contactaven amb els MAP quan trobaven problemes amb la medicació o informaven dels errors amb dany potencial per als pacients. Segons els FC, aquesta experiència pot contribuir a tensar les relacions fent que siguin percebudes com a dolentes (141).

A través d'una enquesta a una mostra de 848 MAP d'Ontario estratificats per àrees urbanes i rurals, la disposició dels MAP per col·laborar amb el FC en la gestió de la farmacoteràpia era major per part dels metges rurals, els de gènere femení i els que tenien més experiència professional. El fet de percebre avantatges de la col·laboració va ser el predictor més important de la disposició dels MAP a col·laborar (156).

1.4.5.2 Estudis qualitatis sobre els factors que afecten la col·laboració MAP-FC

Pocs són els estudis qualitatis centrats específicament en avaluar les barreres i els facilitadors per a la col·laboració MAP-FC des del punt de vista dels mateixos professionals. En el moment en que s'inicia el treball exposat en aquesta tesi només se n'havia publicat dos (80,157) que exploressin la visió dels dos col·lectius centrada en aquests factors.

Estudis qualitatis més rellevants sobre els factors que afecten la col·laboració MAP-FC

Els estudis més significatius són els cinc següents, que també es resumeixen en dues taules (Taula 2a i Taula 2b). En tots ells alguns aspectes de la col·laboració estaven incentivats (Taula 2a).

L'estudi dut a terme a Irlanda del Nord amb grups focals uniprofessionals (MAP i FC) en atenció primària el 2003 (80) explora la percepció dels professionals de les barreres que existeixen per al treball interprofessional entre els dos col·lectius i l'ampliació dels drets de prescripció dels farmacèutics. Es van incloure grups amb experiència prèvia de treball en col·laboració i grups amb poca experiència d'aquest tipus. Es van identificar quatre barreres principals per a la col·laboració entre els MAP i els FC: 1) la visió que el MAP té del FC com a empresari, i no com a professional de la salut, 2) les dificultats d'accessibilitat de tots dos col·lectius, 3) els problemes relacionats amb la jerarquia i 4) la manca de coneixement sobre el treball que exerceix l'altre col·lectiu.

1) Imatge de botiga de la farmàcia comunitària. Molts dels metges veien els FC com a empresaris, comerciants o minoristes especialitzats, i creien que això representa un conflicte d'interessos en l'atenció de la salut. L'aspecte comercial de la farmàcia comunitària també influïa en les opinions dels MAP sobre la prescripció farmacèutica, que al Regne Unit és legal per a certs productes. Els MAP consideraven que els sistemes actuals creen incentius perversos per als FC per vendre més medicaments o, si tenen un paper més important en la prescripció, per a prescriure més. Aquest conflicte també va ser reconegut pels FC. Molts MAP van veure que el treball farmacèutic dins del consultori i exercit directament amb ells com el model preferit en termes de treball interprofessional i suport a la prescripció, perquè s'allunya de la imatge de botiguer.

2) Accés. En general, els MAP no van informar de dificultats per comunicar-se amb els FC, però sí van expressar reserves sobre l'accés del pacient als serveis de farmàcia especialment fora de les hores de treball dels FC. Per contra, molts FC s'havien trobat amb dificultats per posar-se en contacte amb els MAP i això s'atribuïa sovint als recepcionistes. A conseqüència, el FC havia de fer esperar els pacients a la farmàcia. Contràriament a les percepcions dels MAP, els FC creien d'ells mateixos que eren molt accessibles, que tenien una relació única amb els pacients, uns horaris d'obertura adequats i es consideraven una font d'informació en temes de salut per al públic. D'altra banda el dret de prescripció dels FC requereix tenir accés a informes mèdics, però alguns MAP consideraven que la confidencialitat del pacient es podria veure compromesa (per exemple pel disseny de moltes farmàcies que afecta la idoneïtat per donar consells). Els MAP també van considerar que la manca de registres de pacients a la farmàcia i els canvis de personal a la farmàcia

afecten la continuïtat de l'atenció. El model preferit era el que incloïa al FC dins del centre d'atenció primària en comptes de tractar-lo un servei extern.

3) Jerarquia. Els MAP expressaven preocupació sobre que els FC assumeixin rols que consideren mèdics. Els FC també creien que l'extensió del seu paper pot ser vist com una intromissió en l'activitat del MAP i comentaven que els MAP els consideren subordinats en termes professionals. Els FC eren considerats com a la perifèria de l'EAP, fet que influeix molt en la imatge de botiguer que tenien els FC a ulls dels MAP. Malgrat això, alguns MAP coincidien amb els FC en que són part de l'equip d'atenció a la comunitat.

4) Coneixença. Els MAP tenien algun coneixement del rol del FC en l'assistència de la salut però molts tenien poc coneixement de la formació i de les obligacions professionals dels FC. Els FC també pensaven que hi havia una manca de comprensió sobre la farmàcia per part dels MAP. Aquests punts de vista els portaven a un sentiment de frustració i se sentien infravalorats en el seu treball. Per superar aquests obstacles i augmentar la consciència de les habilitats i fortaleses professionals, els FC van suggerir la capacitació conjunta a nivell de primer i segon cicle dels estudis de les dues professions.

El 2003, Howard M et al. (157) publiquen un estudi qualitatiu amb entrevistes a MAP i FC dut a terme al Canadà. L'objectiu era conèixer les experiències dels dos tipus de professionals en un programa on havien de treballar junts per tal d'optimitzar el tractament farmacològic en pacients de 65 anys o més i identificar les deficiències del programa, els obstacles per la implementació i les estratègies per superar-los (factors que influencien en la col·laboració). Els MAP i els FC s'havien format en la col·laboració entre ells i el rol del farmacèutic en la comunitat estava ampliat. Els MAP i els FC tenien visions diferents d'aquests rols expandits dels FC: Els FC deien que el programa és una oportunitat per establir un nou rol professional. D'altra banda, els MAP apreciaven la informació que rebien dels FC sobre l'adherència dels seus pacients i l'ús de medicació no prescrita, però no volien que aconsellessin directament els seus pacients, cosa que reflecteix problemes de jerarquia. Els FC van ser més positius que els MAP sobre els potencials beneficis dels serveis de consulta farmacèutica per als pacients. Els FC expressaven que necessiten practicar les seves habilitats i rebre formació addicional. Els dos grups de professionals creien que treballar junts durant un període extens creava confiança i que aquesta era important per a una col·laboració eficaç entre ells. A mesura que el rol expandit del FC

s'implementa s'ha de redefinir o adaptar aquest rol per incrementar la eficàcia, fer un ús més eficient de tots dos professionals i reduir el cost. Els MAP, en cas que el programa s'hagués d'implementar com a servei rutinari, estaven preocupats per les necessitats de personal i d'espai i comentaven que caldria desenvolupar mecanismes de compensació externs. Ambdós grups de professionals van identificar la necessitat de perfeccionar el procés i elaborar la relació de rols i una col·laboració més plena i continuada.

Snyder et al. (158) el 2010 descriuen les relacions professionals entre MAP i FC, que als EUA treballen en col·laboració amb èxit, amb entrevistes semiestructurades utilitzant el model de McDonough i Doucette (133) i una eina, l'índex PPCI (Pharmacist-Physician Collaboration Index) (147), per a quantificar l'abast de la col·laboració. Els resultats inclouen les dades quantitatives de les puntuacions del PPCI – que indiquen que entre els professionals de la mostra hi ha un elevat nivell de col·laboració – i les dades qualitatives de les característiques dels intercanvis professionals que influeixen en el desenvolupament de la col·laboració entre ells: la iniciació de la relació, la confiança, i l'especificació de rols.

- **Iniciació de la relació.** El FC era el principal iniciador segons els dos professionals. Generalment s'apropava als MAP de la seva zona, iniciant conversacions majoritàriament de tu a tu prèviament sol·licitades. Ambdós col·lectius pensaven que és la millor forma per a desenvolupar la relació personal. La principal motivació dels professionals era la millora de l'atenció als pacients i un rol més ampli per als FC. Alguns FC van programar aquestes reunions inicials durant el dinar o el sopar. Altres mecanismes per establir el contacte inicial amb els MAP van ser la participació en organitzacions d'atenció al pacient i les notes per escrit. Es va assenyalar que era important iniciar la col·laboració paulatinament (demandar cita amb els MAP o fer recomanacions de farmacoteràpia, per exemple), perquè la relació es construeix amb el temps.
- **Confiança.** Els professionals anomenaven principalment les mesures que prenen els FC per a guanyar-se la confiança dels MAP i no a la inversa. El fet que les recomanacions del FC siguin d'alta qualitat clínica és molt important per establir la confiança i, a més, milloren els resultats del pacient. Tots dos col·lectius van comentar que veure aquests resultats positius va ser la clau per a l'èxit de la seva relació. A més de demostrar les competències, la comunicació permanent amb el MAP era molt important. La iniciació relació la

comunicació sovint es va produir mitjançant notes escrites al metge. Es va valorar en la relació el canvi del mètode de comunicació segons la situació: per telèfon si era més urgent o bé per fax. Les relacions preexistents entre el FC i altres membres de la comunitat o el FC i el pacient també es van valorar. Alguns FC s'havien iniciat en la col·laboració a través d'un altre FC i comentaven que així la confiança era més fàcil d'assolir. Els MAP també deien que el fet que el FC conegui personalment al pacient fa augmentar la confiança.

- **Especificació dels rols.** Els professionals estaven d'acord en el paper del FC pel que fa a l'atenció al pacient, que s'ha de centrar en la teràpia amb medicaments i en educar el pacient amb el suport del MAP. Els MAP valoraven les contribucions dels FC i feien èmfasi en temes de jerarquia, com que el paper del FC és molt diferent al seu i que en última instància eren ells responsables dels resultats dels pacients i, per tant, els que prenen les decisions. Els FC també descrivien situacions en què s'havien trobat amb MAP (que no eren els seus col·laboradors en aquest l'estudi) resistents a la col·laboració.

L'objectiu de l'estudi de Van et al. (136) de 2011 va ser investigar, amb entrevistes semiestructurades a MAP i FC rurals i metropolitans a Austràlia, la naturalesa i l'extensió de les interaccions els dos col·lectius i els factors que hi influeixen des del punt de vista dels professionals. Els FC oferien voluntàriament més serveis professionals com la revisió de la medicació a domicili i el servei d'atenció a pacients diabètics després d'haver estat formats i acreditats per a dur-ho a terme. Una avaluació prèvia d'aquests serveis va mostrar que donava lloc a la participació dels MAP amb els FC i aportava una millora dels resultats en salut dels pacients. La majoria dels professionals es comunicaven per telèfon, d'altres per correu electrònic o de tu a tu. La provisió d'aquests serveis professionals per part dels FC implicava tenir més contactes entre FC i MAP i compartir més informació clínica. Els MAP amb voluntat de col·laborar de vegades no podien pel complicat protocol, per massa càrrega administrativa o per la manca de temps. Ambdós professionals deien que tenir contacte regular es devia més al FC que prenia la iniciativa de fer el primer contacte, al fet de tenir pautes de comunicació adequades (faciliten les interaccions relatives a la dispensació i l'intercanvi d'informació i les relacionades amb l'atenció al pacient) i al fet de mantenir la relació de forma continuada. Estar involucrat amb els serveis

professionals farmacèutics dóna com a resultat una percepció d'increment en el nivell d'interaccions entre FC i MAP. Els autors detecten factors que influeixen el comportament col·laboratiu i els classifiquen en determinants de la interacció, dels professionals i de l'entorn.

- **Determinants de la interacció.** Els determinants que influeixen la col·laboració classificats com a interacció entre MAP i FC són: la comunicació fàcil, la confiança, el respecte i la voluntat de treballar junts. La comunicació regular centrada en qüestions clíniques ajuda a construir una bona avinença i la confiança. Una comunicació oberta i honesta que fa que puguin treballar junts amb més eficàcia. La confiança era referida com a essencial sobretot en la capacitat clínica del FC i en el seu interès pel pacient, que alguns MAP qüestionaven pensant que era el del negoci. També hi havia més confiança quan hi havien hagut experiències prèvies que desembocaven en una millora de l'atenció al pacient.
- **Determinants dels professionals.** Els determinants d'aquesta àrea són: experiència professional prèvia, el reconeixement mutu dels rols i les expectatives sobre l'altre. Per exemple, els professionals que havien estat involucrats en l'aprenentatge interprofessional durant la formació o que havien treballat en col·laboració tenien una opinió més positiva i estaven més disposats a treballar en equip. Haver estat en equips interprofessionals permetia els FC apreciar els beneficis i tenir les habilitats per treballar amb eficàcia amb els MAP. Les experiències negatives prèvies, d'altra banda, també els podien dissuadir.
- **Determinants de l'entorn.** Aquests determinants engloben les condicions en què els professionals treballen que impacten en la relació de col·laboració, com l'accessibilitat, les normes i els protocols, l'educació continuada interprofessional i la remuneració.
 - **Grau d'accessibilitat.** Es va destacar com a barrera per als MAP i els FC que treballen junts. Gairebé tots els enquestats van citar la manca de temps com la principal raó. Diversos FC van assenyalar que els MAP no sempre eren de fàcil accés. Els professionals que eren fàcilment accessibles trobaven més fàcil el fet de col·laborar. L'accessibilitat era més fàcil per als situats en estreta proximitat geogràfica entre si.
 - **Normes i protocols.** La majoria coincidia que la presència d'un protocol establert amb rols ben definits per a MAP i FC proporciona un bon marc per

al treball en equip. La revisió de la medicació domiciliària sovint afavoria la col·laboració.

- **L'educació interprofessional.** Va ser vista com a útil reunir MAP i FC perquè que era una oportunitat per a establir un contacte de tu a tu i conèixer les perspectives de cadascun sobre els medicaments i el tractament del pacient. En el context d'atenció farmacèutica, l'educació interprofessional era particularment eficaç, els MAP i FC assistents a les sessions van tenir l'oportunitat de debatre els problemes relacionats amb el servei.
- **Retribucions.** Molts dels enquestats també creien que encara que la remuneració dels participants era modesta permetia un servei sostenible, comentaven que la remuneració pot afavorir futures atencions en col·laboració.

Bradley et al. (151) el 2012, a partir d'entrevistes a MAP i FC d'Anglaterra que intervenen en la prestació col·laborativa de serveis, presenta un model de col·laboració entre ells (Model de col·laboració MAP-FC de Bradley, Ashcroft i Noyce, veure l'apartat 1.4.4.2), on cada factor que descriu es manifesta en diferent grau segons en quin dels tres nivells de la classificació es trobi aquesta col·laboració (Figura 7). Els factors són:

- **Proximitat i situació geogràfica.** Pot facilitar o dificultar el treballar en col·laboració, per exemple en les zones rurals que tenen menys farmàcies és més fàcil col·laborar.
- **Provisió de serveis.** Des de només fer el FC la dispensació de medicaments fins la provisió de serveis addicionals de major nivell, treballant junts en els serveis que s'ofereixen es formalitza i es consoliden les relacions. En aquest camí hi ha un augment de contactes necessaris per donar el servei que poden comportar un augment o un empitjorament de la relació.
- **Confiança.** Mitjançant sessions conjuntes i de visites al centre per part del FC es pot fomentar la confiança mútua. Els MAP informaven que hi ha dificultats per treballar amb les cadenes de farmàcies, que tenen molt personal i poca continuïtat.

- **Coneixement de l'altre.** La coneixença mútua facilita la confiança. La dificultat en conèixer els FC que treballen en cadenes de farmàcies fa que els MAP no tinguin voluntat de treballar amb ells. El mateix ocorre amb els FC quan han de contactar amb molts MAP. El fet de no conèixer-se fa que el MAP no pugui valorar el servei que fa el FC.
- **Comunicació.** La sostenibilitat de la comunicació també és un factor important.
- **Rols i responsabilitats.** Alguns MAP estaven oberts a col·laborar amb els FC, però mantenint i reforçant el seu domini. Alguns FC que participaven en dispensació de tractaments crònics van expressar punts de vista similars en el sentit que algunes funcions eren del MAP i que no volien assumir certes responsabilitats.
- **Respecte professional.** Alguns MAP (que es van prestar a la col·laboració desinteressadament) van expressar la seva preocupació pel nivell de formació dels FC, cosa que indica poca confiança en la seva capacitat. L'aspecte comercial de la farmàcia comunitària també es va veure negativament i amb recel per alguns MAP. En general van demostrar respecte per la professió però distingien entre tipus de farmàcia i farmacèutics. Les diferències entre cadenes de farmàcies i farmàcies particulars afectaven la seva capacitat o voluntat de col·laborar.

A continuació es presenten dues taules (Taula 2a i Taula 2b) que resumeixen aquests cinc estudis qualitius.

Autors Any publicació	Hughes i McCann 2003	Howard et al. 2003	Snyder et al. 2010	Van et al. 2011	Bradley et al. 2012
Tècnica recollida de dades	Grups focals	Entrevistes	Entrevistes	Entrevistes	Entrevistes
País/Lloc	Irlanda del Nord	Canadà	EUA	Austràlia	Anglaterra
Objectiu de l'estudi	Anàlisi de les barreres per al treball interprofessional i l'ampliació drets de prescripció dels FC	Anàlisi de les experiències dels dos tipus de professionals en un programa en col·laboració	Descripció dels intercanvis professionals entre FC i MAP que col·laboren	Investigació de les interaccions entre MAP i FC i els factors que influeixen en el context dels serveis farmacèutics	Model de col·laboració entre MAP i FC en la prestació de serveis que requereixen col·laboració
Incentivació	Alguns serveis dels FC amb retribució	FC especialment formats amb un paper més ampli	Alguns serveis del FC amb retribució	Formació, acreditació i retribució de determinats serveis farmacèutics	Incentivació dels FC perquè prestin més serveis cognitius
Tipus de col·laboració MAP-FC	MAP i FC amb col·laboració establerta	FC formats i MAP que treballen junts en un programa	Col·laboració amb èxit	Col·laboració	1 nivell de no col·laboració i 2 nivells de col·laboració

Taula 2a: Característiques dels cinc articles qualitius més rellevants sobre els factors que afecten la col·laboració MAP-FC. FC: farmacèutic comunitari. MAP: metge d'atenció primària.

Autor Any publicació	Hughes 2003	Howard 2003	Snyder 2010	Van 2011	Bradley 2012
Factors que afecten la col·laboració i/o la voluntat de treballar junts					
Visió del FC per part del MAP	x	x	x	x	x
Imatge de venedor del FC (conflicte d'interessos)	x			x	x
Sistema (pervers) actual incentiva als FC a vendre més medicaments	x				
Coneixement funcions / valor del FC	x	x	x	x	x
El FC ha d'estar format		x	x		x
Sobrecàrrega de feina i temps		x		x	
La iniciativa de col·laboració ve o ha de venir del FC		x	x	x	x
Manca de feedback				x	
Accessibilitat de l'altre professional	x			x	
Recepcionista de l'EAP com a barrera	x				
Treballar directament amb el FC (MAP)	x			x	
Coneixement de tu a tu (face-to-face)		x	x	x	
Confiança i respecte		x	x	x	x
Actituds (com a conseqüència de: experiències prèvies, opinions de l'altre, formació conjunta, respecte i confiança)				x	
Quan es col·labora durant cert temps augmenta la confiança, el respecte i la col·laboració		x		x	
Formació conjunta: reunions, sessions	x			x	
Reunions periòdiques			x		
Patrons rutinaris de comunicació establerts			x	x	
Protocols i normes que defineixin rols dels professionals contra el solapament de rols			x	x	x

Autor Any publicació	Hughes 2003	Howard 2003	Snyder 2010	Van 2011	Bradley 2012
Importància del rol, responsabilitats i intrusisme	x	x	x	x	x
Jerarquia	x	x		x	x
Percepció d'utilitat de la col·laboració		x	x	x	
Objectius comuns (principalment clínics)			x	x	
Treballar directament amb el pacient		x			
Col·laboració relacionada amb la medicació		x		x	
Proximitat i zona rural, facilitadors			x	x	x
Retribució		x		x	
Tipus de farmàcia (un propietari, cadena)	x				x
Farmàcia comunitària fora de l'AP de salut vs farmàcia comunitària integrada en l'AP	x				
FC de l'EAP com a solució	x				

Taula 2b: Resum dels factors que afecten la col·laboració MAP-FC dels cinc articles qualitius més rellevants. FC: farmacèutic comunitari. EAP: equip d'atenció primària. AP: atenció primària. MAP: metge d'atenció primària

Altres estudis qualitius sobre els factors que afecten la col·laboració MAP-FC

Existeixen d'altres estudis qualitius que descriuen barreres i facilitadors per a la col·laboració, encara que no estan focalitzats en els factors que afecten la col·laboració MAP-FC o inclouen també pacients i d'altres professionals implicats en l'atenció al pacient.

Al Regne Unit (Nottingham) es van estudiar els ingressos hospitalaris evitables relacionats amb una sèrie de medicaments de pacients procedents de CAP durant un any i es va dur a terme un estudi qualitatiu amb entrevistes semiestructurades a aquests pacients, a MAP, a FC i a d'altres professionals relacionats amb la cura. L'estudi va revelar que una de les principals causes era la manca de comunicació entre pacients i professionals sanitaris: entre MAP i FC així com entre MAP i metges

d'hospital. Els problemes de comunicació entre MAP i FC s'associaven sovint amb la relació asimètrica entre col·lectius professionals. Els FC afirmaven que no contacten amb els MAP quan detectaven problemes perquè no tenien suficient informació clínica dels pacients (historia mèdica i medicació), per manca de temps i per experiències negatives prèvies al contactar-hi. També els MAP en ocasions tenien insuficient informació del tractament del pacient. La falta d'accés a la informació clínica i que el pacient pugui anar a diferents farmàcies també dificulta una atenció adequada (45).

Es dugué a terme un estudi qualitatiu a Suècia per identificar les percepcions dels FC i els MAP entre els quals existeix una bona relació, sobre el servei d'atenció farmacèutica. Alguns FC van esmentar dificultats per a involucrar els MAP i d'altres van dir que el projecte havia incrementat la cooperació. Opinaven que els MAP en ocasions ho veien com una intromissió en el seu treball i que la cooperació era un factor clau per l'eficàcia de l'atenció farmacèutica (91).

Després de dur a terme un estudi controlat randomitzat multicèntric (124) a Nova Zelanda (2002-2004) en què MAP i FC treballen en col·laboració en la revisió de la medicació de pacients de 65 o més anys polimedicats, Bryant fa dos estudis qualitatius (159,160), on explora amb entrevistes semiestructurades els factors actitudinals dels professionals respecte del programa implementat. En l'estudi amb MAP, aquests consideraven que per als pacients eren útils i apropiades les recomanacions del FC. El mètode de comunicació que preferien per al feedback era el tu a tu, però quan les relacions ja estaven establertes consideraven suficient la informació per escrit. Feien èmfasi en la qüestió del rol en el sentit que són ells els que prenen les decisions clíniques i no els FC. Atribuïen diferents valors a la col·laboració MAP-FC tot valorant l'equilibri que hi ha entre els possibles resultats positius en salut dels pacients i la utilització de recursos, bàsicament el temps i el finançament (160). En l'estudi amb FC, aquests opinaven que necessitaven tenir les habilitats i la confiança necessàries per proporcionar aquest servei de revisió de la medicació. Expressaven la seva satisfacció perquè duia a una millor relació amb els pacients però que els calia tenir més temps. Per als FC, per realitzar el servei ha d'haver-hi la percepció d'eficàcia per al pacient, per al MAP i per al FC, incloent la perspectiva de negoci de la farmàcia. Els FC trobaven a faltar el retorn de la informació sobre l'acceptabilitat de les seves recomanacions, cosa que els va deixar sense saber si seu treball havia estat útil. El mètode de comunicació que preferien era el tu a tu, que requeria més temps, però juntament amb un resum escrit semblava ser més productiu i ajudava al FC a comprendre millor el punt de vista del MAP (159).

En un estudi qualitatiu que explora les creences i les expectatives dels MAP, dels FC i dels pacients en relació amb la concordança (acord entre pacient i els seus cuidadors per obtenir la millor utilització del tractament compatible amb el que es desitja i el que es pot assolir), els FC opinaven que s'ha d'organitzar el sistema de manera que doni cabuda a un major intercanvi d'informació de qualitat entre els professionals. Els MAP expressaven que s'ha de compartir major informació amb els FC, remunerar la comunicació amb els altres professionals i definir els rols de cada participant. La manca de temps va ser identificada com un problema; tenir més temps facilitaria l'intercanvi d'informació. Fent reunions periòdiques conjuntes per conèixer la perspectiva de l'altre, millorant l'intercanvi informació i compartint la presa de decisions es podria aconseguir la concordança en el tractament del pacient (161).

Es va realitzar un estudi amb metodologia mixta quantitativa (enquestes) i qualitativa (entrevistes semiestructurades) a MAP i FC d'Anglaterra amb l'objectiu d'investigar la percepció d'integració i la relació de les farmàcies comunitàries amb els MAP de la zona i l'impacte en l'atenció farmacèutica. Segons els participants els facilitadors de la col·laboració eren el fet de treballar en un lloc comú perquè possibilita la comunicació tu a tu, que aporta beneficis com aprendre dels altres i compartir coneixements. Haver tingut relació prèvia facilita la col·laboració. És important la confiança mútua, que necessita temps per establir-se i sembla créixer amb el temps. El fet de conèixer-se i treballar junts porta a la confiança, això és més fàcil amb les farmàcies particulars que amb les cadenes de farmàcies. Els FC opinaven que compartir informació clínica milloraria l'atenció al pacient però els MAP pensaven que això seria un inconvenient per mantenir la confidencialitat de les dades. Alguns MAP es van sorprendre dels coneixements i les habilitats professionals dels FC i valoraven la millora que comporta en l'atenció el fet de treballar en col·laboració (162).

Un estudi qualitatiu multicèntric amb grups focals a EUA identifica la percepció que tenen els MAP (que no treballen en col·laboració amb els FC), sobre el maneig del tractament farmacològic proporcionat per aquests. Els MAP pensaven que per a iniciar la col·laboració amb els FC se'ls ha de comunicar clarament els beneficis que comportarà en l'atenció als pacients i conèixer el funcionament del programa que es durà a terme. A més creien que MAP i FC havien de tenir la mateixa disposició en l'atenció al pacient. Volien que el contacte fos directe i que el FC preferiblement fos dins del consultori mèdic. També necessitaven saber com està de preparat el FC i establir relacions de confiança sense competir entre ells. Mostraven preocupació pel temps que haurien de dedicar-hi (143).

S'ha dut a terme un estudi qualitatiu en atenció primària a Irlanda per explorar les actituds dels MAP i dels FC (que no treballen en col·laboració) en el maneig de pacients amb multimorbiditat. Els MAP consideraven que els FC tenien un paper important en el seguiment de les interaccions dels medicaments, però tenien dubtes sobre que en prenguessin decisions. Els FC se sentien aïllats i això s'agreujava per la falta d'interacció entre els mateixos FC malgrat que els pacients podrien estar rebent medicaments de diverses farmàcies. També tenien algunes opinions negatives sobre els MAP, els semblava que no revisaven regularment els tractaments i que podrien aprofitar més les oportunitats per reduir-los. Els MAP proposaven solucions com per exemple més temps per a les consultes i formació, i els FC també més temps per a la revisió de la medicació i accedir a informació del pacient (142).

1.4.6 Percepció de la utilitat de la col·laboració entre MAP i FC

El factor percepció de la utilitat de la col·laboració és un dels factors més importants de la col·laboració entre MAP i FC. És un factor predictor de la participació en la col·laboració (133), el més important per la disposició dels MAP a col·laborar (156) i un dels més rellevants per al FC (159).

Segons els FC el desenvolupament de la col·laboració està influenciada principalment per les característiques de l'intercanvi, entre elles la capacitat d'identificar l'oportunitat d'una situació win-win (149). També és important per als membres d'un equip multidisciplinari avaluar de forma contínua tant el procés de la col·laboració interorganitzacional com els seus efectes. Això és necessari per a la creació d'una organització que aprèn a desenvolupar i mantenir la col·laboració (103).

D'acord amb la Teoria de l'Acció Raonada (163) quan una persona es forma creences sobre una acció – en aquest cas iniciar una col·laboració – automàticament i simultàniament adopta una actitud. Aquesta actitud influirà en la intenció de portar a terme l'acció i en el comportament final. Basant-nos en aquesta teoria podríem entendre la gran importància de conèixer la percepció d'utilitat que tenen els professionals perquè afectarà la seva actitud cap a la col·laboració i, conseqüentment, la intenció de col·laborar i, en següent instància, que aquesta col·laboració finalment es produeixi. El fet que els professionals creguin que una bona relació tindrà efectes positius, com pot ser una millora en la prescripció i/o en l'adherència als tractaments farmacològics, és un fort predictor de l'actitud, la intenció i la voluntat de treballar en col·laboració dels professionals (125,143,149,155–157,159,164).

1.4.6.1 Estudis quantitius sobre el factor percepció de la utilitat de la col·laboració entre MAP i FC

Els estudis quantitius a través d'enquestes, que permeten conèixer la utilitat que els professionals MAP i FC atorguen a la col·laboració entre ells, indiquen que la majoria opina que col·laborar aporta múltiples millores a diferents nivells.

Un estudi amb enquestes per conèixer les opinions dels MAP de Saskatchewan al Canadà (155) mostra que els MAP estaven d'acord que una major col·laboració amb els FC milloraria l'adherència als tractaments crònics. Els MAP expressaven la disposició a treballar en equip per a aconseguir-ho.

En un estudi a Alemanya mitjançant enquestes a MAP i FC, els professionals consideraven que era útil en la promoció de l'adherència als tractaments (165).

A Finlàndia una mostra de MAP enquestats opinava majoritàriament que el treball en col·laboració amb els FC prevé l'aparició d'errors en la medicació i en millora la gestió. Consideraven que els FC tenen una funció important per a reduir els errors en la medicació mitjançant el consell al pacient, la detecció d'interaccions i la revisió de la medicació (127).

En un estudi realitzat pel Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, els metges enquestats de l'àmbit d'atenció primària creien que col·laborar amb les oficines de farmàcia milloraria els objectius de salut, detectaria incompliments o mal ús de la medicació, duplicitats i interaccions entre medicaments i comportaria un impacte positiu en la despesa (35).

Un estudi determina la disposició dels MAP d'Ontario per col·laborar amb els FC en la gestió de la farmacoteràpia a través d'una enquesta. Tenir una informació més precisa sobre la medicació del pacient va ser percebut com el principal avantatge de col·laborar amb els FC i per als FC la falta d'informació sobre dades clíniques del pacient com la limitació principal. El predictor més fort de la predisposició dels MAP a col·laborar va ser percebre els avantatges de la col·laboració (156).

1.4.6.2 Estudis qualitius sobre el factor percepció de la utilitat de la col·laboració entre MAP i FC

Igual que els estudis quantitius, els qualitius mostren que de forma majoritària els professionals pensen que col·laborar porta a resultats positius a múltiples nivells. A diferència dels quantitius, però, els qualitius aporten més riquesa gràcies a més informacions sobre la percepció d'utilitat dels professionals.

Després de dur a terme l'estudi quantitiu GPPC (The General Practitioner-Pharmacist Collaboration) (124), els autors exploren amb dos estudis qualitius amb entrevistes semiestructurades els factors relacionats amb les actituds dels professionals que havien col·laborat en la revisió de la medicació dels pacients (159,160). Respecte al factor utilitat, els MAP van expressar que els aspectes que creien que havien estat importants i útils eren la informació sobre qüestions com la farmacocinètica, les interaccions i la dosificació en insuficiència renal així com la identificació dels efectes adversos reals o potencials i els problemes relacionats amb el compliment. Atribuïen diferents valors a la col·laboració MAP-FC pel que fa la revisió dels medicaments, mostrant-la com un equilibri entre el potencial de millora dels resultats en el pacient i els recursos invertits (160). Sobre els aspectes positius de les revisions, els FC van trobar satisfacció professional en el desenvolupament d'una millor relació amb els pacients perquè els poden ajudar. També destacaven la major eficàcia i una millor perspectiva de negoci de la farmàcia. Van trobar a faltar, però, el retorn de la informació de l'acceptabilitat de les seves recomanacions (159).

En un altre estudi alguns MAP opinaven que la revisió dels tractaments per part dels FC amb els que havien de col·laborar havia estat útil perquè augmentava la seguretat del tractament farmacològic, encara que n'hi va haver un que no estava d'acord en que el FC tingués la llista de la medicació dels pacients i alguns que deien que el personal de la farmàcia identificava problemes no rellevants (91).

En un estudi qualitiu amb entrevistes a MAP i FC del Canadà (Ontario) que van treballar junts en un programa ideat per a optimitzar el tractament farmacològic de pacients de 65 anys o més (131) l'impacte de la intervenció va ser percebut per ells com a modest però útil. Opinaven que la major part de les recomanacions dels FC tenien poc impacte en els resultats de salut. Els FC veïen la col·laboració com una nova oportunitat professional i els MAP apreciaven el fet de tenir més informació sobre l'adherència als tractaments i l'ús de medicació no prescrita per part dels seus pacients. Els MAP apuntaven que havien adquirit nous coneixement de les consultes

amb els FC, que es van detectar interaccions medicamentoses reals o potencials i que van ser identificats alguns problemes d'adherència dels pacients (157).

Un estudi qualitatiu multicèntric a EUA amb grups focals va identificar les percepcions dels MAP de zones urbanes, suburbanes i rurals respecte que els FC gestionin el maneig del tractament farmacològic, que requereix que tots dos grups professionals col·laborin. Per als MAP el fet de rebre una llista completa de la medicació del pacient va ser el millor benefici. Alhora creien que això augmentava l'adherència al tractament i que hi havia un altre proveïdor de salut per detectar problemes i errors de la medicació. A més els MAP podien confirmar el nivell de coneixements que tenien els FC (143).

Segons han indicat els mateixos professionals a un estudi de Smith et al., la col·laboració entre MAP i FC pot reduir de manera considerable la morbiditat i mortalitat relacionada amb la medicació. Els MAP consideren que millora la monitorització de les interaccions (142).

S'ha dut a terme un estudi amb metodologia mixta als Països Baixos per valorar la factibilitat de dos mètodes de revisió de la medicació crònica en ancians ambulatoris cooperant FC i MAP, un amb comunicació entre ells per escrit i un altre amb reunions. Ambdós grups de professionals en les entrevistes estructurades van expressar que tots dos mètodes eren útils i que tenien un impacte positiu en la farmacoteràpia, que eren factibles i que s'havien d'anar millorant (166).

En un estudi qualitatiu amb grups focals i entrevistes semiestructurades a Austràlia que inclou pacients, MAP i FC, els pacients expressen que la col·laboració entre aquests professionals comportaria una millor utilització dels Sistema Sanitari. Els MAP refereixen que la comunicació promou la qualitat en l'atenció de salut. Compartir informació de qualitat entre els professionals sanitaris i entre els proveïdors d'atenció de salut i els consumidors va ser reconegut com un objectiu positiu per a tots els participants al qual cal aspirar (161).

1.5 Justificació de l'estudi

Les institucions d'àmbit europeu i internacional consideren que el farmacèutic ha d'assumir un paper clau en el procés d'ús de la medicació en col·laboració amb el MAP mitjançant l'optimització i la monitorització del tractament amb l'objectiu de

millorar la qualitat assistencial i la cura del pacient. Així doncs, el Consell d'Europa (2001) dictamina en el punt 10 de la Resolució relativa al rol del farmacèutic, que "amb l'objectiu d'optimitzar la cura del pacient, s'han d'implementar xarxes que incloquin els farmacèutics hospitalaris i comunitaris així com els que treballen en EAP, els metges i, quan sigui necessari, les autoritats sanitàries, els fons d'assegurances de salut i les universitats. Aquestes a més hauran de facilitar la cooperació entre professionals tant dins com fora dels hospitals" (2).

Una millora en la comunicació entre aquests professionals sanitaris podria derivar en una actuació coordinada per a la gestió de la malaltia i el tractament del pacient. La col·laboració duria a una millor atenció al pacient, a disminuir la càrrega del sistema d'atenció primària, a facilitar el treball dels dos col·lectius i a reduir costos mitjançant la racionalització de l'ús del medicament, la reducció dels PRM i dels RNM i a la descongestió de la consulta del MAP.

Malgrat que l'evidència recolza aquesta col·laboració encara no és una pràctica habitual en la comunitat (142,143), tot i que hi ha hagut iniciatives que la promouen (136,144). A l'Estat espanyol, com en altres països, el contacte entre els FC i els MAP no és senzill, normalment els col·lectius treballen professionalment aïllats (78,145) i encara no hi ha una veritable relació de cooperació.

Poc és sabut sobre quines són les causes que afavoreixen o impedeixen la col·laboració entre aquests dos col·lectius de professionals. A Espanya no hi ha precedents d'investigacions que estudiïn aquesta problemàtica i en altres països també s'ha investigat poc. Els estudis duts a terme fins ara han estat tots realitzats fora del nostre país i cap d'ells és extrapolable a la nostra població a causa de les grans diferències existents tant en els tipus de sistemes sanitaris com en els tipus de gestió de les oficines de farmàcia i en la formació rebuda pels professionals sanitaris. A més, en els estudis publicats, la col·laboració ha estat promoguda per les administracions i/o incentivada mitjançant la retribució o la formació dels professionals o es basen en programes específics.

Una de les prioritats perquè un sistema de salut funcioni és conèixer les barreres que impedeixen un funcionament correcte. L'OMS el 2004 (167) posa de manifest que es necessiten desenvolupar aproximacions qualitatives per entendre com les intervencions o les polítiques sanitàries funcionen o per quina raó no ho fan.

Els estudis quantitius proporcionen un coneixement limitat de quins factors promouen la col·laboració. La realització d'estudis qualitius és un enfocament que

pot ajudar a conèixer algunes de les raons més profundes per les quals aquesta col·laboració no s'ha dut a terme (152).

Identificar, des dels significats subjectius i les experiències dels MAP i els FC de l'Estat espanyol, les dificultats que impedeixen i les oportunitats que faciliten la col·laboració entre ells ens permetrà trobar possibles solucions i potenciar la col·laboració en benefici dels pacients.

2 OBJECTIUS

2 OBJECTIUS

Objectiu principal

- Identificar i analitzar, des de la perspectiva dels mateixos professionals, els factors que afecten la comunicació i la col·laboració entre els MAP i els FC a l'Estat espanyol.

Objectiu secundari

- Explorar les diferències en el discurs entre aquests metges i farmacèutics, entre Comunitats Autònomes i entre els professionals amb i sense experiència en col·laboració.

Objectiu emergent (Veure METODOLOGIA, apartat 3.5)

- Avaluar la percepció d'utilitat de la col·laboració entre el MAP i el FC des de la perspectiva d'aquests professionals.

3 METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

Per tal de garantir una descripció adequada de la metodologia utilitzada s'han seguit els criteris "Consolidated criteria for reporting qualitative research" (COREQ) (168).

3.1 Marc teòric

Estudi qualitatiu multicèntric de tipus exploratori-descriptiu. S'utilitza metodologia qualitativa perquè es vol augmentar la comprensió de la realitat, tot entenent les dificultats de la relació dels col·lectius mèdic i farmacèutic en la pràctica habitual. Per aquest motiu se'n vol abordar la comprensió des de diferents perspectives. Dins del marc teòric del realisme crític, es decideix dur a terme un estudi exploratori-descriptiu tenint en compte que es cerca d'entendre un fenomen poc conegut i estudiat en el qual ens volem iniciar responnent a les preguntes: Què existeix? I per què es produeix? (152,153).

3.2 Selecció de participants

3.2.1 Mostreig

El mostreig va ser teòric i de conveniència (152). Es va seleccionar MAP i FC que tinguessin com a mínim dos anys d'experiència en un CAP o en una farmàcia comunitària respectivament, en funció dels següents criteris teòrics:

- **Grup professional.** Es van incloure professionals MAP i FC. Es va formular la hipòtesi que les barreres i els facilitadors percebuts variarien en funció del grup.
- **Experiència en col·laboració prèvia.** Es va llançar la hipòtesi que aquells professionals que havien tingut una experiència d'èxit en col·laboració amb l'altre col·lectiu professional aportarien major informació en relació als facilitadors per a la col·laboració. D'altra banda, els professionals que no haguessin tingut una experiència de col·laboració d'èxit aportarien informació més rica en barreres. Varem definir experiència prèvia en col·laboració com el fet de tenir o haver tingut contacte en una situació de tu a tu amb l'altre grup professional de forma periòdica durant un mínim de 6 mesos.

- **Comunitat Autònoma.** A Espanya, el sistema de competències transferides en salut genera diferències en les prestacions (6) i es va formular la hipòtesi que això podria afectar els discursos dels professionals.

Per tant, es van incloure MAP i FC amb i sense experiència prèvia en col·laboració amb l'altre col·lectiu de dues Comunitats Autònomes: Catalunya (Barcelona) i Illes Balears (Mallorca). La selecció d'informants de les diferents professions i amb diferents experiències del tema d'estudi permet la triangulació dels informants.

S'ha de tenir en compte que el compromís amb l'atenció primària és més gran a Catalunya que en d'altres Comunitats Autònomes (com les Illes Balears) on hi ha una major inversió de recursos en l'atenció primària pel que fa a la despesa total en salut (169). Per tant, en comparació amb les Illes Balears, hi ha una major densitat de CAP, una proporció menor de pacients per MAP, un major nombre de serveis integrats en l'atenció primària (com per exemple odontologia) i un millor accés a procediments diagnòstics per part dels MAP de Catalunya. Una altra diferència important entre les Comunitats Autònomes és la coexistència de diferents models de gestió de les ABS a Catalunya (170) que no existeixen a les Illes Balears. En les dues s'utilitza el sistema d'incentius anomenat Direcció per Objectius (DPO) per als MAP (15).

3.2.2 Procediment de contacte

Per tal de millorar la credibilitat i transferibilitat de l'estudi, la selecció de la mostra i l'accés als participants es va dur a terme amb l'ajut de professionals de cada camp experts en el fenomen d'estudi. Es va contactar amb informants clau i porters o facilitadors a diferents nivells d'atenció primària i d'institucions de farmàcia a Barcelona i Mallorca.

La "Red de Investigación de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud" (RedIAPP) reconeguda i integrada en l'Institut de Salut Carlos III en les "Redes temáticas de investigación cooperativa en salud", (RD06/0018), que inclou grups d'investigació en atenció primària i activitats en prevenció i promoció de la salut amb professionals sanitaris de diferents disciplines, i la Fundación Jordi Gol i Gurina van participar facilitant l'accés als MAP de Catalunya.

També a Catalunya, professionals de la Facultat de Farmàcia (Universitat de Barcelona) i del Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona van ajudar a seleccionar i facilitar l'accés als FC amb i sense experiència en col·laboració amb MAP.

Professionals de la RedIAPP van ser els responsables a les Illes Balears de contactar amb professionals MAP i FC de la Comunitat Autònoma i facilitar que participessin.

A aquests informants clau i als porters, se'ls va explicar els tipus de professionals que havien de localitzar. Un cop identificats, els professionals van ser informats que participarien en un estudi d'investigació qualitativa amb una entrevista individual d'una durada aproximada d'entre mitja i una hora amb motiu de conèixer-ne l'opinió sobre diversos aspectes de salut i del Sistema Sanitari sense especificar més per tal de garantir la espontaneïtat. Es va puntualitzar que no requeria cap preparació prèvia perquè que no se li demanaria res que no conegués. Amb la finalitat de classificar-lo en el segment que li corresponia, se li va preguntar si es relaciona o s'ha relacionat durant la seva carrera professional amb d'altres professionals de la salut i amb quina freqüència ho feia amb cadascun d'ells. Se li comunicava també que s'hauria d'enregistrar en àudio per assegurar que no tenia cap inconvenient i que l'entrevistadora es desplaçaria a un lloc de la seva conveniència respectant la disponibilitat d'horaris.

Es va establir una data per a l'entrevista. Un cop finalitzada l'entrevista, es va preguntar als participants si coneixien d'altres professionals que complissin els criteris establerts (mostreig en bola de neu) (171).

Un MAP de Mallorca va declinar la invitació a participar en l'estudi.

3.3 Mida de la mostra

Es van anar reclutant participants fins que cada subcategoria o segment de forma independent arribés a la saturació de la informació per grups d'informants. És a dir, es van saturar 8 segments: per cada grup professional i per tenir o no experiència de col·laboració en cada Comunitat Autònoma (Taula 3).

El reclutament de la mostra va tenir lloc del gener de 2010 fins al febrer de 2011.

Catalunya (Barcelona)		
	MAP	FC
AMB experiència en col·laboració	Segment 1	Segment 2
SENSE experiència en col·laboració	Segment 3	Segment 4
Illes Balears (Mallorca)		
	MAP	FC
AMB experiència en col·laboració	Segment 5	Segment 6
SENSE experiència en col·laboració	Segment 7	Segment 8

Taula 3: Segments per a les entrevistes individuals semiestructurades. MAP: metge d'atenció primària, FC: farmacèutic comunitari.

3.4 Recollida de la informació

Es van realitzar entrevistes semiestructurades de tu a tu. Tots els participants van donar el seu consentiment informat prèviament enregistrat en àudio. Alguns participants eren coneixedors de les activitats professionals de les entrevistadores, però cap coneixia l'existència d'aquest estudi ni del seu objectiu. Els MAP de Barcelona van ser entrevistats per una MAP amb dedicació a la medicina d'atenció primària, els FC de Barcelona per una farmacèutica que treballava en recerca amb experiència en investigació qualitativa, els MAP de Mallorca per una sociòloga i infermera, amb dedicació a la recerca i els FC de Mallorca per una farmacèutica d'atenció primària. Alguns dels participants – 2 FC de Barcelona, 3 MAP de Barcelona i els FC amb experiència en col·laboració de Mallorca – havien tingut contacte previ amb les entrevistadores per motius no relacionats amb l'estudi.

El guió de les entrevistes va ser elaborat per un equip d'investigadores i clíniques amb diferents bagatges (medicina d'atenció primària, farmàcia, psicologia, sociologia i infermeria) per l'estudi dels factors (barreres i facilitadors) que afecten la comunicació i la col·laboració entre els MAP i els FC. Es va confeccionar tenint en compte els resultats d'una publicació que va aparèixer en el moment en què aquest estudi es va dissenyar (80). El primer esborrany del guió d'entrevista es va pilotar amb una MAP i una FC, a partir del qual es va desenvolupar el guió d'entrevista definitiu. Totes les entrevistes es van enregistrar en àudio, es van transcriure de manera literal i íntegra i se'n va mantenir l'anonimat. Les entrevistadores van ser formades per a l'entrevista a l'inici de l'estudi. Per tal de garantir la recollida sistemàtica de les dades, es va fer servir un protocol de treball amb un guió de les entrevistes (Annex I). A més, les entrevistadores i analistes principals utilitzaven un diari de recerca on enregistraven la informació addicional que es generava durant tota la investigació (observacions del context, dels participants, reflexions de les investigadores, reaccions als esdeveniments, etc.). Amb això es pretenia augmentar la credibilitat, la confirmabilitat, la consistència i el rigor de l'estudi.

Les dades obtingudes de les entrevistes es van contrastar amb els participants mitjançant la revisió immediata dels temes tractats a partir de les anotacions de l'investigadora durant l'entrevista. Amb això també s'incrementà la credibilitat, la confirmabilitat i el rigor de la investigació.

3.5 Anàlisi de les dades

Paral·lelament a la realització de les entrevistes i la posterior transcripció es va anar fent l'anàlisi de les dades utilitzant el mètode Colaizzi (172). Totes les entrevistes van ser analitzades independentment per tres investigadores de diferents perfils professionals de Barcelona. Les entrevistes de Mallorca van ser analitzades també per una investigadora de Mallorca. Posteriorment es van triangular les seves anàlisis.

Seguint el mètode de Colaizzi, les investigadores es van familiaritzar amb les entrevistes escoltant-les, llegint i rellegir-ne la transcripció i copsant els significats inherents de cada participant. Posteriorment tornaren a les dades per a centrar-se en els aspectes rellevants per al fenomen estudiat. N'assenyalaren els fragments de texts significatius, donant a cadascun un significat en el seu context i codificant-lo. Aquest procés d'identificar i definir els temes, codificar i classificar els fragments textuais de les transcripcions es va fer independentment per cada investigadora involucrada en

l'anàlisi. Posteriorment de forma conjunta els temes es van recodificar i reclassificar i es van identificar els patrons comuns, convergències i divergències en les dades a través d'un procés de comparació constant, triangulant així el procés d'anàlisi i els resultats. Amb això van obtenir una descripció detallada de les opinions dels participants a partir de la qual les investigadores van elaborar les seves teories. El procés de generació de les categories va ser en gran part inductiu (152).

Amb l'ajut d'una cinquena investigadora, una farmacèutica amb experiència en recerca qualitativa sobre col·laboració entre FC i MAP i autora principal d'un estudi anterior (80) els resultats de l'anàlisi es van integrar per formular un model teòric del fenomen investigat.

Per facilitar aquest procés es va utilitzar el software ATLAS-ti 6.2.

Durant la fase de recollida de les dades i l'anàlisi concomitant va sorgir un factor clau i complex que no estava previst: la percepció d'utilitat de la col·laboració (objectiu emergent). Tot i que aquest factor estava inclòs inicialment en el guió de l'entrevista se'n desconeixia la importància. Les investigadores van considerar que aquest mereixia una major avaluació. Donada aquesta circumstància no es va poder saturar la informació d'aquest nou factor clau per a cada segment però sí es va saturar la informació si es consideren totes les entrevistes en conjunt.

Finalment es va dur a terme la validació dels principals resultats de l'estudi per part dels professionals entrevistats comparant les interpretacions de l'equip investigador del fenomen amb els informants (172). Se'ls va fer arribar un resum dels resultats de les anàlisis, i se'ls va invitar a una reunió on es van presentar i discutir. Catorze (deu de Barcelona: cinc MAP i cinc FC, i quatre de Mallorca: tres MAP i un FC) dels 37 professionals entrevistats participaren en aquesta validació dels resultats i els canvis que van aportar es van incorporar a la descripció final del fenomen.

Per tal de garantir la validesa de la investigació d'aquest estudi (152,173) es va realitzar una auditoria des de l'inici fins al final per part d'un grup d'investigadors del Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris (liderat per la Dra. M.L. Vázquez) del Consorci de Salut i Social de Catalunya.

3.6 Ètica de l'estudi

Aquest estudi va ser aprovat pel Comitè d'Ètica de la Fundació Sant Joan de Déu.

4 RESULTATS

4 RESULTATS

Es van dur a terme 37 entrevistes que van durar entre 4 i 99 minuts. En la Taula 4 es detallen les característiques dels participants i la durada de les entrevistes. En una de les entrevistes, la B-FC-Si-4, van participar dues FC perquè durant el transcurs a l'oficina de farmàcia una FC que també col·laborava amb el mateix equip d'AP es va incorporar espontàniament. Per tal de no tallar el flux de l'entrevista i perdre informació, l'entrevistadora va continuar amb les dues FC. Nou MAP i nou FC tenien experiència prèvia de col·laboració amb l'altre grup professional. Cinc MAP treballaven en el moment de fer les entrevistes en EAP no gestionats per l'Institut Català de la Salut: EBA o PAMEM (quatre d'ells amb experiència de col·laboració amb FC). Set dels MAP entrevistats tenien experiència com a directors d'EAP (tres de Barcelona i quatre de Mallorca).

RESULTATS

Lloc Tipus de professional Experiència de col·laboració	Codi	Experiència direcció EAP (sí/no)/Tipus gestió EAP	Durada entrevista	Gènere H: home D: dona	Edat en anys	Anys experiència professional
Barcelona FC Sense experiència	B-FC-No-1	np	12'49"	D	52	25
	B-FC-No-2	np	19'15"	D	58	34
	B-FC-No-3	np	23'54"	H	30	5
	B-FC-No-4	np	30'07"	D	53	10
	B-FC-No-5	np	16'12"	D	47	20
Barcelona FC Amb experiència	B-FC-Si-1	np	36'31"	H	60	35
	B-FC-Si-2	np	99'11"	H	37	14
	B-FC-Si-3	np	51'26"	D	53	30
	B-FC-Si-4	np	40'43"	D/D	64/32	40/10
	B-FC-Si-5	np	39'42"	H	51	30
Mallorca FC Sense experiència	M-FC-No-1	np	13'32"	H	44	20
	M-FC-No-2	np	4'22"	D	56	20
	M-FC-No-3	np	11'08"	H	29	2
	M-FC-No-4	np	13'57"	D	43	3
	M-FC-No-5	np	9'05"	D	60	25
Mallorca FC Amb experiència	M-FC-Si-1	np	18'11"	H	53	26
	M-FC-Si-2	np	11'36"	D	40	10
	M-FC-Si-3	np	17'96"	H	52	30
	M-FC-Si-4	np	13'59"	H	53	26
Barcelona MAP Sense experiència	B-MAP-No-1	No/Pública	10'30"	D	57	30
	B-MAP-No-2	No/Pública	12'25"	H	50	24
	B-MAP-No-3	No/Pública	14'24"	D	35	10
	B-MAP-No-4	No/Pública	17'34"	D	53	28
	B-MAP-No-5	No/EBA	14'39"	D	60	30
Barcelona MAP Amb experiència	B-MAP-Si-1	Si/PAMEM	16'17"	D	55	30
	B-MAP-Si-2	Si/EBA	46'33"	H	40	13
	B-MAP-Si-3	Si/EBA	47'55"	H	46	22
	B-MAP-Si-4	No/PAMEM	23'49"	D	41	8
Mallorca MAP Sense experiència	M-MAP-No-1	No/Pública	13'21"	D	60	30
	M-MAP-No-2	Si/Pública	10'22"	H	38	10
	M-MAP-No-3	Si/Pública	24'29"	D	42	18
	M-MAP-No-4	No/Pública	9'44"	D	47	19
Mallorca MAP Amb experiència	M-MAP-Si-1	No/Pública	21'51"	D	53	20
	M-MAP-Si-2	No/Pública	27'58"	H	51	23
	M-MAP-Si-3	Si/Pública	29'25"	H	37	8
	M-MAP-Si-4	No/Pública	29'30"	H	54	27
	M-MAP-Si-5	Si/Pública	13'32"	D	46	21

Taula 4: Característiques dels professionals entrevistats i durada de les entrevistes. FC: Farmacèutic comunitari. MAP: Metge d'atenció primària. EAP: equip d'atenció primària. np: no procedeix

Els resultats de les anàlisis de les entrevistes es presenten en els següents apartats en aquest ordre:

- Factors que afecten la col·laboració entre MAP i FC (vegeu 4.1 objectiu principal)
- Percepció d'utilitat de la col·laboració entre MAP i FC (vegeu 4.2 objectiu emergent)
- Diferències en el discurs entre els MAP i els FC, entre les Comunitats Autònomes i entre els professionals amb i sense experiència en col·laboració (vegeu 4.3 objectiu secundari)

En cada apartat s'han inclòs fragments seleccionats de les entrevistes per il·lustrar els diferents temes.

4.1 Factors que afecten la col·laboració entre MAP i FC (objectiu principal)

Els factors que afecten la col·laboració són diversos depenent del moment en què aquesta es trobi:

- Abans de col·laborar (vegeu 4.1.1)
- Durant la col·laboració (vegeu 4.1.2)

Abans de que hi hagi col·laboració, els MAP i els FC treballen pel seu compte de manera independent. En la primera fase, hi ha un procés de formació de l'equip que permet començar la col·laboració. Els factors identificats assignats a aquesta primera etapa en el procés de generació del model teòric són fonamentals per facilitar o obstaculitzar l'inici de la col·laboració entre els professionals.

Durant la col·laboració, quan aquesta ja existeix, la relació entre MAP i FC ja s'ha establert amb èxit i els factors que afecten la relació canvien. El desafiament d'ara endavant és mantenir i consolidar la col·laboració per assegurar-ne la continuïtat.

4.1.1 Factors que afecten abans de col·laborar

Quan no hi ha hagut encara col·laboració, els diversos factors existents s'han agrupat en quatre grups de factors clau que influeixen que es aquesta es pugui iniciar:

- Percepció d'utilitat (vegeu 4.1.1.1)
- Interès del director de l'equip d'atenció primària (vegeu 4.1.1.2)
- Actitud dels professionals (vegeu 4.1.1.3)
- Condicions geogràfiques i legislatives (vegeu 4.1.1.4)

En la Figura 8 es mostra el model conceptual dels factors que afecten la iniciació de la relació de col·laboració entre MAP i FC.

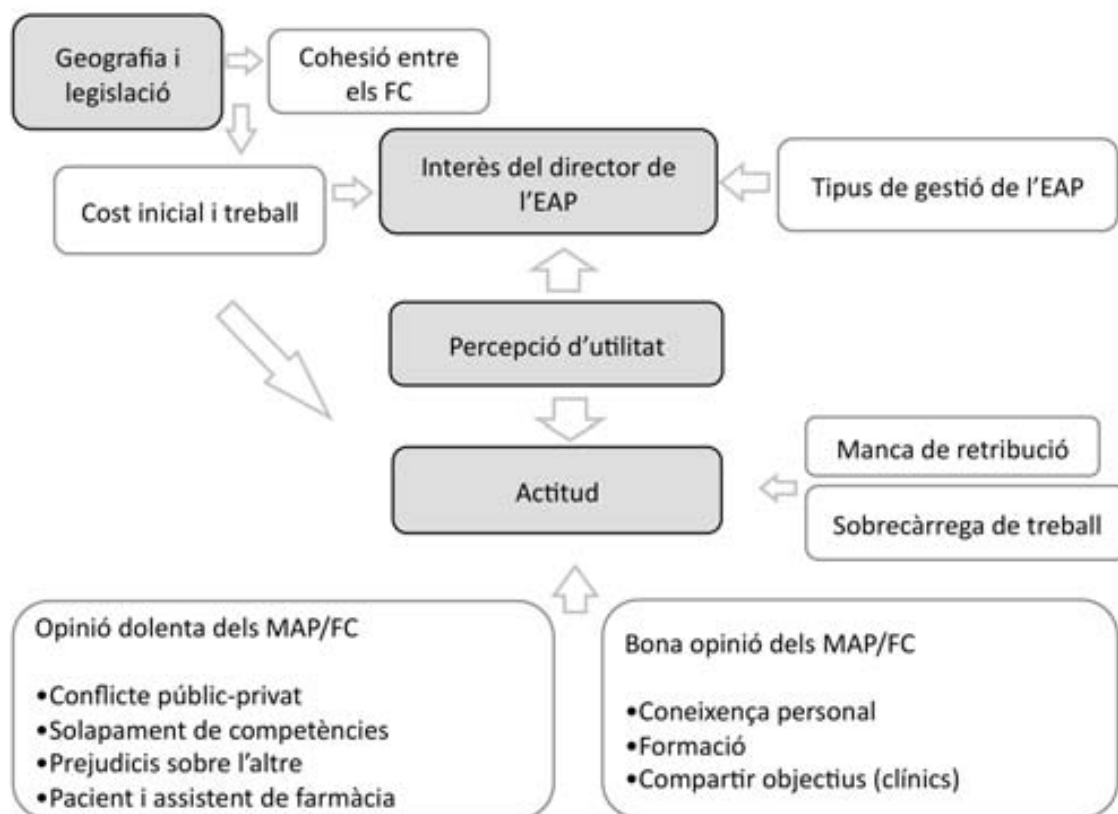


Figura 8: Factors que afecten la col·laboració entre els metges d'atenció primària i els farmacèutics comunitaris abans que aquesta s'iniciï. FC: farmacèutics comunitaris. EAP: equip d'atenció primària. MAP: metges d'atenció primària.

4.1.1.1 Percepció d'utilitat

Una percepció positiva d'utilitat, quan els professionals creuen que la col·laboració MAP-FC aportarà avantatges, és necessària per a iniciar la col·laboració. Contràriament, la percepció d'utilitat és neutra o negativa quan els professionals opinen que no serà beneficiós col·laborar o que podrà causar problemes. Només alguns MAP i FC de Barcelona sense experiència prèvia en col·laborar expressen que seria problemàtic.

Aquest factor clau emergent, la percepció d'utilitat, es va estudiar en detall i es descriu en aquest capítol a l'apartat 4.2 Percepció d'utilitat de la col·laboració entre MAP i FC (objectiu emergent).

Els participants van declarar que hi havia alguns factors que podrien influir en la percepció positiva de la utilitat. MAP i FC amb experiència de col·laboració diuen que l'evidència de resultats positius podria fer que els que tenen opinions negatives respecte al fet de col·laborar les canviessin:

B-MAP-Si-3: "Si això serem capaços de fer-ho o no [relacionar-se], no ho sé, perquè tenim una inèrcia, uns prejudicis i una sèrie d'obstacles a vèncer, que són importants, però sí que és important que es facin treballs o estudis que objectivin impressions que tenim."*

M-FC-Si-3: "De fet hi ha un estudi que s'està fent a Balears o un projecte que és damunt polimedicats on participen metges, infermeres i farmacèutics comunitaris, que aquí jo crec que seria un des punts on se podria demostrar que s'apotecari pot millorar sa relació i pot estalviar diners a s'IBSALUT."

De la mateixa manera els professionals van afirmar que en ocasions el Sistema de Salut pot introduir estratègies que afectin els dos grups de professionals – com ara la prescripció de medicaments genèrics o l'inici de la prescripció electrònica – que els portin a iniciar la col·laboració per a poder dur a terme les tasques requerides:

B-FC-Si-5: "Gràcies a la recepta electrònica, que ens relaciona forçosament als dos i que presenta les seves dificultats d'adaptació i d'educació al pacient, hi ha molts punts necessaris perquè tot l'engranatge funcioni bé i això força aquest intercanvi o ha forçat

*Per tal de facilitar-ne la lectura, en aquest estudi s'han eliminat les marques típiques del discurs oral dels passatges citats.

aquest intercanvi, aquest feedback amb el cos mèdic; i realment la resposta és del tot positiva, i en aquest aspecte s'ha establert una sèrie de línies d'actuació de cara a tenir una comunicació fluida. [...] Tant de l'estament mèdic com l'estament farmacèutic, estem lligats per aquesta eina informàtica i quan hi ha un problema ens hem de comunicar.”

M-MAP-Si-3: “Sobretot quan va començar sa recepta electrònica varem tenir molta relació perquè era un handicap posar-ho en marxa tot.”

4.1.1.2 Interès del director de l'equip d'atenció primària (EAP)

Perquè es col·labori és necessari que el director de l'EAP estigui interessat en promoure la col·laboració:

B-FC-No-1: “Jo crec que això depèn molt de la voluntat del director del CAP, si el director del CAP és pro o no. Jo fins ara he tingut un director del CAP en contra, ara me l'han canviat i [el nou director] ja m'està esperant.”

L'interès del director de l'EAP està influenciat per la seva percepció d'utilitat i pel cost inicial en termes d'infraestructures i recursos humans que calen perquè hi hagi col·laboració.

Els EAP de gestió alternativa a l'Institut Català de la Salut (EBA i PAMEM), només presents a Catalunya, són un bon exemple d'això. Els MAP i els FC sota aquests tipus de gestió suggereixen que és més fàcil que col·laborin per dues raons: perquè el director de l'EAP estaria interessat com a estratègia per a reduir costos i millorar els resultats i perquè els equips són més petits i per tant més fàcils de coordinar:

B-FC-Si-2 “El handicap més important el vam trobar quan aquests [de l'empresa de gestió privada] van plegar. Quan aquests van plegar, aquest ambulatori que és de gestió privada de -nom del barri-, llavors ja quan se'n va anar aquesta empresa no van contractar una altra empresa externa sinó que ja es van dedicar a gestionar ells directament. Van posar una una directora que al principi li vam explicar tot el que fèiem i li semblava molt bé: o que bé què be què bé què bé què bé què bé; però ni fèiem reunions, ni fèiem les reunions mensualment, ni fèiem controls; o sigui, es va anar rebaixant tot.”

B-FC-Si-3 “La gerència privada tenia molta cura, molta cura de d'aquesta relació. Tot per una qüestió econòmica perquè es va rebaixar molt la despesa farmacèutica en el moment en que la gerència aquesta privada es va establir aquí en el CAP.”

B-MAP-Si-3: “L'avantatge dels centres com aquest [de gestió privada] i que el centre és petit és l'agilitat. Podem fer coses perquè ens sembla que són bones i, si resulten bé, doncs les continuem i si no, si ens equivoquem, tornem enrere; hi ha més agilitat i més rapidesa a l'hora d'engegar qualsevol projecte.”

Una barrera que podria influir en l'interès del director de l'EAP és la percepció que el Sistema de Salut no incentiva la col·laboració:

M-FC-Si-1: “Des de l'administració s'alimenta la confrontació més que la col·laboració. En primer lloc perquè al farmacèutic no se li dóna cap possibilitat de de col·laboració des del punt de vista estructural. Des de l'administració les col·laboracions sempre són per per temes d'informatius-like [pseudoinformatius] que pot fer qualsevol, o sigui no... no... no és dóna importància al farmacèutic. Si ja d'entrada l'administració considera que els professionals de la salut són els metges i les infermeres, als farmacèutics no els considera dins de la estructura del sistema nacional de salut, no se sap què som, no? Som uns privats concertats, però quan les campanyes i tal, mai se'n parla, del farmacèutic; doncs això ja... això és la principal i fonamental barrera. En el moment en què el sistema nacional de salut considera el farmacèutic com una peça del sistema, encara que sigui un privat concertat, es facilitaria molt qualsevol tipus de... d'actuació del farmacèutic dins del sistema. En aquest moment es considera al farmacèutic fora del sistema, clarament, per tant això és una barrera total, vull dir que no hi ha cap tipus d'estructura, cap tipus de relació.”

4.1.1.3 Actitud dels professionals

L'actitud està fortament influenciada per l'opinió que es té de l'altre professional. Una bona opinió portaria al respecte i la confiança, factors que són importants per a col·laborar. Una opinió negativa podria ser deguda a la percepció que existeix un conflicte públic-privat. MAP i FC creuen que, degut als incentius existents (DPO), els MAP són encoratjats a prescriure menys medicaments i més barats mentre que els FC per vendre medicaments tenen un major interès per un ús no racional dels fàrmacs:

B-MAP-Si-3: “La meva opinió a priori: entre els metges de família hi ha una mica el prejudici que el farmacèutic embolica i cobra i ja està, però quan tu entres en contacte amb la farmàcia veus que no és així. [...] Suposo que també deuen veure, com alguna part dels propis metges, que estem forçats per les polítiques sanitàries que premien o castiguen alguns estils de prescripció. Llavors els farmacèutics, alguns deuen pensar que aquí hi ha uns objectius que han de complir.”

M-FC-No-4: “Sa visió que ells [els MAP] poden tenir de naltros de que només tenim una funció comercial, diguem que aquesta imatge que a lo millor tenen de naltros fa que ells no estiguin predisposats a tenir una relació més professional. [...] Moltes vegades no saps si es interessos que hi ha són realment professionals o econòmics també, vull dir que de lo mateix que se t'acusa a tu un poc ho veus a s'altra banda també.”

M-MAP-Si-3: “Els farmacèutics cap a naltros [MAP] que somos unos ratas, que solo queremos dar genéricos i els estem foten es seu xiringuito, que ells guanyen un tant per cent que és un 30, 33 per cent de lo que facturen, i nosotros somos un poquito el enemigo [...] Com els veiem naltros [els FC]? Pues un poco peseteros.”

Un altre factor que podria afectar l'actitud són les experiències prèvies. Moltes d'aquestes experiències són generades per l'intrusisme:

B-FC-No-2: “Érem tres o quatre metges i tres o quatre farmacèutics i ens ajuntàvem per fer la feina, i ells no feien res, tot ho fèiem nosaltres i la relació era una mica tensa, o sigui no cal buscar-la aquesta relació per que no ens trobàvem a gust. Hi havia un metge o dos que sí que ens vam entendre, però hi havia un tercer que no. Treballar amb una cosa conjunta jo ho trobo difícil des d'una oficina de farmàcia.”

B-MAP-No-3: “Un parell de cops havia prescrit algun producte en concret i havien fet un canvi per un producte que no era ni el mateix principi actiu, i si que vaig trucar a la farmàcia per veure que és el que havia passat, perquè ells havien donat una cosa que no era el que jo havia prescrit i hi va haver una miqueta de tibantor.”

B-FC-Si-2: “Sóc jo que li tinc que dir com s'ha de prendre l'antibiòtic, tinc que ser jo, no el metge. [...] Una miqueta un conflicte perquè jo vaig dir: però a veure, li faig jo [l'SPD] i és gratuït, això ho estem fent nosaltres i no vosaltres, vosaltres intervenueu per a que funcioni bé però és un servei que estem fent nosaltres de forma gratuïta com donació. Li vaig dir amb paraules ben dit: qui té que decidir-ho sóc jo i en primer cas el pacient.

[...] Està clar que el metge ens veu una miqueta que a vegades ens fiquem en el seu terreny i potser és veritat.

B-FC-No-5: "Generalitzant el veu [el MAP al FC] com un intrús, com un intrusisme professional, perquè també hi ha la intenció de canviar molta medicació, avui en dia hi ha la creença que volem canviar de medicació, que desviem una mica tota la pauta, cosa que normalment no és certa."

El solapament de competències genera conflictes que influeixen en la opinió sobre l'altre professional. Els MAP i els FC creuen que de vegades l'altre professional realitza tasques que no li corresponen. Al contrari que en el cas de l'intrusisme en què un dels professionals està clarament actuant fora de les seves competències, el solapament de competències és una superposició de responsabilitats deguda a que els rols i funcions de cada grup no estaven ben definits:

B-FC-Si-2: "Nosaltres tenim una experiència de veure una tos productiva, una tos seca, una mucositat; crec que podem recomanar algun medicament, però clar un metge dirà això: nosaltres som metges i som nosaltres els que tenim...On està la línia on acabem nosaltres i comença el metge? És complicat, el metge et dirà que nosaltres aquesta línia la passem."

M-MAP-No-3: "És que no sé si és la seva tasca [del FC] per dir-ho d'alguna manera, no tinc clar els llinars en això, i resulta que el farmacèutic li ha dit que no ha de prendre això perquè allò potser no sé què, i te torna a venir però al final la darrera paraula la tens tu i t'arribes a fer un taco. [...] Es consells de salut són de metge o d'infermera. [...] Així d'entrada és [el FC] algú que porta la farmàcia o la dispensació de medicaments d'una comunitat concreta con lo qual te preocupes de que este señor se está tomando los antihipertensivos per exemple, això podria estar bé. Però que controlin tensions a la farmàcia quan aquí estan controlant tensions ses infermers professionals, que ja cobren per això, em sembla a mi una mica fora de lloc. [...] Jo crec que dupliquem i tripliquem serveis i deixem altres coses a l'aire. [...] No tinc clar els llinars en això, aquí hi ha una infermera que se suposa que tindria que fer aquest tipus de tasques, estem solapant la mateixa feina entre tots que no arriba a fer ningú, i jo no sé si el malalt està rebent tres missatges diferents o cap."

Les qüestions de jerarquia influeixen en l'opinió dels FC, que pensen que els MAP es creuen que estan per sobre d'ells:

B-FC-Si-5: “Jo crec que aquí el tema ha estat potser una mica per part del metge que es veia una mica com el non plus ultra, jo sóc el rei de la selva i aquí lo que jo dic va va a missa; aquesta realitat s'ha anat democratitzant i sense menysvalorar, evidentment.”

M-FC-No-4: “De vegades jo crec que es farmacèutic percep que es metge se veu com a per damunt: Yo digo esto y tu tienes que hacer lo que yo digo, perquè jo soc es metge. No tots es metges són així, però sí en general.”

M-FC-Si-1: “La idea prèvia amb la que surten els metges de – jo no sé d'on els hi surt si de la universitat o no sé d'on – que ells estan per damunt dels altres professionals i consideren el farmacèutic un botiguer que no els ha de servir per a res; això diguéssim és un tòpic que segueix bastant.”

Els professionals més joves tenen una actitud de major predisposició a col·laborar amb l'altre grup:

M-FC-No-1: “M'he trobat amb casos de metges d'una determinada edat, sa gent de més edat és més reticent a xerrar amb sa farmàcia o considerar que sa farmàcia pugui contactar amb ells per demanar-li qualsevol cosa des tractament. En canvi sa gent més jove, que fa menos temps que està fent feina d'això sí que són molt més oberts, tenen molt més clar aquest tema.”

MAP i FC pensen que els pacients (voluntàriament o involuntàriament) generen conflicte, ja sigui per transmissió d'informació esbiaixada o directament criticant els professionals:

B-FC-Si-1: “Dificultador [el pacient] no, és que és un xivato, també de vegades diu mentides, diu mentides a les dos bandes, són xantatgistes, fan xantatge per aconseguir lo que volen.”

Una altra figura que genera conflicte és la dels tècnics o auxiliars de les farmàcies. Aquests creen conflictes quan assumeixen rols de FC. Això afecta la qualitat de l'assistència del pacient i les relacions amb el MAP, que prefereix comunicar-se directament amb el FC quan es tracta de temes de la pràctica professional:

B-MAP-Si-3: “De vegades quan truco al farmacèutic hi ha l'auxiliar de farmàcia i no el farmacèutic, jo vull parlar amb el farmacèutic quan hi ha un tema d'un pacient, de vegades em puc trobar que estic parlant amb l'auxiliar. [...] Però fa anys una persona podia començar essent el noi de la farmàcia que als setze anys ja podia despatxar i al

final es posava una bata blanca i ara ja fa el gest del farmacèutic i diu: això és el que li han donat?”

M-MAP-Si-4: “Si ha de donar resposta mèdica, una resposta científica, no pot ser un auxiliar, a ses farmàcies el 90% de sa feina la fa un auxiliar de farmàcia.”

B-FC-Si-4: “Ellos [els MAP] prefieren que seamos nosotras, las farmacéuticas, las que contactemos, esto es cierto, en vez del equipo auxiliar, si hay alguna consulta o alguna cosa. Yo esto sí lo he notado, es importante que cuando haya alguna cosa seamos las farmacéuticas.”

Un factor que influeix de forma positiva en l'actitud és el coneixement personal. El punt de vista sobre l'altre grup professional canvia positivament quan els dos grups de professionals es coneixen. La coneixença ha fet que els prejudicis, les opinions estigmatitzades negatives i els conflictes anessin desapareixent. Les reunions i sessions científiques conjuntes fan que ambdós grups professionals es coneguin i millori la visió de l'altre tant a nivell personal com professional en veure el que pot aportar cadascun d'ells:

B-FC-Si-5: “Jo crec que de vegades els errors sorgeixen de la falta de diàleg i començant per la senzilla coneixença de quina cara tens, com ets, on estàs. Una vegada has començat una relació amb una persona i saps si és alt o baix o té ulleres o no, doncs la cosa canvia molt. [...] Degut a aquesta coneixença, el metge ha descobert lo que fa el farmacèutic a l'oficina de farmàcia i ara tenen una bona visió dels farmacèutics, al menys els metges d'aquí.”

B-MAP-Si-3: “Quan coneixes el farmacèutic cauen tots els prejudicis que tenim quan no ens coneixem, i suposo que al farmacèutic també, deu pensar aquests metges tenen uns interessos i després veuen que no o que sí o no sé.”

M-FC-No-1: “Això de fer conjuntament reunions entre metges i farmàcies de sa zona o s'àrea d'influència, això sí que podria ajudar bastant, i a demés és que després en ses reunions aquestes te coneixes personalment amb lo qual treus moltes barreres.”

M-FC-Si-1: “Les sessions clíniques van facilitar que mos coneguéssim, això va fer que hi hagués una relació de tu a tu. Ells [els MAP] van veure el que el farmacèutic els podia aportar, el farmacèutic també va veure que els metges eren unes persones que eren properes i vam establir una relació personal bona. [...] Jo consider que reprendre el

tema de les sessions clíniques conjuntes és fonamental, perquè a partir d'aquí és on comencen tots els tipus de relacions. [...] Quan s'estableix una col·laboració se rompen una sèrie d'estereotips que existeixen del metge cap el farmacèutic: que si intrusisme, que si tal. I al revés, i del farmacèutic cap el metge de que si prepotent, de que si tal. Se rompen moltes barreres."

Aquesta coneixença fa que es vegin com dos professionals d'un mateix nivell millorant el reconeixement professional del FC:

B-MAP-Si-3: "Els farmacèutics són agents de salut de la comunitat també. [...] Quan entres en contacte et dones compte de la responsabilitat que té el farmacèutic, de lo que es preocupa el farmacèutic, del vincle que té amb els pacients. Quan li parles d'un pacient sap, et dona molta informació que tu no tens i que és de molta utilitat [...] Fan un stop perquè ha de deshabituar un pacient perquè vol deixar de fumar, i això és un procés llarg, que són unes visites que el farmacèutic pot fer i ho fa molt bé. Algunes farmàcies a part de dispensar la medicació tenen un un backoffice a radere i poden donar consells o fer un programa preventiu."

M-FC-Si-1: "Canvia amb el temps quan hi ha una relació; quan hi ha una relació el metge veu el farmacèutic que el pot ajudar, que el pot informar, que pot donar informació objectiva de molts medicaments, que pot facilitar el compliment del pacient donant una sèrie d'informacions al pacient. I clar, el metge en veure això canvia de la nit al dia en la relació amb el farmacèutic i el concepte que té del farmacèutic. Crec que està canviant i ha canviat molt, com dic, per les sessions clíniques."

Un altre factor que pot contribuir a una millor opinió dels MAP cap els FC és l'existència d'objectius comuns per a millorar el servei, preferentment si aquests són clínics. En aquest aspecte els MAP i els FC consideren que la col·laboració només és possible si els FC involucrats estan altament formats i són clínicament competents:

B-FC-No-1: "Tenir projectes comuns de millora del servei d'atenció que donem als pacients. Primerament els protocols conjunts en determinades actuacions. Això seria molt important."

B-MAP-No-3: "Potser fer sessions conjuntes d'algun tema, de temes de fàrmacs que puguin interessar tant una part com l'altra, intentar buscar temes de concordància entre metges i farmacèutics i això potser seria una manera de reunir-nos i de començar per aquí a establir relació."

B-MAP-Si-3: “Veníem cinc o sis farmàcies i deu metges, ens anàvem especialitzant i anàvem posant en comú coses, inclús s'havien fet treballs d'investigació conjunts.”

B-FC-Si-1: “Els [els MAP] et veuen bé si nosaltres col·laborem amb ells amb coses clíniques, està claríssim.”

M-FC-Si-3: “Hi ha dues coses que es farmacèutic pot fer: primer millorar es seus coneixements i segon donar-se a conèixer. [...] Mos falta [als FC] molta formació això és veritat. [...] És que es farmacèutic s'ha d'autoformar, s'ha de donar compte que s'ha per preparar. [...] Sé que una de ses barreres que s'ha estudiat i que s'ha demostrat és sa por des farmacèutic a tenir aquesta relació, però aquesta por desapareixeria si ens formessin bé; jo crec que és simplement això, aquesta por és per inseguretat des coneixements que nosaltres tenim, pensar que no podem, que no estem a s'alçada que pugi estar es metge. [...] Sa veritat és que naltros tenim una mancança de coneixements que a lo millor ens fan falta de sa carrera, sobre tot lo que fa a la relació amb sa clínica de sa malaltia, per això te dic que necessitem més formació.”

Les càrregues de treball, el temps i la manca d'incentius són factors que també influeixen en l'actitud dels professionals. L'inici de la col·laboració comporta un treball afegit per a aquests, que estan ja molt ocupats i a més no reben cap tipus d'incentiu ni de remuneració addicional per a dur-ho a terme:

B-FC-Si-5: “Lo que està clar és que per atendre bé un pacient es necessita temps, i temps també són diners; i es necessita persones; per la formació es necessita temps i diners. Tot això fins ara ha corregut a càrrec del propi farmacèutic. A partir d'ara és evident que, bé tot i que per vocació la salut física i mental del pacient és intocable, evidentment sí es disposa de menys recursos humans, doncs per algun lloc s'haurà de retallar.”

B-FC-No-3: “Primer que va [el MAP] molt desbordat i que té moltes consultes [...] els pobres van saturats. [...] Tant per la feina que hi ha aquí [a la farmàcia] com per la feina que tenen ells [els MAP] no ho acabes fent. [...] Per temps que impedeixi això.”

B-MAP-Si-2: “És aquella sensació que de vegades pot donar a l'atenció primària de dir: ens ho carreguen tot a nosaltres [als MAP], ens hem de coordinar amb l'hospital, hem de tal, hem de..., ara només falta que anem amb els de les farmàcies. I entenc que és molt positiu, perquè l'experiència nostra ha estat molt positiva.”

M-FC-Si-1: "Sempre tenim el problema dels horaris, del temps, de l'agobio, de l'excés de pacients per temps pels metges, i dels problemes que tenim els farmacèutics que amb la instauració de la recepta electrònica en lloc d'alleugerar ens ha complicat moltíssim l'atenció als pacients."

B-FC-No-3: "Si això ho proposes en una assemblea de que ens reuníssim, la majoria de farmacèutics penso que estarien potser en contra si no hi hagués una retribució per al farmacèutic."

B-FC-No-3: "Encara que estiguis motivat segons com, doncs no abarques; ara clar, si tinguessis un espai i que aquell espai estigui retribuït, crec que t'ho prendries tot amb molta més filosofia i amb més atenció."

B-MAP-Si-3: "El farmacèutic ho podria fer, sempre i quan ell ho volgués fer, ara també el farmacèutic haurà de tenir alguna contrapartida perquè és un empresari, o fidelitzar el pacient, o amb el tema de l'SPD podria fer les prescripcions personalitzades. Això té un cost de manipulació, d'envasat, no sé què... Algú li haurà de pagar això."

Alguns professionals diuen que la seva actitud podria ser pitjor si el Sistema de Salut els obligués a col·laborar sense alliberar-los d'altres tasques ni oferir-los incentius econòmics:

B-MAP-Si-2: "L'administració habitualment també té tendència a intervenir massa, no? I amb una cosa que no intervé potser a lo millor també està bé, no? Que sigui una mica més espontani."

4.1.1.4 Condicions geogràfiques i legislatives

Factors jurídics/legislatius i geogràfics poden augmentar l'esforç necessari per a coordinar la col·laboració i, per tant, influir en l'inici de la col·laboració. En zones geogràfiques mal definides i sense divisions clares dels barris pot haver-hi un gran nombre de farmàcies i/o algunes d'elles són lluny del CAP. Per llei els pacients poden triar qualsevol farmàcia per comprar els medicaments i poden canviar d'una a una altra en les visites successives, cosa que dificulta la col·laboració. Si el pacient va a la mateixa farmàcia sempre per iniciativa pròpia o perquè només n'hi ha una, facilita la col·laboració entre els dos grups de professionals. Això es dona més probablement en zones rurals.

Així doncs, els MAP i els FC consideren que és més fàcil treballar conjuntament en àrees geogràfiques petites, com barris de les ciutats ben delimitats o pobles relativament petits, o quan els FC de la seva zona treballen de forma conjunta i coordinada en la prestació dels serveis comuns:

M-FC-No-1: “Es problema que tenc jo és quina és la meva zona d'atenció primària, jo no tinc cap centre [de salut] aquí a la vora, és a dir, jo atenc pacients de molts puestos diferents; no és una farmàcia que estigui a la vora d'un centre de salut.”

B-MAP-Si-1: “Jo diria que enlloc hi ha tanta relació; és clar, també és fruit del barri, de la situació que té aquest barri perquè està limitat per dues barreres físiques. Clar, aquesta limitació física condiona, ningú no va fora del barri.”

M-FC-Si-1: “Efectivament nosaltres tenim pacients que provenen d'altres centres de salut, per lo tant la relació pot ser puntual, però crec que difícilment se pot fer una relació estructural, perquè és molt complex precisament per això, perquè no som zones tancades com pot ser un poble. Per lo tant sí que venen pacients que són d'un altre centre de salut amb el qual no tens relació. [...] Una cosa és que tu parlis de la teva zona de salut, del teu centre de salut, que és una zona més o menys tancada.”

B-MAP-No-2: “Moltes vegades el mateix pacient pot anar a diverses farmàcies, cosa que de vegades, doncs, dificulta també una mica haver de parlar no només amb un farmacèutic.”

B-MAP-Si-4: “Hi ha molts pacients que van sempre a la seva farmàcia de referència més o menys i pregunten coses i poden funcionar com agents de salut.”

M-MAP-Si-4: “Jo tinc s'avantatge que estic a una Unitat Bàsica i tinc una sola farmàcia de referència, un avantatge molt gran. [...] A mi me va molt bé perquè jo sempre que haig de xerrar, quan tinc un dubte amb un malalt, amb un fàrmac o lo que sigui, sé, només he de marcar un número, un número de telèfon i ja sé que... [...] Si jo tinc un centre de salut en aquest carrer que hi ha dos milions de farmàcies aquí a la vora, jo no tindré contacte amb ses farmacèutics segur, segur no en tendré, ni ells amb jo, me coneixeran, però jo no tindré.”

El fet que les farmàcies entre elles estiguin cohesionades influeix de forma decisiva que es pugui iniciar la col·laboració amb els MAP. En alguns casos, l'ampliació dels horaris d'atenció en algunes farmàcies ha generat conflictes derivats per la competència entre elles, fet que ha afectat aquesta cohesió:

B-FC-Si-1: “Les sis farmàcies de la zona estaven molt ben relacionades en aspectes professionals, en els econòmics, i quan a l'ambulatori s'anava a preguntar de fer noves coses nosaltres sempre teníem molta cura de que tot fos molt net i que no hi hagués possibilitat de problemes econòmics pel mig ni de competència. Inclús alguna vegada hem dit que no a programes que per la forma podien significar diferències entre les farmàcies, tot lo de les dades dels crònics, el pacient escollia la farmàcia que volia anar. [...] Nosaltres estàvem d'acord totes les farmàcies, nosaltres més que res que abans de relacionar-nos amb l'ambulatori ja fèiem moltes coses conjuntament, i a part de totes tancar els dissabtes i per la tarda els diumenges, fer tots un mes de vacances, no hi havia farmacèutics sols, era el mundo feliz. [...] En aquest moment ja tenim una farmàcia de 12 hores, ja s'ha esvalotat el personal ja hi ha la farmàcia colmado, ja ha canviat l'assumpte. Clar, l'enfoc de la l'oficina de farmàcia com colmado canvia, canvia tot.”

B-FC-Si-3: “Les farmàcies d'aquí de tota la zona, d'aquesta zona, estem unides. [...] Llavors clar, els de la gerència privada [de l'EAP] van veure que podien treballar amb nosaltres perquè nosaltres estàvem units. [...] “Tinc amics i amigues que tenen farmàcies a altres zones que no tenen aquesta relació, cap mena de relació amb els metges, però és que tampoc no tenen cap mena de relació entre ells, les farmàcies. Hi ha moltes farmàcies de barri que no tenen cap relació, i això és la clau perquè funcioni tot això. [...] Dintre de casa seva cada farmàcia fa el que pot o el que vol, però ja dic que continuem tenint aquesta relació i aquesta unió aquí, això és, jo crec, lo fonamental per poder treballar.”

Segons alguns MAP i FC una altra barrera o obstacle es dóna a causa que les farmàcies són de propietat privada i perquè les farmàcies no es consideren part de l'estructura del sistema de salut. Això és degut a l'estructuració de la farmàcia comunitària dins el Sistema Sanitari, que emana de les lleis d'ordenació farmacèutica i de regulació dels serveis de les oficines de farmàcia:

M-FC-Si-2: “Una de las barreras es, precisamente, cómo está establecido el sistema, es decir, la farmacia comunitaria está fuera del sistema sanitario, o sea, de la salud pública. Esto es lo más importante, yo creo que esto es lo básico. Que además es una empresa privada en la cual la figura profesional farmacéutico también se ha diluido por determinadas cosas.”

En el sistema actual, els ingressos de la farmàcia se centren principalment en el pagament dels medicaments dispensats. Els serveis d'atenció farmacèutica que no impliquin la venda de medicaments són, per tant, no remunerats i això fa que MAP i FC pensin que el sistema promogui un conflicte d'interessos econòmics que fa que sigui difícil per al FC col·laborar en tasques clíniques:

B-FC-Si-1: "A nosaltres [els FC] no se'ns demana res clínicament, l'única relació que tenim [amb els MAP] és econòmica."

B-FC-No-4: "Nosaltres [els FC] lo que volem és el dret del pacient, i guanyar-nos la vida amb els medicaments que és lo que... Ojalá ens ho paguessin diferent. Això sí que és un problema, o sigui, jo crec que algun problema pot haver-hi per la relació nostra que és la idea que té el metge de que el farmacèutic hi guanya amb els medicaments, i jo crec que sí, clar. És que ara per ara ens guanyem la vida amb els medicaments, és un handicap que tenim."

B-FC-No-3: "Això, com a negoci que és però que està supeditat a lo que és sanitat, quan fan [els FC] la tasca farmacèutica estàs no perdent temps sinó que estàs dedicant temps a un pacient, potser va en contra del negoci i llavors si allò no està retribuït..."

B-MAP-No-4: "De vegades ells [els FC] actuen més com una botiga que intenta vendre i tu [MAP] actues d'una altra manera perquè és un altre sistema. És un sistema nosaltres públic i ells privat, i segons qui no actua massa bé."

M-FC-No-3: "Sa farmàcia i s'oficina de farmàcia està presentada també com un negoci i això [l'atenció farmacèutica] és un servei gratuït."

Alguns MAP suggereixen que una possible solució seria canviar l'organització de la farmàcia i integrar-la en la de l'EAP:

M-MAP-Si-4: "Una solució que és inviable absolutament, que és crear farmàcies dins es centre de salut, que hi hagi un servei de farmàcia com hi ha dintre ses hospitals i que es qui duen sa farmàcia siguin farmacèutics i que controlin si aquell malalt se pren es medicament, si li fa efectes secundaris, si ve a cercar sa medicació que toca i per lo tant se l'està prenent o no. En fi, tota una sèrie de coses, que estigui al tanto, com naltros ni més ni menos, d'incompatibilitats de fàrmacs i que a mi se me pot passar i a ell no i al revés, coses d'aquestes. [...] Dins lo que és el Sistema de Salut desprivatitzar ses farmàcies. [...] A lo millor es farmacèutics haurien de fer una especialitat de farmàcia familiar; que no

poguessis tenir una farmàcia si no estàs format amb això i hi ha d'haver uns mínims que, si no, la Seguretat Social te romp es contracte, no te pot vendre es medicaments de sa Seguretat Social perquè tu no tens un mínim de formació i no li dones un mínim de servei.”

4.1.2 Factors que afecten durant la col·laboració

Un cop ja s'ha iniciat la col·laboració amb èxit, els factors que poden afectar la relació canvien. Els factors identificats s'han agrupat en dos grups de factors clau que influeixen en que la col·laboració tingui continuïtat.

- Assoliment dels objectius (vegeu 4.1.2.1)
- Canvis en la direcció de l'EAP (vegeu 4.1.2.2)

En la Figura 9 es mostren les relacions entre els factors que afecten la col·laboració MAP-FC quan la col·laboració ja s'ha iniciat.

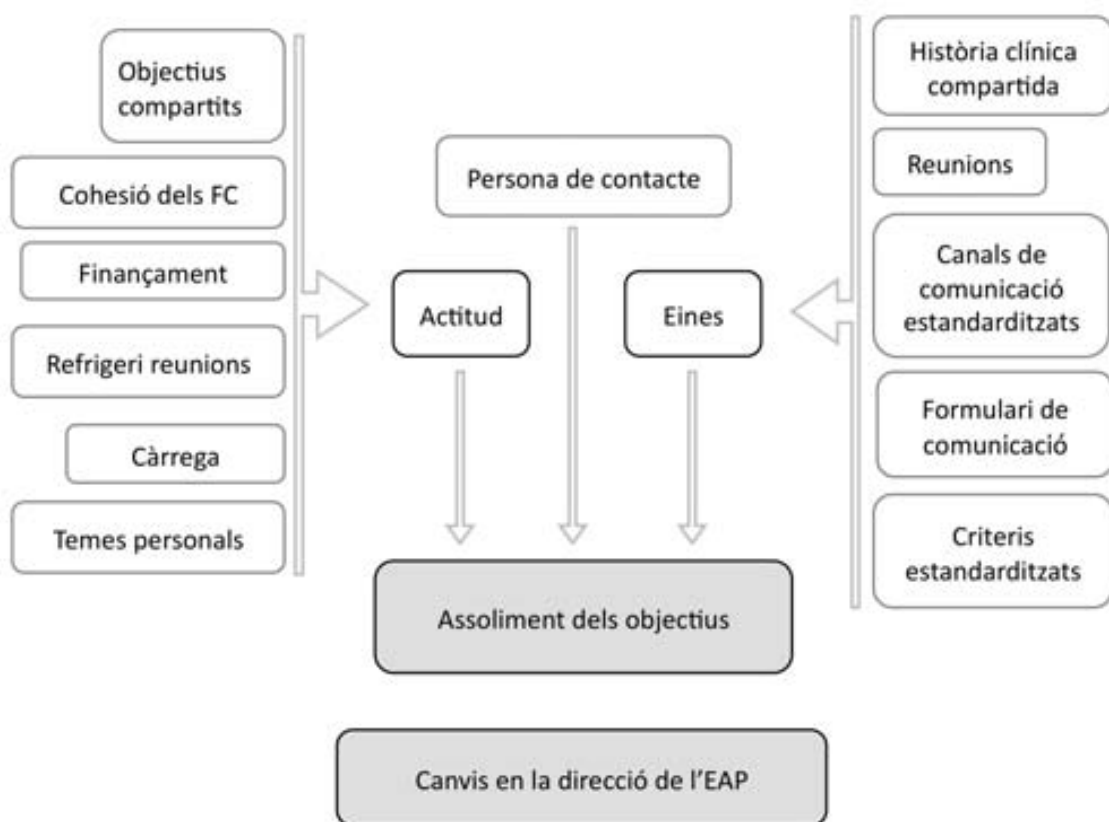


Figura 9: Factors que afecten la col·laboració entre els metges d'atenció primària i els farmacèutics comunitaris quan aquesta ja s'ha iniciat (durant la col·laboració). FC: farmacèutics comunitaris. EAP: equip d'atenció primària.

4.1.2.1 Assoliment dels objectius

Perquè la relació es mantingui en el temps, tant els professionals com el director de l'EAP han de veure que hi ha hagut benefici o utilitat d'aquesta col·laboració.

Hi ha nombrosos factors o estratègies que poden ajudar a assolir els objectius. Segons els professionals, comptar amb coordinadors o persones de referència responsables de dirigir la col·laboració i la vinculació dels dos grups sembla essencial:

B-MAP-Si-2: "Ells [els FCs] també tenen sempre un responsable, que una mica coordina, és el coordinador de les farmàcies de l'àrea. [...] En aquest cas sóc jo [MAP, el referent] i ells també tenen una persona que és la que fa de referent i això facilita. I a més això ha fet que en els últims anys haguem disminuït el nombre de reunions multitudinàries de totes les farmàcies i augmentat progressivament les reunions entre nosaltres dos. [...] El fet que en altres centres no hi ha una figura de persona responsable de farmàcia, que no hi hagi una figura que pugui coordinar això, ja d'entrada ningú s'encarrega. És important que hi hagi gent que pugui adquirir aquesta responsabilitat. [...] Les farmàcies ja ho tenen, ells ja tenen els coordinadors d'àrea, ells ja tenen els seus coordinadors. Ells [els FC] amb moltes coses d'organització, com realment són gestors cadascú de la seva farmàcia, van molt per davant de nosaltres. Necessiten ocupar-se'n, no cal que ho demani el Servei Català de la Salut."

B-MAP-Si-4: "Hi ha una companya i jo [MAP] que formem part d'un grup que es diu de farmàcies que som com una mica les vehiculitzadores de la relació amb les farmacèutiques del barri. [...] Ells [els FC] tenen uns representants del seu col·lectiu. [...] Perquè és més fàcil [tenir un representant], sinó es perd una mica."

Els professionals també suggereixen mantenir reunions regularment perquè els professionals puguin debatre els objectius que comparteixen. Les reunions es duen a terme habitualment en el CAP al migdia quan les farmàcies tanquen i els MAP canvien de torn, i el fet que hi hagi menjar anima a l'assistència. La possibilitat de combinar el dinar amb les reunions és una solució pràctica perquè el fet de compartir un àpat dona una oportunitat de trobada social:

M-MAP-SI-1: "Aquestes reunions que teníem, xerràvem de que a lo millor podríem fer, tenir en compte damunt col·liris o antiinflamatoris veure quins serien més adients o coses d'aquestes, o efectes secundaris que podríem tindre. [...] Amb els que venien la relació era boníssima i inclús ells te comentaven novetats que hi havia, de

presentacions noves, o que canviaven i t'informaven, inclús el seu punt de vista d'algunes coses. Mos van fer unes sessions de preparats de formulació magistral, això era molt interessant i mos en beneficiàvem tots.”

M-MAP-SI-2: “S'han establert reunions periòdiques en forma de sessions clíniques formatives que a vegades fins i tot feien ells [els FC], hi ha hagut èpoques que hem tingut un contacte periòdic quasi bé mensual o bimensual.”

B-MAP-SI-3: “Inclús aquesta relació informal que tenim per d'aquí uns dies, una reunió aquí de dues a tres, quan ells [els FC] pleguen, amb dinar, amb pica-pica, que sempre sembla que el menjar fa que et reuneixis i així ja tothom ve a la reunió i ja surt dinat, i ens coneixerem tots.”

És molt important compartir dades de la història clínica de manera que ambdós professionals puguin tenir accés a tota la informació necessària per a l'assistència al pacient:

B-FC-SI-3: “S'ha esmorteït una miqueta [la col·laboració dels FC en el control de pacients diabètics i hipertensos], però ara tornarem una altra vegada a fer-ho gràcies a un programa en el que podrem entrar a omplir les dades del malat i que serà una intranet en el que també els metges al moment rebran les dades de les tensions i les glucèmies que nosaltres entrem.”

B-FC-No-4: “Crec que també estaria bé que poguéssim tenir [els FC] accés a informació. Ara que tenim la recepta electrònica estaria molt bé que tots poguéssim accedir a certes informacions que tenen els metges que nosaltres no tenim, com analítiques, proves complementàries, que et puguin aclarir coses. Tinc un diabètic que em ve a fer la determinació de glicèmia capil·lar a la farmàcia i que el trobo alt, si jo tingués l'hemoglobina glicosilada d'aquest pacient a lo millor podria dir-li: Està avui alt, però aquesta hemoglobina va bé des de fa tres mesos. Doncs ja no li diria res.”

Els mètodes de treball estandarditzats i els canals de comunicació estandarditzats i àgils faciliten la col·laboració. Els professionals consideren important tenir establerts circuits de comunicació per consultes que precisen resolució immediata o per fer interconsultes:

B-MAP-SI-2: “Tenim el tema tant telefònic com via mail i funciona bé. [...] Pel que són incidències del dia a dia normalment ells [els FC] truquen. [...] Tots els metges tenen

accés als telèfons de totes les farmàcies i les farmàcies també tenen el telèfon del centre; el que sí que tenen és un telèfon d'accés més directe.”

M-MAP-Si-1: “Dissenyar una fulla per comunicar-mos. I, de fet, lo que vam aconseguir és que estigui posat a dins de la història clínica farmàcia comunitària, és a dir, que si jo em vull comunicar amb ell puc escriure com una interconsulta amb un especialista, una fulla com una derivació. [...] Mos comuniquem a través del pacient, aquest full va a través del pacient. [...] La veritat és que és el telèfon, és la més ràpida, i aquesta fulla per coses una mica més quan no és tan urgent.”

B-FC-Si-2: “També vam fer uns fulls que estaven molt bé d'interconsultes, que era per si detectàvem [els FC] qualsevol incidència al l'hora de fer els controls, que trobéssim una tensió de vint i pico o un sucre de 600, una cosa que veiem que fos urgent, havíem d'omplir aquell full i la persona anava al CAP i passava, diguéssim, en cas d'urgència per sobre de tota la cadena i no havia de demanar hora ni dia ni trucar. O sigui, tenia com una mena de pas directe cap al metge si venia de les farmàcies amb aquest paper. [...] Llavors el metge feia la resolució en el mateix paper i ens l'havia de tornar, havia d'omplir com havia resolt la urgència.”

L'actitud positiva és essencial perquè s'iniciï i per a que continuï la col·laboració, però aquesta actitud podria canviar com a conseqüència de l'augment de la càrrega de treball o la manca de finançament que podria fer impossible la continuïtat de la col·laboració:

B-MAP-No-4: “Suposo que no deuria funcionar [la relació] i es va anular perquè prou feina tenim tots, i llavors, clar, es va deixar. Suposo que devia costar, els metges tenim feina, ells també i no deuriem trobar el moment d'anar-se comunicant i deuria quedar en l'oblit, jo crec que no hi havia altra causa. No va ser pas cap mal entès ni cap cosa; només és això, la pressió assistencial d'ells i la nostra també.”

B-FC-No-3: “La voluntat dels de dalt és més que convergeixi tot, però suposo que seria una despesa bastant gran per començar i ja et dic que no sé com ho plantejarien.”

B-MAP-Si-2: “Evidentment suposa un esforç inicial, però després un cop està fet suposa un esforç de manteniment, però ja has obert la via de comunicació i de relació.”

A més de la càrrega de treball i la manca de temps, haver d'invertir temps amb assumptes o queixes personals en les reunions podria fer que els MAP i els FC no estiguin disposats a seguir col·laborant:

B-FC-Si-4: "Tiene que haber la mente abierta por ambas partes. Yo creo que fue ahí el problema, que no hubo un buen entendimiento entre alguien que comentaba y no era muy acertado y se dejaron de hacer estas reuniones. [...] A veces hay comentarios que no corresponden en esa reunión, o tienen que ser privados, o en algún momento te los has de callar, no puedes hacerlos, porque cada uno tiene su punto de vista."

B-MAP-Si-2: "De vegades, si fèiem alguna reunió, quan acabàvem una mica el que era els temes més generals sempre sortien aspectes concrets de que: fulanito, tal metge ha fet allò amb aquell malalt, jo penso que no sé què. A lo millor a mi alguns companys em deien: Escolta trasllada-li que la farmàcia aquella, aquell farmacèutic, perquè li va fer allò a aquell malalt. [...] Potser l'única desavantatge que inicialment es donava era el que he comentat abans de que de vegades arribàvem a tractar temes molt individuals i anecdòtics, i a lo millor hi havia una reunió en què es passava discutint 15 minuts de que si un metge era més o menys simpàtic. [...] Vam dir que aquest temes no s'havien de tractar, que eren temes molt individuals que s'havien de respectar i que eren temes que no tenien una rellevància important en la salut."

Els FC necessiten treballar conjuntament entre ells i poden arribar a desmotivar-se si no són capaços de cooperar amb els seus propis col·legues. També estan d'acord que és molt important evitar actituds des de desprestigi davant dels pacients per tal que la relació es mantingui:

B-FC-Si-2: "Sempre hem anat totes a una, o sigui totes les farmàcies, que això també és un punt clau que jo crec que és el primer que va veure [el director de l'EAP], perquè clar, si no hi ha bona harmonia entre les farmàcies això també és un handicap per mi molt important. Clar, el primer de tot va veure quan va arribar aquí al barri que la gent elogiava la figura del farmacèutic i veia que les farmàcies estàvem més o menys unides i estàvem bé i hi havia molt bona relació."

M-FC-Si-2i: "La poca unidad entre los farmacéuticos comunitarios es otra barrera, creo que no hay un, bueno es no sé cómo decirlo, un colectivo, exactamente, lo suficientemente fuerte como para..., eso es una barrera grandísima."

B-FC-Si-1: “El pacient rebia la mateixa informació, i llavors no veia el pacient desqualificacions entre professionals. Ni per la nostra part explicar de que potser que es fes, abans. I hi ha metges que abans deien: a qué farmacéutico va? O una cosa d'aquestes. [...] Llavors tots a davant dels pacients teníem el mateix discurs, els explicàvem la mateixa cosa. Amb altres condicions davant d'un canvi d'aquest tipus hagués vingut el pacient cridant de que li havien canviat els medicaments i li haguessin dit: es que están de rebajas!”

Quan hi ha canvis de professionals la col·laboració es pot veure afectada i pot arribar a desaparèixer:

M-FC-Si-1: “És que els metges tampoc són sempre els mateixos, llavors els que varem començar al principi quan fèiem les sessions clíniques això feia una relació molt fluida, después van canviar metges, van canviar situacions, es va anar diluint i ja fa a lo millor dos, tres anys que no...”

M-FC-Si-2: “Porque precisamente el coordinador de las sesiones se puso de baja y las sesiones desaparecieron durante una temporada, y ya no, ya a la vuelta ya no se ha vuelto a... bueno ya no.”

Finalment si MAP i FC són incapaços de posar-se d'acord en nous objectius la col·laboració es podria acabar:

B-FC-No-1: “Cuando se propone una reunión para participar en un estudio o en un nuevo programa, muchas de las farmacias no quieren acudir a las reuniones, ya que no están interesadas.”

M-MAP-Si-4: “Se va morir [les sessions] per falta d'interès, no interessava, parlàvem dos idiomes diferents. Si es fessin ses sessions clíniques muntades pels farmacèutics i naltres haguéssim hagut d'anar, no sé què hagués passat, no sé què hagués passat.”

M-MAP-No-3: “Però clar, a vegades fer reunions d'aquestes conjuntes que els interessos són tan divergents, que no tenim punts en comú, ells [els FC] tenen uns interessos: que si su stock, que si no sé qué. Quan nosaltres [els MAP] hem tingut les reunions aquestes dies: però si a nosaltres nos da absolutament igual que el stock de genéricos sea de esta marca o de otra. De vegades parlen d'unes coses que nosaltres no entenem tampoc.”

4.1.2.2 Canvis en la direcció de l'EAP

Si la nova direcció no està a favor de la col·laboració, els professionals ja no poden tenir temps ni suport per a dur a terme les sessions ni el treball en col·laboració:

B-FC-Si-2: “Va ser arran de que aquest director que va ser el que va iniciar tot això i darrere va vindre una altra persona i llavors tot això es va, moltes coses que fèiem amb ell es van anar diluint. [...] El director estava molt interessat a que ens portéssim bé, ell volia pues que tot funcionés bé. [...] El handicap més important el vam trobar quan aquests van plegar. Quan aquests van plegar, aquest ambulatori és de gestió privada, i llavors ja quan se'n va anar aquesta empresa es van gestionar ells directament. Van posar una una directora que al principi li varem explicar tot el que fèiem i li semblava molt bé: oh, que bé, que bé, que bé, que bé! Però ni fèiem les reunions mensualment, ni fèiem controls, o sigui, es va anar rebaixant tot, es va anar rebaixant.”

B-FC-Si-1: “Va canviar la direcció de l'ambulatori i va entrar un grup que era privat i llavors van canviar totalment, o sigui, el plantejament de l'ambulatori va canviar totalment. [...] La gestió de l'ambulatori va canviar una altra vegada i ara en aquest moment estem fent coses amb ells, però no és el mateix, estem fent coses, tenim relació, ens coneixem, però tenim un grau més de dificultat que abans, no és tan fluïda com abans.”

4.2 Percepció d'utilitat de la col·laboració entre MAP i FC (objectiu emergent)

Un dels factors clau identificats que afecten la col·laboració entre MAP i FC, principalment perquè es pugui iniciar, és la percepció d'utilitat de la col·laboració que tenen els professionals entrevistats. Consideren que la col·laboració entre ells pot tenir diferents formes d'utilitat, que van des de percepcions positives (la col·laboració té un impacte positiu sobre els pacients, els professionals i el Sistema Sanitari.) fins a percepcions negatives.

Es classifiquen les diferents perspectives dels professionals sobre la utilitat en tres categories:

- Percepció negativa de la utilitat de la col·laboració (vegeu 4.2.1)
- Percepció neutra de la utilitat de la col·laboració (vegeu 4.2.2)
- Percepció positiva de la utilitat de la col·laboració (vegeu 4.2.3)

4.2.1 Percepció negativa de la utilitat de la col·laboració

En aquest grup hi ha les opinions dels professionals que pensen que la col·laboració MAP-FC pot suposar més problemes que solucions o pot generar conflictes i per tant la col·laboració entre aquests dos col·lectius s'ha d'evitar.

Expressions d'aquest tipus només se n'ha trobat en professionals sense experiència de col·laboració de Barcelona:

B-FC-No-2: "Està bé, crec que no cal tocar-la [la relació amb el MAP] perquè penso que és correcta [...] Si busquem més tindrem problemes. [...] La relació [que van tenir puntualment] era una mica tensa, o sigui, no cal buscar-la, aquesta relació, perquè no, no ens trobàvem a gust."

B-MAP-No-3: "Com no hi ha cap relació considerariem que és bona."

4.2.2 Percepció neutra de la utilitat de la col·laboració

La percepció neutra de la utilitat s'identifica quan els professionals consideren que no és beneficiós ni necessari iniciar o millorar la col·laboració MAP-FC. Tenir contacte o cooperar per resoldre problemes específics es considera suficient i, per tant, fer esforços per tal d'iniciar o mantenir una millor relació es veu innecessari. El professionals no consideren que augmentar la col·laboració hagi de generar problemes addicionals. Aquests tipus d'opinions només es donen en MAP sense experiència en col·laboració de Barcelona:

B-MAP-No-3: "Ni avantatges ni desavantatges, potser com que no hi treballlo, doncs tampoc no penso que sigui ni beneficiós ni no, es que no considero que sigui necessari. [...] Jo crec que ni els metges ni els farmacèutics han vist mai la necessitat de treballar en equip i, per tant, no s'han fet accions ni d'una part ni de l'altra per fer-ho, és que no es veu la necessitat de fer-ho. [...] Jo crec que tinguis una bona relació per si tens dubtes puntuals o per si ell [el FC] te algun dubte puntual o per si cal comentar alguna cosa, però no crec que hi hagi cap avantatge en que hi hagi una bona relació."

Per altra banda els FC pensen que són els MAP els que no perceben la utilitat de la col·laboració i per tant no estan interessats a col·laborar:

B-FC-Si-3: "Si no troben ells [els MAP] cap avantatge, són reactis, pot ser peque tenen molta feina, i llavors potser si ells no troben cap avantatge doncs són reactis a fer segons quines cooperacions."

B-FC-No-5: "No tenen [els MAP] interès, no li veuen la necessitat, jo crec."

M-FC-Si-3: "Jo crec que des del centre de salut es metge no veu el que nosaltres podem aportar al seu treball, això crec que és importantíssim. [...] El metge no tindrà mai una iniciativa perquè no veu les possibilitats que pot treure, o sigui, el rendiment que li pugui treure a una relació amb el farmacèutic, el metge ho desconeix això. [...] El metge no coneix tot lo que pot donar de si un farmacèutic comunitari."

4.2.3 Percepció positiva de la utilitat de la col·laboració

Es produeix quan la col·laboració es percep com a beneficiosa. Tot i que són els professionals amb experiència de col·laboració els que identifiquen majors beneficis

mitjançant una sèrie d'exemples, els professionals que mai havien col·laborat creien que si es duia a terme podria aportar beneficis.

D'acord amb els professionals, la col·laboració pot ser útil a tres nivells:

- Sistema Sanitari (vegeu 4.2.3.1)
- Professionals (vegeu 4.2.3.2)
- Pacients (vegeu 4.2.3.3)

4.2.3.1 Percepció positiva de la utilitat de la col·laboració a nivell del Sistema Sanitari

Els professionals expressen l'opinió que la col·laboració els facilitaria la participació en activitats de formació, com sessions o cursos, que ja es porten a terme i que podrien incloure l'altre grup de professionals. També creuen que facilitaria la participació el fet d'organitzar sessions de formació complementària entre grups. Fer aquesta formació conjunta portaria a oferir un servei més integrat i, a conseqüència, millor. A més, el fet de compartir informació tècnica millora el servei que dona el Sistema Sanitari:

B-FC-Si-4: “Me pidieron [els MAP] en un momento determinado que les diera unas conferencias y unos datos referente a ortopedia y entonces les di una clase.”

B-MAP-Si-2: “Ells [els FC] també coneixen molt més com tractar moltes patologies banals, per exemple, en pediatria els polls, tractaments amb suplementes, que de vegades nosaltres desconeixem tant per formació com perquè tampoc no ens arriba la informació i ells coneixen més, i a nosaltres moltes vegades ens expliquen coses.”

M-MAP-Si-1: “Per exemple, en coses que en el dia a dia nostre, d'informar-nos de perquè un codi d'un medicament també havia canviat, de vegades coses que ells [FC] detectaven a la farmàcia que els malalts no entenen molt bé quins tipus de paracetamol hi havia, coses d'aquestes. [...] Te comentaven [els FC] novetats que hi havia, de presentacions noves i inclús el seu punt de vista d'algunes coses. Mos van fer [els FC] unes sessions de preparats de formulació magistral, pues això era molt interessant i mos ne beneficiàvem tots d'aquesta comunicació.”

Troband-se ambdós grups de professionals és més fàcil que es puguin posar d'acord sobre la manera de tractar els pacients que comparteixen i tenir accés a la informació clínica i als resultats en salut:

B-MAP-Si-3: “Quan li parles [al FC] d'un pacient, et dona molta informació que tu no tens i que és de molta utilitat. El farmacèutic doncs també quan et parla del pacient et dona informació, diu: escolta és que això no s'ho ha pres, el pacient no ve. Llavors és útil això. [...] Tota la fitoteràpia, o sigui totes les coses que es poden donar, llavors tot això és un submón que ara està separat, i ja sigui a través de la comunicació que podem tenir a nivell personal, o lo que mai falla que és el telèfon, les noves tecnologies, tot això pot ajudar a que ens entenguem millor i que el ciutadà en surti beneficiat perquè és de lo que es tracta.”

M-MAP-Si-2: “Interaccions que poden sorgir, naltros [els MAP] controlem una part de la prescripció que és la finançada per la Seguretat Social, però hi ha una gran part de prescripció que no en sabem res que és la venda directa, l'automedicació, no ho podem controlar en absolut i això sí que podria ser un... De fet deu ser una part del farmacèutic comunitari que coneix el pacient que allà li compra l'altra medicació.”

M-FC-Si-2: “Iban [els FC] con consultas de pacientes concretos, ya que se habían reservado para ese día porque sabíamos que su médico estaba aquí, ellos conocían la verdadera experiencia del paciente en la farmacia y nosotros la del paciente en el médico, es decir, conocíamos más el tipo de paciente, se intercambiaban ideas sobre tratamientos. Era bastante positivo.”

Els professionals van nombrar molts exemples de com els serveis podien millorar o com se'n podia oferir més. En la majoria dels casos, els exemples que posen els MAP i els FC impliquen estratègies o actuacions que han de ser fetes pels FC, com programes d'educació als pacients, promoció de la salut, prevenció de malalties, detecció de problemes de salut, major resolució de problemes menors en la farmàcia, control de malalties cròniques, detecció de duplicitats medicamentoses, interaccions i/o errors en la posologia i seguiment del tractament farmacològic així com donar informació a la farmàcia sobre el funcionament de l'EAP. Quan hi ha col·laboració els FC assumeixen noves funcions que prèviament es realitzaven en el CAP.

B-MAP-Si-1: “Fas col·laboració no només en relació amb el pacient o amb el client d'ells sinó que també fas col·laboració en educació, formació de gent gran a l'Escola de Salut.”

M-FC-Si-4: “Jo crec que fins ara lo que és el sistema en si funciona bastant bé. Errors de medicació n'hi ha, però bastant pocs i el farmacèutic en detecta molts; jo els intento solucionar xerrant amb el metge. Potser hi ha hagut una duplicitat de medicament o qualque efecte secundari o qualque cosa que per lo que sigui no mos n'haviem donat compte, però fins ara sa cosa va molt bé.”

M-MAP-Si-2: “Bàsicament [són beneficis de la col·laboració] el control de prescripció, el control de compliment, el maneig i la detecció d'interaccions. [...] En farmàcies concretes detectar interaccions. [...] Jo crec que ha anat millorant molt [la relació] i ara generalment són ells [els FC] qui mos criden a nosaltres perquè tenen un pacient al davant o bé tenen un dubte. A vegades per assegurar-se, per exemple, que la posologia que no hem especificat, que a vegades mos passa que mos equivoquem, i si ho detecta [el FC] mos crida i és fantàstic poder canviar un error que has tingut.”

M-MAP-No-4: “Molts de dubtes que a lo millor mos venen a consultar a naltros, que a lo millor a la pròpia oficina de farmàcia els hi podrien solventar. [...] Jo crec que potenciaria molt sa seguretat des pacient en front des medicament que se li ha indicat, de s'adherència terapèutica.”

A nivell de l'organització, els professionals expressen l'opinió que la col·laboració prevé l'aparició d'errors administratius i contribueix a gestionar-los de forma més flexible i eficient en cas que sorgeixin. Com a conseqüència, la qualitat del servei incrementa:

B-MAP-Si-3: “Ens hem posat d'acord nosaltres [MAP i FC] espontàniament perquè semblava com si hi haguessin vies paral·leles. De vegades, la minoria dels casos, però això pot donar lloc doncs a malentesos. Ens hem posat d'acord a nivell de la zona, a nivell del districte, per afavorir els interessos de l'usuari que és per lo que estem. [...]” Els farmacèutics demanen que tinguem al dia el nostre catàleg de farmàcia, hi ha medicaments que a lo millor rezeptem i no estan comercialitzats encara que estan autoritzats i posem al farmacèutic en un problema.”

B-FC-Si-2: “Quan hi havia una incidència amb una recepta et deien: no li digueu que tornin a l'ambulatori, us la quedeu i nosaltres ja us arreglem el problema. Anaves amb aquest problema i te'l solventaven: Si s'havia de fer una correcció, si faltava alguna dada, si faltava el segell.”

B-MAP-Si-2: “Els [els FC] ja saben que qualsevol petita cosa que tinguin ens truquen, ens avisen i, si cal fer una reunió de tots, la fem. Que és una cosa puntual d'una incidència? Es resol. [...] Moltes vegades segons quins fàrmacs que ella [FC] no troba, doncs sap que ens truca a nosaltres i al moment sempre tenim la disponibilitat perquè pugui recollir les demandes de les farmàcies.”

M-MAP-Si-3: “Has puesto uno cada dos días y es uno cada seis horas, doncs tu ho modifiques des d'aquí i sense haver xerrat amb ningú tu ho pots arreglar. De vegades són coses que se poden arreglar i unes altres no i amb això [la comunicació telefònica] ha millorat bastant. [...] Tres pacients meus que avui ha passat alguna cosa i avui dematí mos ha cridat sa farmàcia. Un d'aquests pacients està enllitat, sa farmàcia m'haurà dit: escolta, que se li caduca sa targeta. Sense haver vist aquests tres pacients avui ho hem arreglat.”

Els professionals manifesten que l'eficiència dels servicis de salut milloraria per la disminució de les visites amb els MAP i els professionals d'infermeria per consultes referides a les prescripcions. També el fet que els FC facin proves clíniques per monitoritzar patologies cròniques o detectant, controlant i resolent problemes de salut no severos o autolimitats augmentaria l'eficiència. Els professionals també pensen que la col·laboració podria reduir problemes relacionats amb la medicació, fomentar l'ús racional dels medicaments i afavorir la implementació de noves mesures relacionades amb la medicació: introducció de genèrics, prescripció electrònica i repetició de dispensacions:

B-FC-Si-4: “Con este buen entente entre médico y farmacéutico solucionas una cantidad de problemas al paciente que no le vas dando para arriba y para abajo ni le complicas ni le confundes.”

B-FC-Si-3: “Però alguna vegada si tenen algun problema de seguida se'ls diu: no es preocupi, jo parlo amb el metge. No la faràs tornar una altra vegada; o si és una persona que té falta de mobilitat. [...] Això sí que és importantíssim per la gent perquè

el fet de vindre a la farmàcia a controlar-se tan fàcil, es pesen, els hi mirem la tensió, el sucre si és necessari, i no tindre que anar al CAP.”

B-MAP-Si-2: “Tenen [els FC] una comunicació molt més ràpida i que, a més, no l'han de fer a través del pacient; truca i si ja ho podem resoldre en el moment per telèfon, doncs ho resollem i al pacient li suposa no haver de fer viatges moltes vegades per receptes errònies”

M-MAP-Si-3: “Això [els problemes relacionats amb les receptes] multiplicat per tots els metges és molta gent que no ha de venir a solucionar-los.”

M-FC-Si-1: “El pacient és dels dos i llavors la qüestió fonamental és que reverteix en una positivitats cap el pacient, si hi ha una bona relació entre el metge i el farmacèutic el pacient surt beneficiat evidentment.”

A més, treballar col·laborant comportaria una disminució de les càrregues de treball i dels costos del sistema de salut:

B-MAP-Si-2: “Coses del dia a dia que es van resolen sense més visites extres. [...] Vàrem ser el número u en eficiència. La prescripció probablement perquè pugui arribar a ser eficient, perquè puguis tenir un percentatge de genèrics alt i alta satisfacció de l'usuari, moltes vegades necessitem la col·laboració del farmacèutic. [...] Quan vam obrir aquí el centre, el percentatge de genèrics que hi havia era del 2% i actualment estem superant el 40 %, i jo estic convençut que aquesta feina no l'hauríem pogut fer amb tranquil·litat, amb l'acord del pacient, si no hagués sigut també amb un acord de les farmàcies.”

B-FC-Si-1: “Amb les sessions clíniques amb nosaltres, a part de decidir entre tots els objectius que es donarien i els canvis que es farien, a nosaltres se'ns comunicaven els canvis que s'anaven a fer al pacient i no feia falta que visités al metge. [...] Facilitàvem de que ells [els MAP] poguessin fer-ho de cop [el canvi de medicaments] i això va suposar que el primer any, em sembla, que van baixar un 26% la despesa farmacèutica de l'ambulatori.”

B-MAP-No-5: “També [el treball en equip] ens descarregaria una mica de feina a nosaltres i que això estaria bé.”

M-MAP-Si-1: “Jo crec que repercutiria en el malalt [el fet de col·laborar MAP-FC]. Si ademés aniria bé pel gasto segur, però primer inclús pel malalt.”

M-FC-No-3: "Probablement, si féssim una feina junts, podríem reduir el número de medicaments."

4.2.3.2 Percepció positiva de la utilitat de la col·laboració a nivell dels professionals

Els professionals veuen la utilitat de la col·laboració també a nivell personal, perquè fa augmentar la seva satisfacció en el treball, millora el concepte que es té d'ells i la seva imatge a diferents nivells (dels pacients i del sistema). A més, dóna un valor afegit a la professió dels FC. Els MAP expressen l'opinió que aquesta col·laboració facilita la gestió de l'oficina de farmàcia i la fidelització del pacient:

B-FC-Si-4: "Llamarle [al MAP] y decirle: mira, tengo esto aquí, ¿qué te parece? pues mira, haz esto, haz lo otro. Se solucionan así las cosas y esto a mí me gratifica mucho."

B-MAP-No-1: "Los farmacéuticos, el hecho de contactar con los médicos de referencia, yo pienso que les será una satisfacción porque se sentirán, yo creo, más útiles, más ejerciendo su, como integrando, como una especialidad más dentro de atención primaria, y yo creo que eso siempre es satisfactorio. [...] Yo creo que incluso ellos se sentirán como más realizados desde el punto de vista profesional."

M-MAP-Si-3: "Jo crec que naltros [MAP] podem fer molt més pels pacients i sa farmàcia pot fer molt més pel pacients, i lo primer que podríem fer els farmacèutics i naltros es coordinar-nos millor. A part, aquí tancaríem el cercle, si mos coordinéssim millor ells tindrien més pacients, a lo millor vendrien més i ells estarien més contents."

La possibilitat d'oferir nous o millors serveis dóna un valor afegit al FC com a professional de la salut i fa que es redueixi la percepció de venedors que se'n té:

B-FC-Si-2: "Com un robot, venga, dispensa medicamentos y punto. I, evidentment, fent aquestes col·laboracions amb l'ambulatori jo crec que aquesta figura [la del FC] la fem més gran, aquesta importància la fem més gran."

B-FC-No-5: "Homologar una mica, doncs el sistema de treballar a nivell de tot el col·lectiu sanitari crec que donaria bastanta bona imatge."

M-FC-Si-1: “Quan s'estableix una col·laboració se rompen una sèrie d'estereotips que existeixen del metge cap el farmacèutic, que si intrusisme, que si tal; i al revés, del farmacèutic cap el metge de que si prepotent.”

Els FC afirmen que, com a resultat de la bona relació MAP-FC, el MAP és més ben valorat pels pacients:

B-FC-Si-2: “Per part dels metges suposo que el benefici que els deix és això, una miqueta entrar dintre estar millor vist, perquè de tota la vida, això és una cosa històrica, per la gent el metge de capçalera no tenia una bona fama. [...] Jo crec ara una miqueta el concepte que té la gent del metge de capçalera no és tan dolenta des de que van fer tot això [treball en col·laboració].”

Haver de coordinar diverses farmàcies amb l'equip mèdic del centre d'atenció primària també té conseqüències en termes d'una millora en la relació entre els mateixos FC de la zona:

B-MAP-Si-2: “Una de les coses que les farmàcies en ens ha agraït molt de fer aquestes reunions és que des que vàrem iniciar-les també ha millorat la seva relació entre ells, cosa que tampoc no pensaven i que ara, per exemple, mínim cada sis mesos o cada any fan un dinar, una trobada, tots, els responsables de les farmàcies, però que realment les fan des de que van començar a trobar-se aquí amb nosaltres.”

Finalment els professionals entrevistats creuen que la col·laboració entre els dos col·lectius evitaria conflictes entre ells en poder parlar i definir les funcions i els rols de cada professional:

M-MAP-No-2: “Amb reunions, de sa manera que se pugui fer i que tothom estigui còmode perquè ells [els FC] parlin des problemes que tenen i perquè naltros també parlem des problemes que tenen, i que es pogués dir a demés d'una manera franca sense que hi haguessin disputes. [...] Es fet de que ens coneguéssim bé, de que sabéssim, ells [els FC] entenguessin per què a vegades fem qualque canvi que només se justifica des d'un punt de vista de farmacoeconomia. Però si ells entenguessin per què ho fem, és a dir lo que no estem naltros és guardant-mos els diners per a naltros sinó que ho intentem fer perquè es sistema funcioni lo millor possible. I qui diu antihipertensius diu moltes altres molècules, jo crec que ells [els FC] entendrien molt millor per què és per lo que estem lluitant.”

M-MAP-No-1: “Ellos son farmacéuticos y no tienen que dar medicación sin receta médica, de ningún tipo, esta es mi opinión. Yo creo que eso son las bases más importantes del farmacéutico y creo que eso si habláramos lo tendrían que entender.”

4.2.3.3 Percepció positiva de la utilitat de la col·laboració a nivell dels pacients

Segons els professionals, les millores en els serveis de salut descrites anteriorment tindrien un impacte positiu en els resultats en salut dels pacients. També expressen que pel fet de compartir MAP i FC els mateixos objectius i arguments i de donar la mateixa informació als pacients s'eviten contradiccions, confusions i conflictes i pot millorar la seguretat del pacient. També el treball coordinat pot evitar-los visites innecessàries al CAP per resoldre, per exemple, problemes administratius:

B-FC-No-4: “La gent avui en dia té internet, revistes, es formen uns bollos que no s'aclareixen; si a sobre jo els hi dic una cosa i el meu metge de primària els en diu una altra, aquí no hi ha qui s'aclareixi. [...] Amb això d'atenció, de prevenció i promoció aquí sí que els farmacèutics tenen molt a dir també, llavors parlar amb el mateix idioma des de la farmàcia i des de primària és molt important pel pacient.”

B-MAP-Si-3: “Ens hem donat els telèfons per si de vegades hi ha un pacient que té un problema poder resoldre'l, això li dóna seguretat al pacient, i també que els dos agents de salut que són el farmacèutic i el metge estan d'acord.”

M-MAP-No-4: “També moltes vegades veure que fem feina en conjunt, vull dir que es pacient noti que sa informació que se li dóna des de ses nostres consultes i sa informació que se li dóna en sa farmàcia és coherent.”

4.3 Diferències en el discurs entre els MAP i els FC, entre Comunitats Autònomes i entre els professionals amb i sense experiència en col·laboració (objectiu secundari)

En l'estudi no s'observen diferències rellevants en els discursos dels professionals dels dos grups – MAP o FC –, entre els de les diferents Comunitats Autònomes ni entre els que tenen o no experiència en col·laboració amb l'altre grup.

Els punts de vista de MAP i FC són similars i estan d'acord amb la majoria dels factors que afecten la col·laboració. Tot i que hi havia diferències en els factors que afecten a cada tipus de professional. Per exemple, el conflicte d'interessos del FC està relacionat amb l'interès per vendre el major nombre de productes mentre que el del MAP està relacionat amb oferir un servei on retallar costos comporta millores en el salari. Tots dos grups de professionals diuen que ser conscient de la visió que els altres tenen d'ells pot també afectar la col·laboració.

La diferència observada entre Comunitats Autònomes en termes de factors que afecten la col·laboració era deguda a la presència de diferents tipus de gestió dels EAP. A les Illes Balears només existeix gestió per entitat pública i a Catalunya existeix gestió per entitat pública, per societats privades i per consorcis públics. Els professionals, sobretot els directors dels EAP amb gestió privada de Barcelona, estan més motivats a iniciar la col·laboració amb els FC i, un cop iniciada, sembla que en aquests EAP és més fàcil de mantenir-la en el temps. Les diferències entre Comunitats Autònomes no es poden explicar amb la informació recollida de què disposem. Només a Barcelona un MAP i un FC sense experiència en col·laborar amb l'altre grup expressaven una visió negativa sobre el fet de col·laborar. És possible que la cerca de casos negatius (els no conformes amb la col·laboració) fos més intensa a Barcelona que a Mallorca, però també és possible aquesta diferència realment ragui en diferències autonòmiques. Això requeriria un major estudi.

Els professionals que han experimentat la col·laboració aporten més riquesa de dades sobre els factors facilitadors; els professionals sense experiència de col·laboració que ho han intentat sense èxit proporcionen informació sobre les barreres que la impedeixen o la limiten i els professionals sense experiència de col·laborar i que no ho han intentat mai anomenen barreres relacionades amb les actituds i les percepcions preconcebudes.

Els professionals de tots els segments – els MAP, els FC, els professionals amb i sense experiència en el treball en col·laboració i els professionals de les dues Comunitats Autònomes – afirmen que col·laborar entre ells aporta o podria aportar múltiples beneficis a tots els nivells (Sistema Sanitari, professionals i pacients), encara que els que l'han experimentat donen més varietat d'exemples.

5 DISCUSSIÓ

5 DISCUSSIÓ

5.1 Fortaleses i limitacions

5.1.1 Fortaleses

Que en tinguem coneixement, aquest és el primer estudi qualitatiu que avalua les barreres i els facilitadors per la col·laboració entre el MAP i el FC dut a terme a Espanya i el primer que explora les percepcions dels propis professionals sobre la col·laboració entre MAP i FC en la seva pràctica habitual. Hi ha poca investigació al voltant d'aquesta problemàtica tant en el nostre país com en d'altres. En els estudis publicats fins ara en què es valoren els factors que influeixen en les relacions de col·laboració entre MAP i FC d'altres països, la col·laboració ha estat incentivada o promoguda pels sistemes sanitaris o per programes específics de treball en col·laboració, i en alguns s'ha fet formació específica. Cap d'aquestes circumstàncies ha existit en els participants d'aquest estudi que s'ha centrat en el context de la pràctica clínica habitual.

L'equip de l'estudi era multidisciplinari i comptava, entre d'altres professionals, amb MAP i farmacèutiques.

Aquest és el primer estudi que compara dues zones d'un país amb diferents característiques geogràfiques i diferents polítiques sanitàries. La participació d'aquests contextos heterogenis millora la rellevància de l'estudi.

A més, s'ha utilitzat una sèrie de mesures de control de qualitat per tal de garantir la fiabilitat i el rigor de la investigació com són: el diari de recerca, la triangulació de les anàlisis, la devolució de resultats als participants i l'auditoria externa.

5.1.2 Limitacions

Els resultats d'aquest estudi s'han d'interpretar tenint en compte una sèrie de limitacions.

Primer, hi ha la possibilitat que els participants entrevistats estiguessin interessats en aquest tema, encara que un dels professionals amb qui es va contactar va rebutjar participar en l'estudi (un MAP de Mallorca). També és possible que les seves opinions fossin condicionades per les preguntes i que hi hagués un biaix de desitjabilitat en les respostes. Per minimitzar-ho, es van incloure informants sense experiència en col·laboració i es va buscar el cas negatiu per assegurar la transferibilitat entrevistant professionals que podrien tenir una opinió contrària a la col·laboració. A més, el fet que els FC fossin entrevistats per una farmacèutica i els MAP per una metgessa o una infermera els pot haver encoratjat a ser més oberts i més sincers.

Segon, per dificultats a l'hora d'accedir a participants d'algun segment de la mostra, hi havia professionals dels segments MAP i FC amb experiència en col·laboració que es coneixien entre ells perquè havien treballat en la mateixa àrea de salut. No obstant això, es va contactar també amb MAP i FC de diferents zones sense contacte mutu previ i que havien tingut experiències diferents.

Tercer, la definició d'“experiència en col·laboració” en l'estudi es va operacionalitzar amb el fet de tenir o haver tingut contacte de tu a tu per motius professionals amb l'altre grup de forma periòdica almenys durant sis mesos. Aquesta definició, com passa també en la majoria dels estudis publicats, no permet conèixer el tipus i/o el grau de col·laboració, cosa que dificulta les comparacions (96). De la mateixa manera, els models de col·laboració utilitzen diferents paràmetres per classificar-la, tant els models per als serveis de salut (99) com per als de la col·laboració MAP-FC (133,151).

Quart, el fet que les entrevistes es realitzessin per diferents investigadores podria afectar la consistència dels resultats. Per tal de minimitzar aquest possible impacte les entrevistadores van utilitzar un protocol de treball amb un guió d'entrevista (Annex I).

Cinquè, l'objectiu emergent “percepció de la utilitat de la col·laboració” va sorgir del discurs dels participants durant el desenvolupament de les anàlisis de l'objectiu principal com un factor clau que afecta la col·laboració. Donat que no formava part de l'objectiu principal, les entrevistes no s'han centrat en aquest problema, encara que era un dels temes del guió de la entrevista. (Annex I). Aquest fet és degut a que la investigació qualitativa és flexible, amb un mètode d'anàlisi inductiu, circular i reflexiu (per assolir fiabilitat i validesa que assegurin el rigor). Això porta a l'addició continua de més dades que poden donar lloc a l'aparició de noves categories i a canvis de les relacions entre elles i alhora pot fer derivar en un canvi en l'evolució de la investigació (152,153,174–176).

5.2 Resultats més rellevants i comparació amb d'altres estudis

De les entrevistes i del posterior anàlisi s'extreuen una sèrie d'elements o factors que afecten la relació entre aquests dos col·lectius. Els més destacats són:

- La percepció d'utilitat que tenen els professionals d'aquesta col·laboració. Els beneficis que creuen que pot suposar la col·laboració és determinant quan es tracta del director de l'EAP que és el que gestiona els recursos que s'hi poden destinar.
- L'assoliment dels objectius. Cal que els professionals comparteixin objectius comuns preferentment clínics, que aquests s'assoleixin i que se'n trobi de nous. Afavoreix l'assoliment dels objectius l'existència de persones de referència que coordinin els professionals entre ells, les reunions conjuntes, el fet de compartir informació clínica i tècnica, les vies de comunicació protocol·litzades i estructures organitzatives que facilitin la col·laboració.
- L'opinió recíproca. Poden dur a una opinió negativa de l'altre grup professional els prejudicis, les males experiències prèvies, el conflicte públic-privat, la no definició dels rols i les funcions de cadascú, i els problemes de jerarquia. La coneixença, les trobades de tu a tu sobretot a l'inici, una bona formació dels FC i una comunicació directa entre MAP i FC, poden fer canviar les opinions negatives prèvies.
- Les càrregues de treball dels professionals, el temps que es necessita i la manca d'incentius són dificultadors de la col·laboració.
- Que les farmàcies siguin de propietat privada pot també dificultar la col·laboració perquè els FC no se senten part de l'estructura del sistema de salut. Integrar-les en l'organització de l'EAP podria ser una solució. L'existència de cohesió entre les pròpies farmàcies, la proximitat als centres d'atenció primària i les zones geogràfiques ben definides faciliten la col·laboració entre els dos col·lectius.

Dels tots els elements o factors extrets de l'estudi n'hi ha que afecten principalment la iniciació de la relació i la col·laboració (abans que s'iniciï) i s'han agrupat en quatre factors clau: la percepció d'utilitat, l'interès del director de l'EAP, l'actitud dels professionals així com les condicions geogràfiques i legislatives. Els que afecten sobretot quan la col·laboració ja s'està duent a terme i n'afecten la continuïtat s'han

agrupat en dos factors clau: l'assoliment dels objectius i els canvis en la direcció de l'EAP.

El model de col·laboració en els serveis de salut elaborat per D'Amour, també a través d'un estudi qualitatiu, que està basat en deu indicadors agrupats en quatre dimensions – objectius i interessos, internalització, direcció i organització (100) – encaixa exactament amb la classificació feta en el nostre estudi dels factors clau que afecten la col·laboració abans que s'iniciï.

Mentre s'elabora aquest estudi i poc després de la primera publicació que se'n deriva (177), Van et al. presenten un estudi on validen un instrument per mesurar la freqüència de la col·laboració dels FC amb els MAP des de la perspectiva dels FC (178) i dos estudis amb enquestes – un a FC i l'altre a MAP d'Austràlia – on desenvolupen i validen instruments per mesurar les actituds dels professionals respecte la col·laboració proposant models de les variables que influeixen (174,179) classificades segons del model de McDonough i Doucette (133). Els resultats que obtenen coincideixen en gran mesura amb els factors descrits en aquest estudi.

No s'han trobat diferències rellevants entre els discursos dels professionals dels diferents segments estratificats en l'estudi, però sí es troben més exemples de col·laboració en zones on els MAP treballen en EAP que tenen la gestió de tipus privada.

5.2.1 Percepció d'utilitat

Tal com ha estat indicat en estudis anteriors (73,74,125,133,143,149,156,158–160,164), la percepció de la utilitat de la col·laboració és un factor fonamental que afecta tant en l'inici de la col·laboració com en la retroalimentació un cop el treball conjunt ja existeix. Per als FC la percepció de la utilitat de la col·laboració és un factor determinant de la col·laboració (179), i un estudi recent mostra que per als MAP la millora de la seguretat i efectivitat de la medicació és la variable predictora de la voluntat de col·laborar (174).

Els professionals que tenen experiència en el treball en col·laboració descriuen un espectre més ampli dels beneficis que té o que pot tenir el fet de col·laborar. Opinen que, si es demostrassin els beneficis que aporta faria que, els que són escèptics o tenen opinions negatives respecte el treball en col·laboració, les canviessin. Els

professionals en d'altres estudis qualitativs també opinen que veure resultats positius és clau per a la l'èxit de la seva relació (136,158). Si es té la percepció i/o la constatació que és útil col·laborar, els professionals tindran una actitud positiva cap aquesta. Tant mateix, si la percepció és que col·laborar no té utilitat, l'actitud serà de no tenir la intenció de dur-la a terme.

Segons Axelsson i Axelsson, això es relaciona amb la importància pels membres d'un equip multidisciplinari de salut pública d'avaluar de manera contínua els efectes de la col·laboració, fet necessari per a desenvolupar-la i mantenir-la (103). Muijers et al. ja ha estat descrit que la manca de feedback fa que els professionals no sàpiguen si el seu treball és útil (74). Però malgrat això, Howard M et al. observen que encara que els beneficis siguin escassos, els professionals podrien voler seguir col·laborant (157), i Dieleman et al. perquè la comunicació millora i se senten còmodes en la interacció (180). No obstant això, fins i tot alguns professionals que no han col·laborat mai i que en ocasions manifesten opinions negatives o indiferents respecte la utilitat també pensen que fer-ho podria aportar beneficis a diferents nivells.

Que coneguem, no hi ha cap estudi anterior en què aquests professionals expressin que col·laborar pot tenir conseqüències negatives o que no sigui necessari. L'aparició d'aquest resultat en el nostre estudi podria ser conseqüència de la cerca intencionada de casos negatius. No obstant això, també podria ser degut al fet que, amb l'excepció del de Bradley et al. (151), en els estudis anteriors no es van entrevistar professionals sense experiència prèvia en col·laboració, que són els que, segons la nostra observació, expressen aquesta particular opinió. El fet que només existeixin opinions negatives en professionals que no han col·laborat mai amb l'altre grup suggereix que precisament aquesta percepció negativa de la utilitat de col·laborar podria ser la que impedeix que s'iniciï. Segons la hipòtesi de contacte d'Allport (181), el fet que no hagin tingut relació podria contribuir al manteniment de creences errònies i/o dels prejudicis que tenen cap a la col·laboració. Conseqüentment es crea una retroalimentació que reforça la percepció que la col·laboració no és necessària o és nociva. Aquesta manca de coneixement de l'altre col·lectiu professional podria significar que no es dóna valor als coneixements, les habilitats i el valor afegit que pot aportar l'altre grup. Alguns FC pensen que la barrera principal és la manca d'interès dels MAP a treballar conjuntament, que alhora creuen que s'origina en el desconeixement dels MAP sobre els serveis que els FC poden oferir. Segons el model de McDonough i Doucette, els MAP que no han conegut prèviament el servei del FC poden ser resistents a les seves recomanacions (133).

Segons alguns MAP i alguns FC d'aquests estudi, el FC és el que pren o ha de prendre la iniciativa d'apropar-se a l'equip d'atenció primària per iniciar la col·laboració i els FC pensen que són els MAP els no interessats en col·laborar amb ells. El fet que la iniciativa provingui habitualment del FC ja ha estat descrit prèviament per McDonough i Doucette (133) i Bradley et al. (151), que mostren que en les primeres etapes de la comunicació el FC sol ser el promotor principal i en els nivells més elevats de col·laboració ambdós ja s'esforcen per igual per mantenir-la. Que els FC pensin que els principals interessats són ells, també s'ha observat en algun estudi previ (143) i podria ser degut a dues raons: en primer lloc, que el FC percep més la necessitat de la col·laboració del MAP per a dur a terme amb qualitat la seva activitat assistencial i, en segon lloc, perquè hi ha programes que es duen a terme a la farmàcia en què és necessari treballar de manera coordinada (com per exemple amb l'SPD).

De totes maneres, quan la relació ja s'ha iniciat cal també que els MAP i els directors dels EAP tinguin interès en el desenvolupament. D'altra banda, a Barcelona es van trobar iniciatives que provenien de l'EAP per interès del director i que funcionaven amb èxit donat que els farmacèutics estaven molt predisposats a treballar en col·laboració.

Pel que fa els beneficis de col·laborar, amb independència de l'experiència prèvia en col·laboració, els professionals creuen que s'incrementa o s'incrementaria la qualitat i l'eficiència del servei. Això té com a conseqüència una millora de la satisfacció laboral, efectes positius en l'atenció als pacients, tant en els resultats en salut com en la satisfacció del pacient. Way et al. també han explorat la percepció d'utilitat de FC i MAP respecte a la col·laboració trobant resultats similars en indicar que beneficia els pacients, els mateixos professionals i els serveis de salut.

Els professionals posen molts exemples de com el servei sanitari podria millorar. Per exemple, detectant i resolent els problemes relacionats amb els medicaments i les interaccions medicamentoses, millorant l'adherència als tractaments i fomentant-ne l'ús racional així com millorant la informació que té el MAP dels altres medicaments que prenen els pacients. Altres estudis previs que analitzen la percepció d'utilitat de la col·laboració de FC i MAP troben resultats similars en indicar que no només milloraria la qualitat de l'atenció sanitària (35,157,180) sinó que la col·laboració faria augmentar la qualitat i la seguretat de les prescripcions (35,61,91,143,155,157,160,166,182) i la confiança del pacient (91).

D'altres estudis que han explorat la percepció d'utilitat de la col·laboració FC-MAP també descriuen, com aquest, que els professionals que treballen en col·laboració

senten que millora la seva satisfacció laboral (91,95,127,143,157,159,160,182). Això podria ser degut al fet que, com diu Ellingson (96), la col·laboració a nivell sanitari s'associa amb la percepció dels professionals de donar millor qualitat en l'atenció. A més segons Howard M et al., en els cas dels FC, la col·laboració és vista com una oportunitat per tenir un nou rol professional (157).

Un altre aspecte assenyalat respecte la utilitat de la col·laboració és que milloraria la imatge i l'apreciació mútua dels professionals, cosa que coincideix amb diversos estudis previs (91,154,180). Es tracta sobretot de l'efecte que el FC es veuria més reconegut en la seva vessant clínica, probablement perquè en col·laborar es fa més visible aquest aspecte de la professió per sobre dels altres aspectes (el de gestor o el de venedor). Per a col·laborar amb els MAP, els FC han hagut de coordinar-se entre ells i això els ha portat a que s'iniciïn unes relacions o que millorin les relacions existents entre els mateixos FC. A més, els pot comportar fidelitzar els pacients a la seva farmàcia.

D'acord amb els MAP i els FC, com a conseqüència de la col·laboració, millora l'eficàcia i l'eficiència dels serveis i es facilita la reducció de les despeses del Sistema Sanitari. Segons Rigby (79) una bona relació de treball és essencial per a la prestació de serveis sanitaris eficaços. En un estudi del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, els MAP opinen que "integrar les oficines de farmàcia plenament en el seu paper comunitari i en la relació i coordinació amb els MAP tindria un impacte considerable en la despesa" (35). Però, per altra banda, pensen que col·laborar podria comportar un increment dels costos per a la oficina de farmàcia en augmentar els serveis que hauria d'oferir.

La millora en l'atenció clínica als pacients des de la farmàcia comunitària, quan es du a terme la col·laboració amb els MAP, implica augmentar els serveis que s'hi podrien donar. Molts dels exemples que posen tant els MAP com els FC són actuacions que han de ser fetes pels FC, que no les feien abans o que ja es feien però al CAP. L'increment en el número de serveis d'atenció farmacèutica que es deriva de la col·laboració no sempre va lligat a un increment en la venda de medicaments; en alguns casos fins i tot va lligada a una reducció en la venda. Això és especialment rellevant en un moment de crisi en què s'han pres diverses mesures de control de la despesa sanitària en medicaments. A més, el model de finançament actual ja ha estat assenyalat anteriorment com una barrera per a la implantació de serveis d'atenció farmacèutica (83). Si aquesta relació es vol assolir amb èxit, s'haurà de reflexionar si és viable amb el model actual de finançament de les farmàcies comunitàries. La

integració del FC dins del sistema d'atenció primària, necessari per a que aquests serveis es duguin a terme amb èxit, no és una excepció.

La percepció d'utilitat és decisiva en quan es tracta del director de l'EAP, que pot fer que tingui interès en aquesta col·laboració i per tant que hi vulgui destinar recursos. En el model de McDonough i Doucette, les percepcions dels professionals – MAP i FC – dels costos i beneficis d'establir un treball en col·laboració afecten en qualsevol dels estadis del treball conjunt (133). Els costos necessaris per dur a terme la col·laboració poden influir de forma negativa en el director i explica que, un cop es col·labora, els canvis en la direcció de l'EAP influeixin de forma important en la continuïtat del treball col·laboratiu. Aquest és el primer estudi en què es valora la importància de l'interès del director de l'EAP a que existeixi col·laboració entre MAP i FC. Probablement això es degut al fet que en els serveis sanitaris a nivell d'atenció primària dels diferents països on s'ha estudiat la col·laboració les estructures organitzatives són molt diferents a les de l'Estat espanyol i no existeix una figura comparable a la del director de l'EAP en el nostre context. Encara que D'Amour et al., en la elaboració del seu model de col·laboració en els serveis de salut, ja mencionen la dimensió de la direcció com necessària per la coordinació (100). A Espanya l'organització del Sistema Sanitari està molt descentralitzada i es prenen moltes decisions sobre la gestió a nivell micro; d'aquí la rellevància – que no havia estat assenyalada abans – de l'interès del director. De fet, els exemples de col·laboració dels MAP a Barcelona s'han trobat principalment quan la gestió dels EAP era de tipus privada, probablement perquè els directors creuen que poden millorar els resultats dels equips, si es té en compte que el finançament és de tipus capítatiu, i tenen més interès a millorar l'eficiència. A la vegada, aquests equips solen ser més petits, cosa que fa que tinguin més capacitat de rectificar o més flexibilitat de fer canvis quan ho creuen necessari.

5.2.2 Opinió recíproca

L'actitud dels professionals és un factor clau per col·laborar i està fortament influenciada per la percepció de la utilitat, però també per l'opinió que es té de l'altre.

Hi ha estudis en què els MAP recolzen el paper que tenen els FC en la millora de la medicació dels pacients (61,154,155,157), n'aprecien l'activitat (63,87) i les competències (149) i són receptius a les recomanacions que els fan per a resoldre problemes relacionats amb els medicaments, acceptant col·laborar-hi (88,131). Contràriament, però, d'altres indiquen que els MAP tenen poca coneixença (80) i poca confiança en la capacitat dels FC i que els infravaloren (80,151).

Juntament amb els prejudicis (cap a l'altre grup quan encara no es coneixen), les males experiències prèvies en contactes anteriors porten a actituds que actuen com a barreres per a la col·laboració. El model de McDonough i Doucette descriu els prejudicis com una característica que influeix (133). D'altres estudis mostren que les experiències anteriors influeixen en la relació (45,136) i que en ocasions els FC són vistos com "polícies" perquè contacten quan troben problemes en la medicació o informen dels errors amb potencial dany als pacients (141) o bé són vistos com "portadors de males notícies" perquè només es comuniquen amb els MAP quan hi ha algun problema (151). Així mateix comporta opinions negatives el conflicte públic-privat, és a dir, la creença que l'objectiu dels FC és aconseguir major venda de medicaments mentre que l'objectiu dels MAP és aconseguir els incentius del sistema DPO. De la mateixa manera afecta el fet de pensar que l'altre té una visió negativa del propi grup. MAP i FC creuen que el fet que les farmàcies siguin de propietat privada fa que els FC no sentin que formen part de l'estructura del Sistema de Salut. A més, que les farmàcies rebin finançament dels serveis públics de salut exclusivament pel subministrament de medicaments actua com a barrera perquè perpetua la imatge de venedor del FC. Segons Rigby la manca de retribució per la prestació de serveis fa que es vegi els FC com actors establerts fora de l'atenció primària (79). Contràriament, que els MAP treballin amb un sistema de retribució tipus "funcionari" fa que els FC no vegin els MAP tan interessats com ells mateixos en l'atenció al pacient i que els dos col·lectius no puguin tenir la mateixa visió de les necessitats de finançament de la farmàcia. Per Axelsson i Axelsson tenir diferents tipus de finançament ha estat assenyalat com una barrera estructural per la col·laboració entre organitzacions (103).

L'aspecte del negoci de la farmàcia comunitària influeix en la relació dels FC amb els MAP segons han descrit estudis anteriors (80,151). Molts MAP veuen els FC com empresaris o comerciants i això pot representar un conflicte d'interessos en l'atenció de la salut (80). Contràriament, que nosaltres sapiguem, no n'hi ha cap en què es descriu l'interès del MAP a complir els objectius d'incentivació. La introducció d'incentius als MAP en el nostre país pot haver estat la causa que es percebi aquest conflicte d'interessos.

A més, el fet que els rols i les funcions de cada grup no estiguin ben definits també pot donar lloc a una opinió negativa de l'altre perquè poden aparèixer problemes relacionats amb l'intrusisme i el solapament de competències. Com descriuen alguns autors, els membres dels equips interdisciplinaris poden veure la superposició de funcions i de rols com un problema (106,107). També hi ha algun MAP de l'estudi que expressa preocupació quan els FC assumeixen rols en la prescripció que consideren

activitats de medicina general. Això ha estat descrit anteriorment. Segons Rigby, en percebre el MAP el FC com un altre proveïdor d'atenció mèdica, es crea una incertesa que pot ser una barrera per a la col·laboració (79). Hi ha MAP que fan èmfasi en la qüestió del rol, en el sentit que són ells els que prenen les decisions clíniques i no els FC (160) o que no volen que els FC aconsellin directament els seus pacients (157). De la mateixa manera també hi ha FC que creuen que l'extensió del seu paper podria ser vista com una intromissió en l'activitat del MAP (73,80), i d'altres que pensen que els MAP prefereixen FC no implicats (73).

En aquest estudi la majoria d'ambdós col·lectius professionals opina que en ocasions el FC pot dur a terme rols i tasques que corresponen al MAP però també apareix el contrari: algun FC opina que de vegades el MAP és el que vol fer activitats que li corresponen al FC. En els estudis publicats només es troben opinions en el sentit de possible intrusisme per part dels FC. Definint els rols i les funcions de cadascú s'evitarien conflictes. Tant els models de col·laboració com els estudis existents destaquen el valor de la definició de rols i funcions per a evitar conflictes i que la col·laboració es pugui dur a terme (88,92,100,133,136,146,149,151,157,161). A més, mostren que els mateixos rols canvien i es redefeixen a mesura que augmenta la col·laboració (96,100,133,151) i que, quan ja s'ha establert aquesta col·laboració, els MAP recolzen el rol del FC (154), són positius sobre l'ampliació del seu paper sense sentir-se amenaçats (162) i considerant que entre ells no han de competir (143).

També hi ha estudis en què els FC que pensen que algunes de les seves pròpies actituds, com tenir menys interès en la funció assistencial (74) o la manca de confiança en ells mateixos (73), poden actuar com a barreres per a la col·laboració.

5.2.3 Factors que canvien les opinions negatives

Segons els resultats d'aquest estudi, la coneixença entre ells és bàsica i ha de ser a l'inici de tu a tu principalment a través de reunions, que són la millor manera perquè es coneguin, per treballar conjuntament i per mantenir la relació. Estudis anteriors mostren també que si no es coneixen prèviament, és difícil que s'iniciï la col·laboració (162) i que la manca de relació amb el FC té una influència negativa important sobre el punt de vista del MAP (154), que pot ser resistent a les recomanacions dels farmacèutics segons McDonough i Doucette (133). Així com si hi ha un baix nivell de comunicació entre els col·lectius, les interaccions amb els FC són generalment percebudes com adverses (141).

El fet que en la relació el mètode de comunicació preferit per ambdós grups de professionals és el tu a tu coincideix plenament amb múltiples estudis (61,74,143,159,160,166), algun també destaca la importància especialment a l'inici de la relació col·laborativa (160).

La coneixença fa que desapareguin el rebuig de la col·laboració per part dels mateixos professionals i els prejudicis negatius sobre l'altre grup de professionals. Canvien les idees estereotipades preconcebudes i negatives i augmenta el respecte professional en veure els coneixements i habilitats que l'altre pot aportar. Això ja ha estat descrit anteriorment. Segons l'estudi de Van et al., un cop les idees preconcebudes sobre els altres se superen, es pot compartir objectius i discutir sobre estratègies i eines per millorar la comunicació (136). Llavors, d'acord amb Denneboom et al., MAP i FC es mostren favorables a la col·laboració en la seva activitat habitual (166). A més, diversos estudis descriuen que el fet de col·laborar fa augmentar l'apreciació de l'altre professional (91,154,180).

També d'altres autors mostren que, a mesura que es van coneixent mútuament, creix la confiança i el respecte que són dos elements necessaris perquè existeixi una col·laboració eficaç (73,136,143,157,162), cosa que també recull com factors fonamentals el model de col·laboració MAP-FC de Bradley et al. (151). El model de col·laboració MAP-FC de McDonough i Doucette també avala aquest procés: a mesura que MAP i FC col·laboren, augmenta la confiança, el reconeixement mutu i també la satisfacció amb la relació (133). En el model de D'Amour et al. és també un indicador de col·laboració la confiança mútua a través de la coneixença (100), i segons Axelsson i Axelsson (103) el grau de confiança mútua és el factor més important en qualsevol col·laboració en els serveis de salut.

La coneixença fa que sobretot els MAP reconeixin el valor dels FC, necessari per a una col·laboració eficaç. El fet de compartir objectius clínics també fa que millori l'opinió que el MAP té del FC. Diversos estudis obtenen resultats similars, mostren que la coneixença fa que els MAP apreciïn i valorin el treball dels FC (61,63,88,89,154,157,162), que els MAP puguin saber com estan de preparats els FC, necessari per a que vulguin col·laborar-hi (143). Fins i tot alguns MAP es mostren sorpresos pel nivell de preparació i les habilitats professionals dels FC, fet que demostra el desconeixement previ (162). Els MAP llavors són receptius a les recomanacions que els FC els fan per tal de millorar l'atenció als pacients (131) i expressen la necessitat de continuar col·laborant (157). A la vegada, els FC opinen que el fet que el MAP els vegi com un valor afegit afavoreix la col·laboració (149).

Per altra banda, alguns FC diuen que hi ha MAP que no els veuen com a professionals del mateix nivell, que es creuen que estan per damunt i que veuen els FC només com uns venedors, però quan es coneixen mútuament això canvia positivament. Diversos estudis mostren resultats similars, revelen que els problemes de comunicació entre MAP i FC s'associen sovint amb la relació asimètrica entre col·lectius professionals (45). Concretament la visió per part del MAP vers el FC com a subordinat en termes professionals és una barrera important per a col·laborar (80). Hi ha MAP que fan èmfasi en la qüestió del rol, en el sentit que són ells els que prenen les decisions clíniques i no els FC (160), i estan oberts a col·laborar amb els FC però mantenint i reforçant el seu domini (151). També hi ha MAP que indiquen que els FC i els MAP han de tenir la mateixa responsabilitat (155). La simetria de la dependència és un facilitador (149). Per a que hi hagi col·laboració en els sistemes sanitaris, els professionals han d'estar en el mateix nivell jeràrquic (integració horitzontal) (92,103). Segons el model de col·laboració MAP-FC de McDonough i Doucette, com més s'equilibra el poder (no dominació de rols, horitzontalitat de les jerarquies) entre els col·lectius, més probabilitats hi ha que progressi la col·laboració (133).

Els mateixos FC de l'estudi opinen que la col·laboració és possible si els FC estan ben formats. Segons el model de col·laboració MAP-FC de McDonough i Doucette (133), a mesura que es troben més còmodes amb les competències dels FC, els MAP n'accepten les recomanacions. La formació és percebuda com a necessària pels FC per a millorar professionalment i perquè els MAP confiïn en les seves competències. Howard M et al. observen que tots dos consideren que els FC necessiten practicar les seves habilitats i adquirir formació addicional (157). També d'altres autors informen que la formació pràctica rebuda amb experiències interdisciplinàries (això es dona sobretot en els més joves) fa que siguin més receptius a la col·laboració (79,133,136). Alguns FC en l'estudi de Hughes et al. suggereixen la capacitació conjunta a nivell de primer i segon cicle universitari de les dues professions com una manera de superar els obstacles i fer augmentar el coneixement sobre les habilitats i fortaleces professionals de l'altre grup respectivament (80). Van et al. Descriuen que el contacte previ amb el MAP durant les pràctiques de formació (factor de l'intercanvi) és un predictor de la col·laboració segons els FC (179).

La comunicació per temes professionals ha de ser directa, i no mitjançant els pacients ni els tècnics o auxiliars de farmàcia; els MAP volen comunicar-se directament amb els FC. Els tècnics o auxiliars de farmàcia tradicionalment han fet, a més de les seves tasques, d'altres que corresponen al FC com és l'atenció i la venda directa de medicaments al pacient, cosa que probablement no es dona en d'altres països. La

figura dels tècnics auxiliars, poc coneguda pels MAP, pot fer que porti a aquests a confondre'ls amb els FC i a generar conflictes en la relació. Una millor definició dels rols professionals dins de la farmàcia podria ajudar a minimitzar aquest problema i a evitar conflictes entre els professionals. També Lagerløv i Nordeng (183) assenyalen que no s'ha d'utilitzar els pacients per transmetre informació entre ambdós professionals i en l'estudi de McGrath et al. queda palès que els MAP volen el contacte directe amb el farmacèutic de l'oficina de farmàcia (143).

Del discurs s'extreu que els professionals més joves són més favorables a col·laborar. En d'altres estudis, segons el punt de vista dels MAP, un dels predictors de la col·laboració es l'edat (146): els professionals amb menys experiència són els que estan més disposats a compartir informació clínica i a comunicar-se amb els FC per promoure l'adherència a la medicació (155). També, segons els FC, els que tenen menys anys d'experiència professional col·laboren més amb els MAP (74,149). Segons McDonough i Doucette, l'edat és una de les característiques que afecten la seva disposició per acceptar els canvis i els riscos involucrats en el desenvolupament d'una col·laboració (133).

5.2.4 Assoliment dels objectius

L'assoliment dels objectius comuns que s'havien establert és un factor que pot afectar que la percepció d'utilitat i per tant l'actitud siguin positives i que MAP i FC vulguin continuar col·laborant. A la vegada, per seguir amb el treball en col·laboració cal que els professionals trobin nous objectius comuns; si no són capaços de fer-ho la col·laboració es podria acabar. És necessari, doncs, que hi hagi sempre objectius compartits que es puguin anar assolint. Aquesta necessitat d'atènyer els objectius i de plantejar-ne de nous ha estat assenyalada pels models de col·laboració MAP-FC de Bradley, Ashcroft i Noyce (151) i de McDonough i Doucette (133). D'acord amb Axelsson i Axelsson, aquests objectius també són necessaris per a començar i seguir col·laborant. Un cop la formació dels equips de professionals ha estat establerta amb èxit, la resta de factors té un impacte inferior perquè els professionals ja se centren principalment en complir els objectius (103). En el model de col·laboració en serveis de salut de D'Amour et al., compartir objectius orientats al pacient és necessari per a iniciar la col·laboració (100). En un estudi de Bradley et al. la manca d'acord entre els FC i els MAP en els objectius va tenir com a conseqüència l'aparició de problemes en la col·laboració (73). Perquè hi hagi col·laboració els objectius han de ser

preferentment clínics. Ja s'ha descrit prèviament que, si només s'aborden qüestions administratives, els MAP no estan interessats i els FC se senten frustrats (136).

Quan en el Sistema Sanitari s'introdueixen canvis o novetats que afecten al treball dels dos col·lectius, aquestes circumstàncies poden motivar l'apropament entre ells per analitzar els canvis i poder dur-los a terme. Per exemple, quan s'havia de receptar més medicaments genèrics o quan es va iniciar la recepta electrònica es van posar en contacte MAP i FC de la mateixa zona per avaluar com dur-ne a terme la implementació, amb la qual cosa es va iniciar un procés de col·laboració. Aquestes situacions s'haurien de tenir en compte per tal de promocionar els contactes en els futurs canvis que s'introdueixin i que afectin tots dos.

5.2.5 Factors que influeixen en l'assoliment dels objectius

Que hi hagi una persona en cada grup que coordini el treball és un factor que facilita l'organització de la relació. Aquest coordinador la facilita, per exemple, mitjançant reunions sense que calgui convocar tots els professionals. Segons Ellingson (96) això afavoriria la col·laboració, perquè a mesura que el grup creix disminueix el comportament prosocial dels individus i augmenta la complexitat de les tasques. Per Axelsson i Axelsson en l'etapa de formació dels equips multidisciplinaris, el coordinador ha de facilitar els contactes entre els diferents membres perquè es coneguin i aprenguin a treballar junts, i en la fase de conflicte ha d'ajudar els professionals a trobar interessos, valors i metes comuns (103).

Aquesta figura del coordinador s'utilitzà, per exemple, per dur a terme el Programa de Atención al Mayor Polimedicado a la Comunitat Autònoma de Madrid (129).

Les reunions periòdiques obren un espai per discutir sobre els objectius compartits, sobre els nous objectius que s'han d'establir i sobre la forma de dur-los a terme. A l'inici, aquestes reunions són molt importants perquè els participants es coneguin i aparegui la confiança necessària per a treballar en col·laboració. Posteriorment les reunions es poden espaiar i la comunicació per altres vies també és vista com a útil. Els estudis avalen que el contacte personal en les reunions millora la confiança entre els professionals implicats (73,133,151,166) i fa que siguin més actius en el procés. A més, coincidint amb l'estudi de Van et al., aquestes reunions poden portar a compatir objectius (136) i a un millor enfocament i a un augment de la qualitat en els objectius establerts prèviament segons el de Bradley et al. (73). Els MAP en l'estudi de Wilbur et

al. opinen que les reunions i la formació conjuntes podrien ajudar a l'acceptació de la funció del farmacèutic (88).

El millor horari per dur a terme les reunions és normalment al migdia, a l'hora de dinar, que és quan els dos col·lectius poden coincidir més fàcilment. Per tant, s'hauria de facilitar la conveniència d'horaris. De fet, en l'estudi de Snyder et al. els propis professionals ja ho programaven així (158). En aquestes reunions cal evitar tractar temes personals. Aquesta observació coincideix amb el model de col·laboració de McDonough i Doucette entre aquests professionals, en què es descriu que cal centrar-se només en l'atenció al pacient i en els beneficis de la col·laboració (133).

Les reunions permeten compartir informació clínica dels pacients als que tots dos atenen i informació tècnica, necessàries perquè ambdós grups de professionals puguin donar millor atenció i perquè millori la qualitat del Sistema Sanitari. Això també s'ha apuntat en estudis anteriors (149,162), en què els professionals valoraven positivament aquest intercanvi pel fet de permetre'ls exercir millor el seu treball (45,66,67,70,80,112,161). També en el model de col·laboració de D'Amour et al. en serveis de salut un dels indicadors de col·laboració és l'intercanvi d'informació (100). Els FC en el present estudi afirmen que han de tenir accés a dades clíniques dels pacients que comparteixen. Bajramovic et al. mostren que també els pacients opinaven que MAP i FC haurien de col·laborar, reunir-se periòdicament i intercanviar informació (161) i en d'altres investigacions els pacients consideraven que els FC haurien de tenir accés a dades clíniques específiques seves (67,142). Això no obstant, en un estudi de Bradley et al. (162) els MAP expressaven que preservar la confidencialitat era una barrera per compartir informació dels pacients amb els FC. També, segons Axelsson i Axelsson actuen com a barreres per la col·laboració interorganitzacional els sistemes d'informació i la confidencialitat de les dades (103).

El fet de compartir informació tècnica a la vegada fa que millori la visió que es té de l'altre professional. En estudis previs els professionals també han opinat que quan es treballa en col·laboració hi ha beneficis pel fet d'aprendre de l'experiència de l'altre i de compartir coneixements (157,161,162). En aquest sentit, el FC és vist com una font d'informació sobre medicaments (149,157,160).

Del discurs dels professionals s'extreu que per garantir la comunicació entre ells és important que existeixin estructures organitzatives que la facilitin i sistemes o vies de comunicació protocol·litzats que es mantinguin tot evitant obstacles en el desenvolupament d'aquests canals de comunicació. Això havia estat assenyalat amb anterioritat en diferents publicacions segons les quals la comunicació depèn de

l'estructura organitzativa i les normes (133) i d'uns canals de comunicació ben definits (67,80,133,136,155,183) La qualitat de la comunicació també és un indicador en el model de col·laboració en serveis de salut de D'Amour et al. (100).

5.2.6 Altres factors rellevants de la col·laboració

Les càrregues de treball dels professionals, que no deixen temps per dur a terme les tasques relacionades amb la col·laboració, i la manca d'incentius poden obstaculitzar l'inici i la continuïtat de la col·laboració. Aquesta pressió per càrrega de treball també ha estat descrita anteriorment com una causa de manca de comunicació entre MAP i FC (45,184). Quan ja hi ha col·laboració, els professionals han expressat que podria fer-ne perillar la continuïtat (160), així com que la manca de temps dificulta que es col·labori (45,67,71–73). També en un estudi previ d'Amsler et al. la majoria dels pacients creuen que els FC han de treballar amb els MAP però que la manca de temps n'és un obstacle (67). A la vegada ja s'ha observat que treballar en col·laboració requereix més temps (74,155,159) i fa augmentar la càrrega de treball, cosa que intensifica les dificultats (155,160,166).

Segons els professionals la cohesió entre les farmàcies facilita la col·laboració amb els MAP. En l'estudi de Morris et al. els MAP han opinat que és més fàcil treballar en col·laboració amb els FC quan ells mateixos treballen de forma conjunta i coordinada en la prestació dels serveis (154). Les farmàcies amb ampliació d'horari (tipus "botiga") dificulten aquesta cohesió entre elles, que en ocasions es deriva de la competència comercial. En diversos estudis també es constata que el fet que la farmàcia formi part d'una cadena de farmàcies dificulta la col·laboració (73,74,151,154,185). En aquest tipus d'organització, l'horari ampliat d'apertura fa que es necessitin més farmacèutics per cobrir la jornada laboral i hi ha més canvis que influeixen negativament en la coneixença, la confiança, el respecte professional i el nivell a què el MAP està disposat a col·laborar.

La proximitat i les zones geogràficament ben definides, com les rurals o barris ben delimitats on a més hi ha poques farmàcies, faciliten la relació tant entre el mateixos FC com entre els FC i els MAP i entre els FC i els pacients. Els models de col·laboració MAP-FC de McDonough i Doucette i de Bradley et al. (133,151) ja descriuen la situació i la proximitat geogràfica dels professionals com una característica del context per col·laborar. En els llocs on són molt a prop les oportunitats d'interactuar augmenten (133,136,151,158), cosa que també opinen els

mateixos MAP (155). A més, segons MAP i FC el fet que la farmàcia estigui allunyada de l'EAP fa augmentar l'esforç que es necessita per col·laborar (162).

Addicionalment, els pacients poden anar cada vegada a la farmàcia que triïn i, per tant, en zones ben delimitades i petites (normalment les rurals) el pacient va habitualment a la mateixa farmàcia i es pot establir un vincle que porti a una millor relació i millor continuïtat en l'atenció. En zones poc delimitades i amb moltes farmàcies (habitualment en les ciutats) ocorre el contrari. El fet que els pacients puguin anar canviant de farmàcia per comprar els seus medicaments com passa més en les grans ciutats ja està descrit com a dificultador de la col·laboració (133,155). Els estudis també deixen palès que els MAP en el medi rural poden percebre més beneficis d'establir una col·laboració amb el FC de la zona perquè que tots dos comparteixen els mateixos pacients (133,149,155).

Les estructures organitzatives i socials i els canals de comunicació en el medi rural són menys formals i això pot fomentar la comunicació; contràriament en àrees metropolitanes poden ser més formals i amb menys oportunitats per trobar-se de tu a tu amb l'altre professional, segons el model de McDonough i Doucette (133).

Alguns MAP i FC suggereixen canviar l'organització de la farmàcia i integrar-la en la de l'EAP per a evitar aquests conflictes. Treballar compartint la mateixa organització dins del Sistema Sanitari augmentaria les possibilitats de col·laborar per proximitat, accessibilitat, coneixença, estructures i normes comunes, com ja existeix en els hospitals. L'estructura organitzativa ja s'ha descrit com un factor del context que influeix en la relació (103,133). El fet de treballar en el mateix del sistema facilita una major col·laboració (149) i ambdós professionals també opinen que les condicions en què treballen (com l'accessibilitat, les normes i els protocols) impacten en la seva relació de col·laboració amb l'altre grup (136). En d'altres estudis ja s'ha descrit que la ubicació en la pràctica diària pot fomentar una major col·laboració entre les dues professions (79), cosa que també opinen ambdós grups de professionals (162). I també que els MAP prefereixen que el FC estigui ubicat en el consultori mèdic (80,143), cosa que eliminaria també la imatge que es té del FC botiguer (80). La professió farmacèutica hauria de discutir la viabilitat i adequació d'aquest model de farmàcia comunitària.

El fet que les farmàcies siguin de propietat privada pot comportar que els FC no se sentin part de l'estructura del Sistema Sanitari malgrat que ofereixen un servei públic, actuen de forma coordinada amb l'EAP i col·laboren amb l'Administració Sanitària (23). En el nostre país la farmàcia comunitària només rep finançament per la venda de

productes i els serveis d'atenció farmacèutica no estan remunerats. Això pot dificultar la col·laboració amb els MAP en tasques clíniques. Axelsson i Axelsson ja han indicat que en els serveis de salut actuen com a barreres per a la col·laboració interorganitzacional l'existència de diferents límits administratius, diferents normatives, diferents tipus de finançament (barreres estructurals), així com diferències en els valors i en els interessos (103).

En un moment de crisi, en què els FC han de buscar estratègies per a assegurar la viabilitat de les farmàcies, algunes poden haver decidit invertir en la venda de productes de parafarmàcia i medicaments de venda lliure. No obstant això, hi ha un fort moviment de farmacèutics cap a l'ampliació dels serveis d'atenció clínica o atenció farmacèutica (27–29,36,37), que, per tal de ser viable, haurà de rebre el suport de les institucions. A la Comunitat Autònoma de Madrid, per exemple, les institucions han promogut un programa d'atenció al pacient gran polimedicat en què MAP i professionals d'infermeria d'atenció primària col·laboren amb FC (129). A Austràlia, on les institucions financen serveis de revisió de la medicació en què FC i MAP han de reunir-se per organitzar-los i comparteixen dades clíniques dels pacients, aquests professionals han començat a col·laborar i han millorat els resultats en salut dels pacients (111–113).

En l'estudi de Van et al. la remuneració del treball en col·laboració s'ha vist com un factor determinant (136). i en d'altres els professionals opinen que aquestes activitats han de ser reconegudes i compensades adequadament (155,157,160,184). Bajramovic et al. (161) mostren que tant els MAP i els FC com els pacients han opinat que el tipus de finançament pot influir en la col·laboració; i Porteous et al. (184) que també els pacients pensen que cal compensar la col·laboració. Fins i tot alguns MAP han opinat que cal augmentar el personal per a dur-la a terme (157).

5.3 Estratègies per a la col·laboració entre MAP i FC

5.3.1 Estratègies per a iniciar la col·laboració

En base a allò que s'analitza en aquest estudi, per tal d'iniciar la col·laboració és recomanable:

- Generar una percepció d'utilitat i una actitud dels professionals i del director de l' EAP positius tot fent ús de l'evidència científica que ho suporta.
- Aprofitar els canvis introduïts pel Sistema Sanitari com a oportunitats per a iniciar la col·laboració (objectiu comú).
- Fer que els MAP i els FC es coneguin personalment mitjançant reunions periòdiques per trencar prejudicis, construir confiança i respecte professional, compartir informació i pactar objectius comuns preferiblement clínics.
- Evitar tractar temes personals o casos concrets durant les primeres reunions per no generar una mala dinàmica de grup.
- Planificar les reunions en un horari compatible per a tots. Normalment coincideix amb l'hora de dinar.
- Que els professionals defineixin clarament els seus rols i les seves funcions així com que elaborin protocols d'actuació.
- Designar una o més persones com a coordinadors i/o com a figures de referència que haurien d'estar incentivades, aquests moderaran les reunions, garantiran la resolució de conflictes entre els equips i faran d'interlocutors i de representants de cada grup.
- Facilitar que els MAP i els FC puguin dedicar temps a coordinar-se amb equips externs al seu centre de treball.
- Establir i normalitzar canals de comunicació pactats entre ambdós col·lectius: llistats de telèfons, llistats de correus, fulls d'interconsulta, horaris de trucada, circuits d'actuacions, etc.

5.3.2. Estratègies per a mantenir la col·laboració

Un cop iniciada la col·laboració, per tal de mantenir-la és recomanable:

- Continuar incentivant els professionals per a que puguin dedicar una part del seu temps a la tasca de coordinació amb l'altre professional.
- Realitzar reunions periòdiques on participin tots els MAP i els FC i on s'avaluï l'assoliment dels objectius comuns prèviament pactats i se'n plantegin de nous. Aquestes reunions també serviran per a redefinir els rols i les funcions.

5.3.3 Altres estratègies

Hi ha d'altres elements que afavoreixen la relació independentment de l'estadi en què es trobi. És recomanable doncs:

- Utilitzar registres per poder avaluar el nivell d'assoliment dels objectius consensuats. Són útils per a reforçar la percepció d'utilitat de col·laborar i, en cas de no assolir els objectius, per estudiar-ne les causes i desenvolupar noves estratègies. Serviran per a tenir dades objectives que recolzin la utilitat de la col·laboració en cas de necessitar ajuts.
- Tenir un major control sobre el pressupost de l'EAP i els seus resultats per facilitar la implementació d'estratègies com és la col·laboració per a millorar-ne l'eficiència.
- Revisar el sistema actual de remuneració de les farmàcies perquè s'incentivi l'atenció farmacèutica i el treball en col·laboració.
- Fer que MAP i els FC treballin amb les mateixes estructures organitzatives.
- Formar tots els professionals de la salut en el treball interdisciplinari i col·laboratiu, principalment des de les universitats.
- Permetre que els professionals comparteixin dades de la història clínica dels pacients que ambdós atenen i intercanviar les dades necessàries per a assolir els objectius comuns mantenint la confidencialitat.
- Fomentar des de l'administració el treball en col·laboració i facilitar els recursos i eines necessaris per dur-la a terme. Si es decideix apostar per la col·laboració, és recomanable iniciar els canvis en les zones rurals perquè que és on es poden fomentar més fàcilment els factors facilitadors de la col·laboració.

6 CONCLUSIONS

6 CONCLUSIONS

Els factors que afecten la col·laboració entre els MAP i els FC depenen del moment en què es trobi: abans que existeixi i quan aquesta ja es duu a terme. Perquè es pugui iniciar el treball en col·laboració cal que existeixin uns determinats factors previs. Els elements o factors que influeixen abans que hi hagi col·laboració s'han agrupat en quatre factors clau: 1. la percepció de la utilitat de col·laborar, 2. l'interès de la direcció de l'EAP, 3. l'actitud dels professionals i 4. les condicions geogràfiques i legislatives. Perquè la col·laboració pugui tenir continuïtat en calen d'altres que es construeixen a mesura que la relació es desenvolupa i que són imprescindibles per tal de mantenir-la en el temps. Si no té el suport necessari, pot desaparèixer. Els diferents elements necessaris quan ja s'ha establert la col·laboració per a que es perpetui s'han agrupat en dos factors clau: 1. l'assoliment dels objectius i 2. els canvis o la estabilitat de la direcció de l'EAP.

No hi ha diferències en els discursos entre els MAP i els FC, entre el fet de tenir o no experiència en el treball en col·laboració ni entre les dues Comunitats Autònomes estudiades. El fet de tenir experiència en treballar conjuntament fa que es vegin més els factors facilitadors i el fet de no tenir-ne o d'haver-ho intentat sense èxit fa que els informants expressin més barreres d'actitud com són els prejudicis i la percepció de l'existència de conflictes d'interessos.

Els MAP que treballen en equips amb gestió de tipus privada, i sobretot els directors (que són els que gestionen els recursos), estan més motivats a iniciar la col·laboració i mantenir-la.

Els factors relacionats amb les actituds són els més rellevants i extensos, influeixen en la intenció de conducta i afecten la col·laboració en totes les seves etapes. A la vegada estan interconnectats amb la resta de factors, que s'influencien mútuament. Són determinants en el director de l'EAP. Quan encara no hi ha treball en col·laboració, els elements que influeixen principalment en les actituds són els prejudicis amb opinions negatives de l'altre com la és la imatge de "venedor" del FC i la percepció de l'existència de conflictes d'interessos. A mesura que els dos col·lectius es coneixen aquestes opinions canvien i desapareixen. La coneixença fa que s'aprecii el valor de

l'altre i que els dos professionals es reconeixin a un mateix nivell. Fa sobretot que el MAP reconeixi el valor del FC, cosa necessària perquè hi hagi voluntat de col·laboració.

Per voler col·laborar tots dos han de percebre que la col·laboració és útil i han de compartir objectius preferentment clínics. És necessari assolir els objectius que s'han proposat i fixar-ne de nous per a seguir treballant junts.

La col·laboració porta a una millora a diversos nivells. A nivell administratiu, comporta més eficiència del Sistema Sanitari així com una millor utilització del Sistema Sanitari per part de la comunitat. A nivell de satisfacció professional, millora tant per als MAP com per als FC, que assoleixen una millor imatge. A nivell clínic, els serveis que s'ofereixen als pacients en col·laboració comporten una millora en els resultats de la salut. A més, en els FC promou més la vessant clínica, encara que de vegades els pot suposar un augment dels costos. A nivell interprofessional, afavoreix la relació entre els dos col·lectius.

En cas de manca d'experiència en col·laboració entre els professionals tenen l'opinió que aquesta pot no tenir utilitat o ser negativa.

Treballar en col·laboració fa que es vulgui continuar fent-ho, principalment per la millora que comporta en satisfacció laboral, per l'oportunitat de desenvolupar un nou rol en el cas dels FC i probablement per la percepció que es té de donar millor servei.

Els FC són habitualment els que estan més interessats en el treball conjunt, encara que la majoria d'iniciatives provenen dels EAP.

Per treballar en col·laboració:

- El contacte entre MAP i FC ha de ser directe. A l'inici cal que sigui de tu a tu, preferentment mitjançant reunions i posteriorment les trobades es poden espaiar i fer-se també per altres vies.
- És important compartir de forma segura les dades clíniques dels pacients que es necessitin per a dur a terme l'atenció conjunta i compartir informació tècnica que sigui útil per a millorar l'atenció al pacient.
- És aconsellable l'existència d'una o diverses persones que actuïn com a coordinadors o referents, que representin i facin d'interlocutors entre els dos grups de professionals.

- Cal definir els rols i les funcions dels participants tenint en compte que ambdós estan al mateix nivell.
- Cal establir vies protocol·litzades i àgils per a la comunicació.
- Cal estructures organitzatives favorables. Una estructura facilitadora, per exemple, integra els FC en la xarxa d'atenció primària o preveu un altre sistema de retribució. Aquestes mesures farien que se sentissin part del mateix Sistema Sanitari i evitaria possibles conflictes d'interessos.
- Cal incentivar els professionals perquè assumeixin aquest treball a més del que ja tenen habitualment.
- Cal que els professionals tinguin el temps necessari per dur a terme la col·laboració. Per això-ho s'han d'adequar i/o disminuir càrregues de treball.
- Cal que els FC estiguin altament formats i que siguin competents a nivell clínic.
- És necessària la formació dels professionals de la salut en el treball interdisciplinari en totes les etapes, però sobretot en la universitària, quan són més joves i estan més oberts als canvis. Això milloraria la comprensió i l'apreciació dels diferents paradigmes i de l'experiència professional de l'altre.

Investigacions futures podrien:

- Avaluar l'eficiència (efectivitat i rendibilitat econòmica) del treball col·laboratiu en comparació amb la pràctica habitual (en "aïllament").
- Desenvolupar intervencions per a incentivar la col·laboració entre professionals i avaluar l'efectivitat d'aquestes intervencions per a millorar-la.
- Avaluar l'impacte de la col·laboració en relació amb la intensitat en què aquesta es produeix.
- Avaluar la importància relativa de les barreres i els facilitadors identificats per als FC i els MAP mitjançant grups nominals i/o qüestionaris a una mostra representativa de professionals.

REFERÈNCIES

1. Organització Mundial de la Salut. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS; 1978. ISBN: 92 4 354135 8.
2. Consell d'Europa. Resolution ResAP (2001)2 concerning the pharmacist's role in the framework of health security [Internet]. Strasbourg; 2001. [citada 21 juny 2013] Disponible a: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=193721&Site=COE>
3. WONCA Europe. The European Definition of General Practice / FamilyMedicine [Internet]. WHO Europe Office Barcelona (Spain); 2011. [citada 21 juny 2013] Disponible a: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition_3rd_ed_2011_with_revised_wonca_tree.pdf
4. Organització Mundial de la Salut. Temas de salud. Atención primaria de salud [Internet]. Alma-Ata, URSS; 2013 [citada 21 juny 2013]. Disponible a: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
5. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado núm. 102 (29.04. 1986).
6. Reverte-Cejudo D, Sanchez-Bayle M. Devolving health services to Spain's autonomous regions. BMJ. 1999;318(7192):1204–5.
7. García Armesto S, Abadía Taira MB, Durán A, Hernández Quevedo C, Bernal Delgado E. Spain: Health system review. Health Syst Transit. 2010;12(4):1–295.
8. Ministerio de Sanidad y Política Social - Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS - Sistema Nacional de Salud. Organización general de la atención primaria en las comunidades autónomas [Internet]. Madrid; 2010. [citada 1 juliol 2013]. Disponible a: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Organizacion_General_de_la_AP_2010.pdf
9. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado. núm. 27, 2574 (1.02.1984).
10. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Catálogo de Centros de Atención Primaria del SNS. Año 2013. [Internet]. 2013 [actualitzada 31 desembre 2012; citada 10 setembre 2013]. Disponible a: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>
11. Equipo de investigación sobre la Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas, del Programa de políticas públicas y sociales de la Universidad Pompeu Fabra. Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: Semfyc, ediciones; 2009. ISBN: 978-84-96761-75-9.

12. Martín Zurro A, Jodar Solà G. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. A: Martín Zurro A, Jodar Solà G. Atención familiar y salud comunitaria. Elsevier España; 2011. p. 4–16. ISBN: 9788480867283
13. Associació Catalana d'Entitats de Base Associativa. Autogestió en Atenció Primària [Internet]. 2013 [citada 15 agost 2013]. Disponible a: <http://www.aceba.cat/ca/autogestio/el-nostre-model.htm>
14. Consorci Sanitari de Barcelona. Anunci del Consorci Sanitari de Barcelona, sobre aprovació d'uns estatuts. Annex: Estatuts de l'Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal (PAMEM). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Núm. 3783. p. 22173–7 (17.02.2002).
15. Martín JJ. Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud. Rev Adm Sanit Siglo XXI. 2005;3(1):111–30.
16. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 1324 (30.07.1990).
17. Llei 30/1992, de 26 de novembre, de Règim Jurídic de les Administracions Públiques i del Procediment Administratiu Comú. Art. 13.1. Boletín Oficial del Estado núm. 285, 26318 (27.11.1992).
18. Resolució SLT/1596/2009, de 29 de maig, per la qual es delega en l'Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal (PAMEM) les competències en matèria de gestió dels serveis d'atenció sanitària, en l'àmbit territorial de les àrees bàsiques de salut Barcelona 1A (Barceloneta), Barcelona 10A (Vila Olímpica), Barcelona 6C (Gràcia) i Barcelona 6E (Larrard - Lesseps). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 5399. p. 47675-6 (12.06.2009).
19. Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las Oficinas de Farmacia. Boletín Oficial del Estado núm. 100, 9022 (26.04.1997).
20. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. Boletín Oficial del Estado núm 17, 1013 (20.01.2011).
21. Llanes de Torres R, Aragón Peña A, Sillero Quintana MI, Martín Ríos MD. ¿Ir al centro de salud o bajar a la farmacia? Las oficinas de farmacia como recurso de atención primaria. Aten Primaria 2000;26(1):11–5.
22. Hassell K, Noyce PR, Rogers A, Harris J, Wilkinson J. A pathway to the GP: the pharmaceutical “consultation” as a first port of call in primary health care. Fam Pract. 1997;14(6):498–502.
23. Llei 31/1991, de 13 de desembre, d'ordenació farmacèutica de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. núm. 1538 (8.1.1992).
24. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado núm. 178, 13554 (27.07.2006).
25. Illes Balears. Ley 7/1998 de 12 de noviembre de Ordenación farmacéutica de las Islas Baleares. Boletín Oficial de las Islas Baleares núm. registro 22252 (26.11.1998).
26. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado núm. 128, 10715 (29.05.2003).

27. Petty D. Drugs and professional interactions: the modern day pharmacist. *Heart*. 2003;89(Suppl 2):ii31–2.
28. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47:533–43.
29. Consenso sobre Atención Farmacéutica [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría general técnica. Centro de publicaciones. Madrid; 2001 [citada 22 febrer 2013]. Disponible a: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm#indice>
30. Programa SPD: Sistema Personalitzat de Dosificació [Internet]. Col·legi de Farmacèutics de Barcelona. 2013 [citada 7 setembre 2013]. Disponible a: <http://www.farmaceuticonline.com/ca/farmacies/serveis-addicionals/662?start=3>
31. SPD. Procedimiento normalizado de trabajo [Internet]. Grupo de Trabajo de Sistemas Personalizados de Dosificación. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2013 [citada 7 setembre 2013]. Disponible a: http://www.cofib.es/fitxers_pagines/CONSENSO_SPD.pdf
32. Andrés Rodríguez NF. Discurso de ingreso como Académico de Número. Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria. ¿Es ya realidad o todavía un proyecto de futuro? [Santiago de Compostela]: Academia de Farmacia de Galicia; 2006.
33. AACP. American Association of Colleges of Pharmacy Commission to Implement Change in Pharmaceutical Education. A position paper: Entry-level Education in Pharmacy: A commitment to Change. Alexandria (Virginia); 1991.
34. L'Agència de Salut Pública de Catalunya: Document de bases per a la seva creació. Informe del Consell Consultiu per a la creació de l'Agència de Salut Pública de Catalunya [Internet]. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006 [citada 30 juny 2013]. Disponible a: <http://www.saveva.com/domamPlus/pub/depsalut/pdf/docbase2007.pdf>
35. Fòrum de la Professió Mèdica. Propostes per a la sostenibilitat i millora del sistema sanitari públic [Internet]. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Barcelona; 2011 [citada 20 gener 2012]. Disponible a: <http://forumprofessiomedica.comb.cat>; Àmbit atenció primària, grup prescripció farmacèutica: file:///C:/Users/Anna%20Maria/Desktop/COMB%20Forum%20Professi%C3%B3.%20Prim%C3%A0ria.Prescripci%C3%B3%20Farm%C3%A0cia/Primaria_1a.pdf
36. PRM y RNM: conceptos. Foro de Atención Farmacéutica [Internet]. *Farmacéuticos* nº 315, Octubre 2006. [citada 23 febrer 2013]. Disponible a: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documents/28_2_9_Atencion_farma.pdf
37. Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso. Enero 2008 [Internet]. 2008 [citada 9 setembre 2013]. Disponible a: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeattfarma/Documents/FORO_At_farma.pdf
38. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM). *Ars Pharm*. 2007;48(1):5–17.
39. Easton K, Morgan T, Williamson M. Medication Safety in the Community: a review of the literature. National Prescribing Service. Sydney; June 2009.

REFERÈNCIES

40. Miller GC, Britt HC, Valenti L. Adverse drug events in general practice patients in Australia. *Med J Aust.* 2006;184(7):321–4.
41. Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, Seger AC, Peterson J, Burdick E, et al. Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med.* 2003;348(16):1556–64.
42. Woods D, Thomas EJ, Holl JL, Weiss KB, Brennan TA. Ambulatory care adverse events and preventable adverse events leading to a hospital admission. *Qual Saf Heal Care.* 2007;16(2):127–31.
43. Taché S V, Sönnichsen A, Ashcroft DM. Prevalence of adverse drug events in ambulatory care: a systematic review. *Ann Pharmacother.* 2011;45(7-8):977–89.
44. Tsai HH, Lin HW, Simon Pickard A, Tsai HY, Mahady GB. Evaluation of documented drug interactions and contraindications associated with herbs and dietary supplements: a systematic literature review. *Int J Clin Pract.* 2012;66(11):1056–78.
45. Howard R, Avery A, Bissell P. Causes of preventable drug-related hospital admissions: a qualitative study. *Qual Saf Health Care.* 2008;17:109–16.
46. George PP, Molina JA, Cheah J, Chan SC, Lim BP. The evolving role of the community pharmacist in chronic disease management - a literature review. *Ann Acad Med.* 2010;39(11):861–7.
47. Armour C, Bosnic-Anticevich S, Brillant M, Burton D, Emmerton L, Krass I, et al. Pharmacy Asthma Care Program (PACP) improves outcomes for patients in the community. *Thorax.* 2007;62(6):496–502.
48. Wubben DP, Vivian EM. Effects of pharmacist outpatient interventions on adults with diabetes mellitus: a systematic review. *Pharmacotherapy.* 2008;28(4):421–36.
49. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part I: systematic review and meta-analysis in diabetes management. *Ann Pharmacother.* 2007;41(10):1569–82.
50. Krass I, Armour CL, Mitchell B, Brillant M, Dienaar R, Hughes J. The Pharmacy Diabetes Care Program: assessment of a community pharmacy diabetes service model in Australia. *Diabet Med.* 2007;24(6):677–83.
51. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part II: systematic review and meta-analysis in hypertension management. *Ann Pharmacother.* 2007;41(11):1770–81.
52. Robinson JD, Segal R, Lopez LM, Doty RE. Impact of a pharmaceutical care intervention on blood pressure control in a chain pharmacy practice. *Ann Pharmacother.* 2010;44(1):88–96.
53. Machado M, Nasser N, Bajcar JM, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part III: systematic review and meta-analysis in hyperlipidemia management. *Ann Pharmacother.* 2008;42(9):1195–207.
54. Yamada C, Johnson JA, Robertson P, Pearson G, Tsuyuki RT. Long-term impact of a community pharmacist intervention on cholesterol levels in patients at high risk for cardiovascular events: extended follow-up of the second study of cardiovascular risk intervention by pharmacists (SCRIP-plus). *Pharmacotherapy.* 2005;25(1):110–5.

55. Rickles NM, Svarstad BL, Statz-Paynter JL, Taylor L V, Kobak KA. Improving patient feedback about and outcomes with antidepressant treatment: a study in eight community pharmacies. *J Am Pharm Assoc.* 2006;46(1):25–32.
56. Brook O, van Hout H, Nieuwenhuysse H, Heerdink E. Impact of coaching by community pharmacists on drug attitude of depressive primary care patients and acceptability to patients; a randomized controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2003;13(1):1–9.
57. Adler DA, Bungay KM, Wilson IB, Pei Y, Supran S, Peckham E, et al. The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(3):199–209.
58. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Magdalena-Belio J, Fernandez A, Garcia-Campayo J, Pujol MM, et al. Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother.* 2011 Jan 4;45(1):39–48.
59. Rubio-Valera M, March Pujol M, Fernández A, Peñarrubia-María, MT Travé P, López Del Hoyo Y, Serrano-Blanco A. Evaluation of a pharmacist intervention on patients initiating pharmacological treatment for depression: a randomized controlled superiority trial. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23(9):1057–66.
60. Holden J, Holden K. Comparative effectiveness of general practitioner versus pharmacist dosing of patients requiring anticoagulation in the community. *J Clin Pharm Ther.* 2000;25(1):49–54.
61. Westerlund T, Brånstad J-O. GPs' views on patient drug use and the pharmacist's role in DRP management. *Pharm World Sci.* 2010;32(5):562–5.
62. Hawksworth GM, Corlett AJ, Wright D, Chrystyn H. Clinical pharmacy interventions by community pharmacists during the dispensing process. *Br J Clin Pharmacol.* 1999;47(6):695–700.
63. Krska J, Cromarty JA, Arris F, Jamieson D, Hansford D, Duffus PRS, et al. Pharmacist-led medication review in patients over 65: a randomized, controlled trial in primary care. *Age Ageing.* 2001;30:205–11.
64. Carmichael JM, Alvarez A, Chaput R, DiMaggio J, Magallon H, Mambourg S. Establishment and outcomes of a model primary care pharmacy service system. *Am J Heal Syst Pharm.* 2004;61(5):472–82.
65. Perez A, Doloresco F, Hoffman JM, Meek PD, Touchette DR, Vermeulen L, et al. ACCP: economic evaluations of clinical pharmacy services: 2001-2005. *Pharmacotherapy.* 2009;29(1):128.
66. Lounsbery J, Green CG, Bennett MS, Pedersen CA. Evaluation of pharmacists' barriers to the implementation of medication therapy management services. *J Am Pharm Assoc.* 2009;49(1):51–8.
67. Amsler MR, Murray MD, Tierney WM, Brewer N, Harris LE, Marrero DG, et al. Pharmaceutical care in chain pharmacies: beliefs and attitudes of pharmacists and patients. *J Am Pharm Assoc.* 2001;41(6):850–5.
68. Dunlop JA, Shaw J. Community pharmacists' perspectives on pharmaceutical care implementation in New Zealand. *Pharm World Sci.* 2002;24(6):224–30.

69. Rutter PR, Hunt AJ, Jones IF. Exploring the gap: community pharmacists' perceptions of their current role compared with their aspirations. *Int J Pharm Pract.* 2000;8(3):204–8.
70. Krska J, Veitch GBA. Perceived factors influencing the development of primary care-based pharmaceutical care in Scotland. *Int J Pharm Pract.* 2001;9(4):243–52.
71. Van Mil JWF, De Boer WO, Tromp TFJ. European barriers to implementation of pharmaceutical care. *Int J Pharm Pract.* 2001;9(3):163–8.
72. Lee E, Braund R, Tordoff J. Examining the first year of Medicines Use Review services provided by pharmacists in New Zealand: 2008. *N Z Med J.* 2009;122(1293):26–35. Erratum in: *N Z Med J.* 2009;122(1306):143.
73. Bradley F, Wagner A, Elvey R, Noyce P, Ashcroft DM. Determinants of the uptake of medicines use reviews (MURs) by community pharmacies in England: a multi-method study. *Health Policy (New York).* 2008;88:258–68.
74. Muijrs PE, Knottnerus JA, Sijbrandij J, Janknegt R, Grol RP. Pharmacists in primary care. Determinants of the care-providing function of dutch community pharmacists in primary care. *Pharm World Sci.* 2004;26(5):256–62.
75. Rossing C, Hansen EH, Krass I, Traulsen JM. Pharmaceutical care in Denmark: perceived importance of medicine-related problems and participation in postgraduate training. *Pharm World Sci.* 2003;25(2):73–8.
76. Niquille A, Lattmann C, Bugnon O. Medication reviews led by community pharmacists in Switzerland: a qualitative survey to evaluate barriers and facilitators. *Pharm Pract.* [Internet]. 2010 Mar [citat 4 octubre 2013];8(1):35–42. Disponible a: <http://pharmacypractice.org/vol08/pdf/035-042.pdf>
77. Brown CM, Barner JC, Shepherd MD. Issues and barriers related to the provision of pharmaceutical care in community health centers and migrant health centers. *J Am Pharm Assoc.* 2003;43(1):75–7.
78. Barber N, Smith F, Anderson S. Improving quality of health care: the role of pharmacists. *Qual Heal Care Qual Health Care.* 1994;3(3):153–8.
79. Rigby D. Collaboration between doctors and pharmacists in the community. *Aust Prescr.* 2010;33(6):191–3.
80. Hughes CM, McCann S. Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment. *Br J Gen Pract.* 2003;53:600–6.
81. Rossing C, Hansen EH, Traulsen JM, Krass I. Actual and perceived provision of pharmaceutical care in Danish community pharmacies: the pharmacists' opinions. *Pharm World Sci.* 2005;27(3):175–81.
82. Wilcock M, Harding G. General practitioner's perceptions of medicines use reviews by pharmacists. *Pharm J.* 2007;279:501–3.
83. Gastelurrutia MA, Fernández-Llimos F, Benrimoj SI, Castrillon CC, Faus MJ. Barreras para la implantación de servicios cognitivos en la farmacia comunitaria española. *Aten Primaria.* 2007;39(9):465–72.

84. Farris KB, Fernandez-Llimos F, Benrimoj SI. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research from around the world. *Ann Pharmacother*. 2005;39(9):1539–41.
85. Mossialos E, Naci H, Courtin E. Expanding the role of community pharmacists: policymaking in the absence of policy-relevant evidence? *Health Policy*. 2013;111(2):135–48.
86. Gastelurrutia MA, Benrimoj SI, Castrillon CC, De Amezua MJ, Fernandez-Llimos F, Faus MJ. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci*. 2009;31:32–9.
87. Ranelli PL, Biss J. Physicians' perceptions of communication with and responsibilities of pharmacists. *J Am Pharm Assoc*. 2000;40(5):625–30.
88. Wilbur K, Beniles A, Hammuda A. Physician perceptions of pharmacist roles in a primary care setting in Qatar. *Global Health*. 2012;8:12. doi: 10.1186/1744-8603-8-12.
89. Muijrers PE, Knottnerus JA, Sijbrandij J, Janknegt R, Grol RP. Changing relationships: attitudes and opinions of general practitioners and pharmacists regarding the role of the community pharmacist. *Pharm World Sci*. 2003;25(5):235–41.
90. Organització Mundial de la Salut. El paper del farmacèutic en el sistema d'atenció de salut. Informe de la reunió de la OMS. Tokio, Japó, 31 agost–3 setembre 1993. OMS; 1994. Disponible a: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2995e/>
91. Montgomery AT, Kälvemark-Sporrong S, Henning M, Tully MP, Kettis-Lindblad A. Implementation of a pharmaceutical care service: prescriptionists', pharmacists' and doctors' views. *Pharm World Sci*. 2007;29(6):593–602.
92. Way D, Jones L, Busing N. Implementation Strategies: "Collaboration in Primary Care – Family Doctors & Nurse Practitioners Delivering Shared Care": Discussion Paper Written for the Ontario College of Family Physicians. Toronto; 2000.
93. Baggs JG, Schmitt MH. Collaboration between nurses and physicians. *J Nurs Scholarsh*. 1988;20(3):145–9.
94. Alter C, Hage J. Organizations working together. Sage Publications. Newbury Park, California; 1993.
95. Pike AW. Moral outrage and moral discourse in nurse-physician collaboration. *J Prof Nurs*. 1991;7(6):351–63.
96. Ellingson LL. Communication, Collaboration, and Teamwork among Health Care Professionals. *Commun Res Trends*. 2002;21(3). ISSN: 0144-4646.
97. Satin DG. The interdisciplinary, integrated approach to professional practice with the aged. In: *The clinical care of the aged person: an interdisciplinary perspective*. New York: Oxford University Press; 1994.
98. Opie A. Thinking teams thinking clients: issues of discourse and representation in the work of health care teams. *Sociol Health Illn*. 1997;19(3):259–80.
99. Boon H, Verhoe M, O'Hara D, Findlay B. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. *BMC Health Serv Res*. 2004;4(1):15. PubMed PMID:15230977

100. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martín-Rodríguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:188. doi: 10.1186/1472-6963-8-188.
101. Hvinden B. *Divided Against Itself: A Study of Integration in Welfare Bureaucracy.* Oslo: Scandinavian University Press; 1994. ISBN 10: 8200219216 ISBN 13: 9788200219217
102. Axelsson R. Institutional developments in the Russian system of social security: organizational and interorganizational aspects. *Soc Policy Adm.* 2002;36(2):142–55.
103. Axelsson R, Axelsson SB. Integration and collaboration in public health - a conceptual framework. *Int J Health Plann Manage.* 2006;21(1):75–88.
104. Health Canada. *Intersectoral Action Towards Population Health. Report of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health.* Ottawa: Health Canada Publications; 1999.
105. Øvretveit J. *Coordinating community care: multidisciplinary teams and care management.* Buckingham: Open University Press; 1993.
106. Kulys R, Davis MA. Nurses and social workers: rivals in the provision of social services? *Heal Soc Work Spring.* 1987;12(2):101–12.
107. Sands R. “Can you overlap here?”: a question for an interdisciplinary team. *Discourse Processes.* 1993;16(4):545–64.
108. Gallagher KF, Zander LI. General practitioner and the pharmacist. Overlapping general practice. *Br Med J.* 1983;287(6389):397–8.
109. Sweeney MA. Physician-pharmacist collaboration: a millennial paradigm to reduce medication errors. *J Am Osteopat Assoc.* 2002;102(12):678–81.
110. Lenaghan E, Holland R, Brooks A. Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care - the POLYMED randomised controlled trial. *Age Ageing.* 2007;36:292–7.
111. Bell JS, Whitehead P, Aslani P, McLachlan AJ, Chen TF. Drug-related problems in the community setting: pharmacists' findings and recommendations for people with mental illnesses. *Clin Drug Investig.* 2006;26(7):415–25.
112. Gilbert AL, Roughead EE, Beilby J, Mott K, Barratt JD. Collaborative medication management services: improving patient care. *Med J Aust.* 2002;177:189–92.
113. Roughead EE, Barratt JD, Ramsay E, Pratt N, Ryan P, Peck R, et al. The effectiveness of collaborative medicine reviews in delaying time to next hospitalization for patients with heart failure in the practice setting. *Circ Hear Fail.* 2009;2:424–8.
114. Hojat M, Gonnella JS. An instrument for measuring pharmacist and physician attitudes towards collaboration: preliminary psychometric data. *J Interprof Care.* 2011;25(1):66–72.
115. Hunt JS, Siemenczuk J, Pape G, Rozenfeld Y, Mackay J, LeBlanc BH, et al. A randomized controlled trial of team-based care: impact of physician-pharmacist collaboration on uncontrolled hypertension. *J Gen Intern Med.* 2008;23(12):1966–72.

116. Weber CA, Ernst ME, Sezate GS, Zheng S, Carter BL. Pharmacist-physician comanagement of hypertension and reduction in 24-hour ambulatory blood pressures. *Arch Intern Med.* 2010;170(18):1634–9.
117. Borenstein JE, Graber G, Saltiel E, Wallace J, Ryu S, Archi J, et al. Physician-pharmacist comanagement of hypertension: a randomized, comparative trial. *Pharmacotherapy.* 2003;23(2):209–16.
118. Bogden PE, Koontz LM, Williamson P, Abbott RD. The physician and pharmacist team. An effective approach to cholesterol reduction. *J Gen Intern Med.* 1997;12(3):158–64.
119. Murray MD, Young JM, Morrow DG, Weiner M, Tu W, Hoke SC, et al. Methodology of an ongoing, randomized, controlled trial to improve drug use for elderly patients with chronic heart failure. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2004;2(1):53–65.
120. Gattis WA, Hasselblad V, Whellan DJ, O'Connor CM. Reduction in heart failure events by the addition of a clinical pharmacist to the heart failure management team: results of the Pharmacist in Heart Failure Assessment Recommendation and Monitoring (PHARM) Study. *Arch Intern Med.* 1999;159(16):1939–45.
121. Murray MD, Ritchey ME, Wu J, Tu W. Effect of a pharmacist on adverse drug events and medication errors in outpatients with cardiovascular disease. *Arch Intern Med.* 2009;169(8):757–63.
122. Fiss T, Ritter CA, Alte D, van den Berg N, Hoffmann W. Detection of drug related problems in an interdisciplinary health care model for rural areas in Germany. *Pharm World Sci.* 2010;32(5):566–74.
123. McKinnon A, Jorgenson D. Pharmacist and physician collaborative prescribing: for medication renewals within a primary health centre. *Can Fam Physician.* 2009;55(12):e86–91.
124. Bryant LJ, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. The General Practitioner-Pharmacist Collaboration (GPPC) study: a randomised controlled trial of clinical medication reviews in community pharmacy. *Int J Pharm Pr.* 2011;19(2):94–105.
125. Niquille A, Ruggli M, Buchmann M, Jordan D, Bugnon O. The nine-year sustained cost-containment impact of swiss pilot physicians-pharmacists quality circles. *Ann Pharmacother.* 2010;44(4):650–7.
126. Amruso NA, O'Neal ML. Pharmacist and physician collaboration in the patient's home. *Ann Pharmacother.* 2004;38(6):1048–52.
127. Teinilä T, Kaunisvesi K, Airaksinen M. Primary care physicians' perceptions of medication errors and error prevention in cooperation with community pharmacists. *Res Soc Adm Pharm.* 2011;7(2):162–79.
128. Marklund B, Westerlund T, Brånstad JO, Sjöblom M. Referrals of dyspeptic self-care patients from pharmacies to physicians, supported by clinical guidelines. *Pharm World Sci.* 2003;25(4):168–72.
129. Cárdenas Valladolid J, Mena Mateo JM, Cañada Dorado MA, Rodríguez Morales D, Sánchez Perruca L. Implantación y mejora de un programa de atención al mayor polimedicado en un área de atención primaria. *Rev Calid Asist.* 2009;24(1):24–31.

130. RESPECT trial team. Effectiveness of shared pharmaceutical care for older patients: RESPECT trial findings. *Br J Gen Pr.* 2010;59:14–20.
131. Sellors J, Kaczorowski J, Sellors C, Dolovich L, Woodward C, Willan A, et al. A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients. *Can Med Assoc J.* 2003;169(1):17–22.
132. Geurts M, Talsma J, Brouwers J, de Gier J. Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol.* 2012;74(1):16–33.
133. McDonough RP, Doucette WR. Developing collaborative working relationships between pharmacists and physicians. *J Am Pharm Assoc.* 2001;41(5):682–92.
134. American Pharmacists Association and National Association of Chain Drug Stores Foundation. Medication Therapy Management in Pharmacy Practice. Core Elements of an MTM Service Model. Version 2.0; EUA: March 2008. [Internet, citat 5 maig 2014]. Disponible a: http://www.pharmacist.com/sites/default/files/files/core_elements_of_an_mtm_practice.pdf
135. Australian Government. Department of Human Services. Home Medicines Review (HMR) [Internet]. 2014 [citada 17 març 2014]. Disponible a: www.medicareaustralia.gov.au/provider/pbs/fourth-agreement/hmr.jsp
136. Van C, Mitchell B, Krass I. General practitioner-pharmacist interactions in professional pharmacy services. *J Interprof Care.* 2011;25(5):366–72.
137. Medicines Use Review (MUR). Pharmacy Council of New Zealand 2006; Ratified July 2006. [Internet, citat 5 maig 2014] Disponible a: http://www.pharmacycouncil.org.nz/cms_show_download.php?id=289
138. Eickhoff C, Schulz M. Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Germany. *Ann Pharmacother.* 2006;40(4):729–35.
139. NHS Employers and PSNC. Guidance on the Medicines Use Review service [Internet]. Octubre 2013 [citada 5 maig 2014]. Disponible a: www.nhsemployers.org/publications
<http://www.nhsemployers.org/case-studies-and-resources/2012/09/guidance-on-the-medicines-use-review-service>
140. Pharmaceutical Services Negotiating Committee. The New Contract for Community Pharmacy. Aylesbury, UK: PSNC; 2004.
141. Holden LM, Watts DD, Walker PH. Communication and collaboration: it's about the pharmacists, as well as the physicians and nurses. *Qual Saf Heal Care.* 2010;19(3):169–72.
142. Smith SM, O'Kelly S, O'Dowd T. GPs' and pharmacists' experiences of managing multimorbidity: a "Pandora's box". *Br J Gen Pr.* 2010;60(576):285–94.
143. McGrath SH, Snyder ME, Dueñas GG, Pringle JL, Smith RB, McGivney MS. Physician perceptions of pharmacist-provided medication therapy management: qualitative analysis. *J Am Pharm Assoc.* 2010;50(1):67–71.

144. Dobson RT, Taylor JG, Henry CJ, Lachaine J, Zello GA, Keegan DL, et al. Taking the lead: community pharmacists' perception of their role potential within the primary care team. *Res Soc Adm Pharm*. 2009;5(4):327–36.
145. Herrera Carranza J. Objetivos de la atención farmacéutica. *Aten Primaria*. 2002;30(3):183–7.
146. Zillich AJ, McDonough RP, Carter BL, Doucette WR. Influential characteristics of physician/pharmacist collaborative relationships. *Ann Pharmacother*. 2004;38(5):764–70.
147. Zillich AJ, Doucette WR, Carter BL, Kreiter CD. Development and initial validation of an instrument to measure physician-pharmacist collaboration from the physician perspective. *Value Health*. 2005;8(1):59–66.
148. Zillich AJ, Milchak JL, Carter BL, Doucette WR. Utility of a questionnaire to measure physician-pharmacist collaborative relationships. *J Am Pharm Assoc*. 2006;46(4):453–8.
149. Brock KA, Doucette WR. Collaborative working relationships between pharmacists and physicians: an exploratory study. *J Am Pharm Assoc*. 2004;44(3):358–65.
150. Doucette WR, Nevins J, McDonough RP. Factors affecting collaborative care between pharmacists and physicians. *Res Soc Adm Pharm*. 2005;1(4):565–78.
151. Bradley F, Ashcroft DM, Noyce PR. Integration and differentiation: a conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. *Res Soc Adm Pharm*. 2012;8(1):36–46.
152. Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Heal Technol Assess*. 1998;2(16):1–274.
153. Popay J, Williams G. Qualitative research and evidence-based health care. *J R Soc Med*. 1998;91(Suppl 35):32–7.
154. Morris CJ, Cantrill JA, Weiss MC. GPs' attitudes to minor ailments. *Fam Pr*. 2001;18(6):581–5.
155. Laubscher T, Evans C, Blackburn D, Taylor J, McKay S. Collaboration between family physicians and community pharmacists to enhance adherence to chronic medications: opinions of Saskatchewan family physicians. *Can Fam Physician*. 2009;55(5):69–75.
156. Pojskic N, MacKeigan L, Boon H, Ellison P, Breslin C. Ontario family physician readiness to collaborate with community pharmacists on drug therapy management. *Res Soc Adm Pharm*. 2011;7(1):39–50.
157. Howard M, Trim K, Woodward C, Dolovich L, Sellors C, Kaczorowski J, et al. Collaboration between community pharmacists and family physicians: lessons learned from the Seniors Medication Assessment Research Trial. *J Am Pharm Assoc*. 2003;43(5):566–72.
158. Snyder ME, Zillich AJ, Primack BA, Rice KR, Somma McGivney MA, Pringle JL, et al. Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods. *Res Soc Adm Pharm*. 2010;6(4):307–23.
159. Bryant L, Coster G, McCormick R. Community pharmacist perceptions of clinical medication reviews. *J Prim Heal Care*. 2010;2(3):234–42.

160. Bryant L, Coster G, McCormick R. General practitioner perceptions of clinical medication reviews undertaken by community pharmacists. *J Prim Heal Care*. 2010;2(3):225–33.
161. Bajramovic J, Emmerton L, Tett SE. Perceptions around concordance--focus groups and semi-structured interviews conducted with consumers, pharmacists and general practitioners. *Heal Expect*. 2004;7(3):221–34.
162. Bradley F, Elvey R, Ashcroft DM, Hassell K, Kendall J, Sibbald B, et al. The challenge of integrating community pharmacists into the primary health care team: a case study of local pharmaceutical services (LPS) pilots and interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 2008;22(4):387–98.
163. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. USA i Canadà: Addison-Wesley Publishing Company; 1975.
164. Kucukarslan S, Lai S, Dong Y, Al-Bassam N. Physician beliefs and attitudes toward collaboration with community pharmacists. *Res Soc Adm Pharm*. 2011;7(3):224–32.
165. Wüstmann A, Haase-Strey C, Kubiak T, Ritter C. Cooperation between community pharmacists and general practitioners in eastern Germany: attitudes and needs. *Int J Clin Pharm*. 2013;35(4):584–92.
166. Denneboom, W Dautzenberg, M G Grol R, De Smet P. Comparison of two methods for performing treatment reviews by pharmacists and general practitioners for home-dwelling elderly people. *J Eval Clin Pr*. 2008;14:446–52.
167. Organització Mundial de la Salut. *World report on knowledge for better health: strengthening health systems*. Ginebra: OMS; 2004. ISBN 92 4 156281 1.
168. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal Care*. 2007;19(6):349–57.
169. Equipo de investigación sobre la Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Programa de políticas públicas y sociales de la Universidad Pompeu Fabra. Coordinadores: Vicenç Navarro López y Amando Martín-Zurro. Editora: Concepció Violán Fors. Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2009. ISBN: 978-84-96761-75-9.
170. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Legislació sobre Ordenació Sanitària de Catalunya*. Quaderns de legislació, 23. Entitat Autònoma del Diari Oficial i de Publicacions; 1999. ISBN: 84-393-4857-6.
171. Miles MB, Huberman M. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. California: SAGE Publications; 1994.
172. Wojnar DM, Swanson KM. Phenomenology: an exploration. *J Holist Nurs*. 2007;25(3):172–80.
173. Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care*. London: BMJ Publishing Group; 2000.
174. Van C, Costa D, Mitchell B, Abbott P, Krass I, Mitchel I B. Development and validation of a measure and a model of general practitioner attitudes toward collaboration with pharmacists. *Res Soc Adm Pharm*. 2013;9(6):688–99.

175. Vázquez Navarrete ML, Ferreira da Silva MR, Mogollón Pérez AS, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Delgado Gallego ME, Vargas Lorenzo I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona, editor. 2006.
176. Long-Suthehall T, Sque M, Addington-Hall J. Secondary analysis of qualitative data: a valuable method for exploring sensitive issues with an elusive population? *J Res Nurs*. 2011;16(4):335–44.
177. Rubio-Valera M, Jové AM, Hughes CM, Guillen-Solà M, Rovira M, Fernández A. Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:188. doi:10.1186/1472-6963-12-188
178. Van C, Costa D, Mitchell B, Abbott P, Krass I. Development and initial validation of the Pharmacist Frequency of Interprofessional Collaboration Instrument (FICI-P) in primary care. *Res Soc Adm Pharm*. 2012;8(5):397–407.
179. Van C, Costa D, Abbott P, Mitchell B, Krass I. Community pharmacist attitudes towards collaboration with general practitioners: development and validation of a measure and a model. *BMC Heal Serv Res*. 2012;(12):320. doi: 10.1186/1472-6963-12-320.
180. Dieleman SL, Farris KB, Feeny D, Johnson JA, Tsuyuki RT, Brilliant S. Primary health care teams: team members' perceptions of the collaborative process. *J Interprof Care*. 2004;18(1):75–8.
181. Hewstone M, Swart H. Fifty-odd years of inter-group contact: from hypothesis to integrated theory. *Br J Soc Psychol*. 2011;50(3):374–86.
182. Farris KB, Côté I, Feeny D, Johnson JA, Tsuyuki RT, Brilliant S, et al. Enhancing primary care for complex patients. Demonstration project using multidisciplinary teams. *Can Fam Physician*. 2004;50:998–1003.
183. Lagerløv P, Nordeng H. [Communication between general practitioners and pharmacies]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009;129(18):1844. doi: 10.4045/tidsskr.09.0945. Noruec.
184. Porteous T, Bond C, Robertson R, Hannaford P, Reiter E. Electronic transfer of prescription-related information: comparing views of patients, general practitioners, and pharmacists. *Br J Gen Pr*. 2003;53:204–9.
185. Pojskic N, MacKeigan L, Boon H, Ellison P, Breslin C. Ontario family physician readiness to collaborate with community pharmacists on drug therapy management: lessons for pharmacists. *Can Pharm J*. 2009;142:184–9.

**ANNEX I: Protocol de treball per a les entrevistes individuals
semiestructurades a metges d'atenció primària i a farmacèutics
comunitaris**

Protocol de treball per a les entrevistes individuals semiestructurades a metges d'atenció primària (MAP) i a farmacèutics comunitaris (FC)

- **Passos a seguir per a la realització de les entrevistes:**

Contacte i selecció dels informants

La mostra per a les entrevistes individuals està composta per MAP i FC.

Es durà a terme un mostreig teòric intencional i de conveniència amb l'objectiu de seleccionar els professionals que aportin la major informació possible.

A cada Comunitat Autònoma les investigadores hauran d'establir contacte amb informants clau i porters del treball de camp perquè facilitin l'accés a potencials informadors a cada zona que compleixin els criteris d'inclusió. Com a criteri d'inclusió per als MAP i els FC es requerirà una experiència mínima de dos anys en un centre d'atenció primària o en una oficina de farmàcia respectivament.

La mostra es dividirà en dos segments en funció del grau d'experiència en col·laboració amb l'altre col·lectiu de professionals sanitaris. Per cada grup es diferenciaran dos segments:

- ***Amb experiència de col·laboració:*** MAP i FC que tenen o han tingut contacte de tu a tu (reunions individuals o en grup) de manera regular amb l'altre col·lectiu un mínim de 6 mesos.
- ***Sense experiència de col·laboració:*** MAP o FC que no hagin tingut mai contacte personal amb l'altre col·lectiu

Les entrevistes es duran a terme en blocs de quatre (una per segment) a cada Comunitat Autònoma. Cada bloc d'entrevistes s'analitzarà abans de començar-ne un altre. Es repetiran els cicles fins arribar a la saturació de la informació.

Definició del lloc i el moment de l'entrevista

Un cop s'hagin seleccionat els informants, es procedirà a acordar el moment i el lloc de l'entrevista.

Quan es contacti amb els informants, se'ls dirà que participaran en un estudi d'investigació qualitativa que consisteix en una entrevista individual d'entre mitja i una hora de duració.

Se'ls explicarà que l'objectiu de l'estudi és "conèixer l'opinió sobre diferents aspectes de la salut i el Sistema Sanitari", però no se'ls donarà informació més específica sobre l'objectiu amb la finalitat de garantir l'espontaneïtat de l'entrevista.

S'especificarà que "l'entrevista no requereix preparació ni reflexions prèvies perquè no es preguntarà res que el professional no sàpiga".

Per tal de poder classificar l'informador al segment a què pertany se li preguntarà si "es relaciona o s'ha relacionat a llarg de la carrera professional amb altres professionals de la salut" i "amb quina freqüència es relaciona amb cadascun d'aquests professionals".

Es comunicarà a l'informador que l'entrevista serà gravada en àudio i se'n demanarà el consentiment.

Es respectarà la disponibilitat d'horaris de l'informant i l'entrevistadora es desplaçarà al lloc de conveniència de l'entrevistat.

Es procurarà triar un lloc tranquil que permeti una conversa fluida, sense sorolls ni distraccions que dificultin el diàleg i on es garanteixi la privacitat per tal que l'entrevistat es pugui sentir còmode i lliure de pressions externes que l'impedeixin ser sincer i lliure en l'expressió d'opinions.

Preparació dels materials

L'entrevistadora es desplaçarà a l'indret de l'entrevista amb prou temps per preparar tot el material: lloc de l'entrevista, enregistrator d'àudio (amb piles i memòria), protocol amb guió de l'entrevista, diari de recerca i bolígraf.

Entrevistadora i entrevistat seuran l'un davant de l'altre i en cadires similars. L'entrevistadora col·locarà l'enregistrator d'àudio entre tots dos.

Execució de l'entrevista

Es tindran en compte els aspectes següents:

- Cal que la investigadora intenti ser natural, agradable i empàtica i mostrar molt d'interès per la conversa.

- S'intentarà despertar l'interès de l'entrevistat i es destacarà la importància de la seva participació.
- Les preguntes es formularan sempre obertes i s'evitarà exposar l'opinió pròpia.
- A l'inici de l'entrevista es formularan preguntes generals.
- Si en acabar el discurs de l'informant hi ha alguns temes inclosos al guió de l'entrevista que no han estat tractats, es formularan preguntes específiques sobre aquests temes.
- Durant l'entrevista caldrà utilitzar el diari de recerca per a apuntar les idees més importants del discurs de l'informant. També es prendrà nota de qualsevol observació o informació que es consideri rellevant per a completar la informació sobre el transcurs de l'entrevista.
- Abans de començar s'anunciarà que s'anotaran les idees més importants per a poder fer un resum final. Les notes es prendran evitant distreure o incomodar l'entrevistat.

L'esquema general a seguir en la entrevista serà el següent:

1- Presentació de l'estudi als entrevistats: s'explicaran els objectius de l'estudi.

2- Guió de l'entrevista: es faran preguntes obertes sobre els objectius de l'investigació i es permetrà el discurs lliure a l'entrevistat.

L'entrevistadora recollirà al diari de recerca les idees més importants i anotarà els temes presents al guió de l'entrevista i els que sorgeixin de manera natural durant el discurs de l'informant.

Per tal d'orientar l'entrevistadora, el guió inclou una llista amb totes les qüestions que s'han de tractar. Això garanteix un cert grau d'homogeneïtat entre les diferents entrevistadores perquè és una manera d'assegurar que s'han tractat tots els temes definits al guió. A banda d'això, cada entrevistadora decidirà l'ordre i la manera de formular les preguntes i el grau de profunditat amb què s'han de tractar dels temes en funció de les característiques de l'entrevistat.

3- Retroalimentació: al final de l'entrevista es faran servir les anotacions del diari de recerca per a fer un resum de tot allò que s'ha dit. Després de llegir els punts més importants a l'informador, l'entrevistadora preguntarà si aquest resum és un reflex de les opinions expressades i si vol afegir-hi alguna cosa més.

4- Dades sociodemogràfiques: es prendrà nota de la informació inclosa al document de l'entrevistadora.

5- Finalització de l'entrevista: cal que la trobada es conclogui amb un ambient de cordialitat tot agraint la cooperació prestada.

Transcripció de l'entrevista

La informació enregistrada, l'anotada al diari de recerca durant l'entrevista i la sociodemogràfica s'enviarà a les investigadores de Barcelona perquè se'n faci la transcripció i l'anàlisi posterior.

- **Document de l'entrevistadora:**

1- Presentació de l'estudi als entrevistats

Aquesta entrevista haurà de gravar-se íntegrament perquè les opinions quedin recollides de manera fidedigna. El seu nom, però, no quedarà enregistrat i serà totalment confidencial. Dóna el consentiment que la/el gravem?

A més, durant l'entrevista anotaré les idees clau que sorgeixin per a poder resumir-les al final.

Aquest projecte pretén entendre com és la relació entre metges d'atenció primària i farmacèutics comunitaris a l'Estat espanyol. A més, volem identificar tant les barreres com els elements facilitadors per a la col·laboració entre aquests dos col·lectius.

Conèixer la seva opinió al respecte com a metge-essa d'atenció primària/farmacèutica comunitari-ària ens aportarà informació de gran valor per tal de poder entendre com és aquesta relació.

2- Guió de l'entrevista

RELACIÓ ACTUAL	
- Com és la seva relació amb el farmacèutic comunitari/metge d'atenció primària?	
Si no hi ha relació:	- Per què creu que no n'hi ha cap?
Si la relació és bona/dolenta/regular:	- Què pensa que és el que fa que la relació sigui bona/dolenta/regular?
UTILITAT DE LA COL-LABORACIÓ	
<ul style="list-style-type: none"> - Pensa que podria ser útil potenciar el treball en equip? Per què? - Quins avantatges pot tenir el treball en col·laboració amb el farmacèutic comunitari/metge d'atenció primària? - Quins desavantatges pot tenir el treball en col·laboració amb els farmacèutics comunitaris/metges d'atenció primària de la zona? 	
VISIÓ DELS COL-LECTIUS	
<ul style="list-style-type: none"> - Què opines dels farmacèutics comunitaris/metges d'atenció primària? - Com creus que veuen els farmacèutics comunitaris els metges d'atenció primària?/els metges d'atenció primària els farmacèutics comunitaris? 	
BARRERES	
Comunicació	<ul style="list-style-type: none"> - Si alguna vegada ha provat de posar-se en contacte amb el farmacèutic comunitari/metge d'atenció primària, amb quines dificultats s'ha trobat? - M'ha dit que quan intenta posar-se en contacte amb el farmacèutic comunitari/metge d'atenció primària ha tingut problemes amb... ¿Se li ocorre alguna cosa més?
Col·laboració	- Què pensa que pot estar dificultant el treball col·laboratiu?
FACILITADORS	
Comunicació	- Quines mesures pensa que es podrien prendre per a millorar la comunicació amb els farmacèutics comunitaris/ metges d'atenció primària?
Col·laboració	- Com creu que es podria potenciar o millorar el treball en col·laboració amb els farmacèutics comunitaris/metges d'atenció primària de la seva zona?
IMPACTE DEL SISTEMA SANITARI	
- Hi ha algun aspecte de l'organització del Sistema Sanitari que, segons el seu parer, afecta la relació entre el metge d'atenció primària i el farmacèutic comunitari? En quin sentit?	

3- Retroalimentació

Resumint, vostè ha dit que....

Pensa que aquest resum reflecteix la seva opinió? Li agradaria afegir alguna cosa?

4- Dades sociodemogràfiques

Cal prendre nota de les dades següents:

- Data i hora de l'entrevista:
- Hora d'inici i hora de finalització:
- Gènere, edat i professió:
- Si té relació amb el farmacèutic comunitari/metge d'atenció primària:
 - Des de quan?
 - Amb quina freqüència?
 - Quins canals utilitza?
 - Tu a tu
 - Telèfon
 - Per escrit
 - Via pacient
 - Altres
- Especialitat:
- Anys d'experiència com a metge d'atenció primària/farmacèutic comunitari:

5- Finalització de l'entrevista

Gràcies un cop més per dedicar-me aquest temps i participar a l'estudi. Aquesta entrevista ens ha aportat informació que serà molt útil per a entendre millor com és la relació entre els metges d'atenció primària i els farmacèutics comunitaris i per a intentar millorar-la.

ANNEX II: Publicacions derivades d'aquest estudi

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study

Maria Rubio-Valera^{1,2*}, Anna Maria Jové^{2,3}, Carmel M Hughes⁴, Mireia Guillen-Solà^{2,5}, Marta Rovira^{2,5} and Ana Fernández^{1,2}

Abstract

Background: Although general practitioners (GPs) and community pharmacists (CPs) are encouraged to collaborate, a true collaborative relationship does not exist between them. Our objective was to identify and analyze factors affecting GP-CP collaboration.

Methods: This was a descriptive-exploratory qualitative study carried out in two Spanish regions: Catalonia (Barcelona) and Balearic Islands (Mallorca). Face-to-face semi-structured interviews were conducted with GPs and CPs from Barcelona and Mallorca (January 2010-February 2011). Analysis was conducted using Colaizzi's method.

Results: Thirty-seven interviews were conducted. The factors affecting the relationship were different depending on timing: 1) Before collaboration had started (prior to collaboration) and 2) Once the collaboration had been initiated (during collaboration). Prior to collaboration, four key factors were found to affect it: the perception of usefulness; the Primary Care Health Center (PCHC) manager's interest; the professionals' attitude; and geography and legislation. These factors were affected by economic and organizational aspects (i.e. resources or PCHC management styles) and by professionals' opinions and beliefs (i.e. perception of the existence of a public-private conflict). During collaboration, the achievement of objectives and the changes in the PCHC management were the key factors influencing continued collaboration. The most relevant differences between regions were due to the existence of privately-managed PCHCs in Barcelona that facilitated the implementation of collaboration. In comparison with the group with experience in collaboration, some professionals without experience reported a skeptical attitude towards it, reporting that it might not be necessary.

Conclusions: Factors related to economic issues, management and practitioners' attitudes and perceptions might be crucial for triggering collaboration. Interventions and strategies derived from these identified factors could be applied to achieve multidisciplinary collaboration.

Keywords: Interprofessional Relations, Family Physicians, Pharmacists, Qualitative Research

Background

General practitioners (GPs) and community pharmacists (CPs) are encouraged to collaborate to improve patient care [1,2]. Pharmacists' interventions within the healthcare team improve patient outcomes in physical [3-5] and mental conditions [6]. On the other hand, miscommunication between

GPs and CPs is a cause of preventable hospital admissions [7]. However, during the implementation of a trial evaluating a complex intervention [8] we realized that GPs and CPs had difficulties communicating with each other. Despite working in the same geographical area and sharing patients, some doctors and pharmacists used the study researcher to transmit information to the other professional or to obtain additional information about the participants. Surveys have been conducted exploring this issue, pointing out that exchange characteristics (i.e. trustworthiness or role specification) are the factors most

* Correspondence: mrubio@pssjd.org

¹Research and Development Unit, Fundació Sant Joan de Déu, Calle Picasso 13, Sant Boi de Llobregat, Barcelona 08830, Spain

²Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (RedIAPP), Barcelona, Spain

Full list of author information is available at the end of the article

frequently associated with GP-CP collaboration [9,10] but quantitative work provides only a limited understanding of what promotes collaboration. Qualitative studies may untangle some of the deeper reasons preventing such collaboration [11]. Qualitative work has been conducted in the UK, Australia and USA to explore factors affecting GP-CP collaboration [12-15]. These qualitative works highlighted the fact that professionals from each discipline were not personally acquainted, territoriality, and the pharmacist's conflict of interest with regard to selling medications as the barriers that most affected mutual trust and respect between practitioners, thus impeding collaboration. Some of these studies explored the factors affecting collaboration in areas where multiple chain pharmacies and single independent pharmacies coexisted, reporting higher distrust and lack of interest among GPs towards collaboration with chain pharmacists. However, the impact on collaboration of publicly funded and privately managed PCHC in comparison with publicly funded and publicly managed PCHCs has not been previously assessed. Nor did these studies explore the perception of the Primary Care Health Centers (PCHC) managers or the impact on the GP-CP relationship of external agents that participate in the process such as the patient and the pharmacy assistant.

Differences between the health systems and the model of community pharmacy require a country-specific study in Spain. The Spanish national health system (NHS) is publicly funded. The organization and provision of health services depends on each of the 17 regional governments through which Spain is governed [16]. This generates differences in health policies between regions

[17,18] which could affect the organization of primary care health centers and pharmacies as well as the way in which collaboration is manifested between GPs and CPs. Table 1 summarizes the main characteristics of Spanish primary care, comparing the organization of the PCHCs and the pharmacies.

The aims of this study were: 1) to identify and analyse barriers and facilitators in collaboration between GPs and CPs in Spain and 2) to explore whether differences exist between GPs and CPs based on the geographical region where they work and previous experience of collaboration.

Methods

A descriptive-exploratory qualitative study using face-to-face, semi-structured interviews (January 2010-February 2011) was undertaken using a phenomenological approach.

The study population comprised GPs and CPs from 2 Spanish regions: Catalonia (Barcelona) and the Balearic Islands (Mallorca). Commitment to primary care is higher in Catalonia than in Balearic Islands and there is a greater investment of resources in primary care with respect to total health expenditure [18]. Consequently, in comparison with Balearic Islands, there is a higher density of PCHCs, a lower ratio of patients per GP, a greater number of services integrated within primary care (i.e. dentistry) and better access to diagnostic procedures by GPs in Catalonia. A further important difference between the regions is the coexistence of the private and public model in Catalonia, which is reflected in the presence of "Entidades de Base Asociativa" (EBAs) (see

Table 1 Summary of the main characteristics of the PCHC and community pharmacies in Spain

	Primary care health centers	Community pharmacies
Owner	Predominantly state-owned Every PCHC contains several GP surgeries with few exceptions in rural areas of Spain	Privately owned (the pharmacy owner must be a licensed pharmacist and each pharmacy may own only one pharmacy)
Funding	Publicly funded	Offers both publicly funded services (i.e. drugs that are financed by the state) and privately funded services (i.e. over the counter drugs) A large part of the profit derives from selling financed drugs.
Management	Predominantly publicly run (the manager is one of the GPs from the PCHC team that combines clinical activities with management activities) In some regions, privately managed PCHCs exist. This is the case with the "Entidades de Base Asociativa" (EBAs). EBAs are limited companies comprised of health professionals that establish a contractual relationship with the NHS to offer health services in exchange for capitation financing, a theoretical cost per person independent of the real costs incurred.	Privately run (usually by the owner)
Compensation	Most GPs are employed by the public sector and receive fixed salaries. Management by Objectives (MBO) has been introduced to improve quality of the service and reduce cost. For instance, GPs are paid a bonus if they prescribe a high percentage of generic drugs and/or those of proven efficacy.	CPs are owners of the community pharmacy or employed in exchange of a fixed salary.

Table 1) that do not exist in the Balearic Islands. In both regions management by objectives (MBO) is used. The MBO system gives GP incentives (usually financial) if they fulfill the objectives set by the health system (i.e. prescription of drugs of proven efficacy). Electronic prescribing links the GP's prescriptions with the community pharmacists and acts as a communication channel between the two professionals. The implementation of electronic prescribing in the Balearic Islands began in 2006, long before its introduction in Catalonia. By the time we conducted the study interviews, electronic prescription had long been established in the Balearic Islands while in Catalonia only GPs and CPs from some areas were using it, primarily in rural areas and small cities. In Barcelona, it was in the implementation stage.

We also considered whether recruited practitioners had previous experience of collaboration (defined as having had regular face-to-face contact with the other group of professionals). We theorized that practitioners from different regions and those with previous experience compared with those with none would have different opinions towards collaboration thus maximizing the possibility of finding disconfirming cases (theoretical sampling [11]).

The PCHC manager in Spain is usually a GP from the team of physicians who combines clinical work with the management of the PCHC. While in charge, the manager officially represents the PCHC and he/she administers the human and financial resources allocated to the health center. Consequently, the PCHC manager is responsible for distribution of the resources necessary for collaboration with the CP. Some of the GPs interviewed had experience as managers of the PCHC.

We contacted key informants from the fields of primary care (PC) and community pharmacy in Barcelona and Mallorca [the College of CPs, the Research Network on Preventative Activities and Health Promotion (RedIAPP) in PC and the School of Pharmacy-University of Barcelona] to identify those professionals who matched our sampling criteria. It was explained to the key informants that we were seeking professionals with experience of collaboration so that we would be referred to professionals whom we knew in advance would take part. Thereafter, practitioners were contacted by telephone and invited to participate. At this time we established a time for the interview but did not explain the study objective in detail. We did, however, ask them some brief questions, including whether they collaborated with any other health professionals. Once interviewed, participants were asked if they knew other practitioners who matched our criteria (snowball sampling [19]). One general practitioner declined to participate.

Participants were recruited until each theorized category (professional group, previous experience and region) independently achieved saturation of thematic findings.

Interviews were conducted in a place of convenience for the participant by AMJ (GPs from Barcelona), MRV (CPs from Barcelona), MG (GPs from Mallorca) and MR (CPs from Mallorca). The interview guide was developed by a team of researchers and clinicians including AMJ, AF and MRV taking into account their experience in the field as well as the results of the only paper that had been published at the time the study was designed [13]. The interview guide was piloted with one GP and one CP. The interview guide is summarized in Table 2. Interviews were audiorecorded, fully transcribed and anonymized.

In parallel with interviews, analysis assisted by Atlas-ti software was conducted. The information obtained was triangulated by the participation of three investigators [a GP (AMJ), a pharmacist (MRV) and a psychologist with experience in using qualitative research (AF)] who independently analyzed the interviews [11]. In the Mallorca interviews, a fourth analyst participated [a nurse and sociologist (MG) from Mallorca].

Analysis was conducted using Colaizzi's method for analysis [20]. The following is a complete description of the procedure. The process of generation of categories was largely inductive. Researchers became familiar with the interviews by listening, reading and re-reading them. Themes were identified and coded independently by each of the researchers involved in the analyses. Researchers then came together to compare and discuss differences in the analyses. Themes were then re-coded and classified, identifying common patterns and convergences and divergences in data through a process of constant comparison. With the assistance of a fifth researcher, a pharmacist with experience in undertaking qualitative research and collaboration between pharmacists and GPs (CMH), findings from the analysis were integrated to formulate a theoretical model for the phenomenon under investigation. Finally, respondent validation was conducted, comparing our interpretation of the phenomenon with those who had participated. Participants were sent a summary of the findings and invited to a meeting where findings were presented and discussed. Fourteen out of thirty-seven professionals participated in this validation. Changes suggested by participants were incorporated into the final description of the phenomenon.

In order to guarantee the validity of this research [11,21] the study was externally audited from the beginning to its conclusion by a group of researchers from the "Qualitative Health Research Group" (led by Dr Vázquez ML) of the "Consorti de Salut i Social de Catalunya". Interviewers and main analysts kept a personal

Table 2 Topic guide for the interview

Topic guide	Suggested questions to help the interviewer
Relationship nowadays	<i>How is your relationship with the CP/GP?</i> - If there is no relationship: <i>Why do you think that there is no relationship?</i> - If the relationship is good/bad/regular: <i>What do you think that makes the relationship good/bad/regular?</i>
Utility of the collaboration	<i>Do you think that it would be useful to potentiate the teamwork between the GP and CP? Why?</i> <i>What advantages do you see in working in collaboration with the CP/GP?</i> <i>And what disadvantages do you see in collaborating with the CP/GP?</i>
Opinion about the other group of professionals	<i>What do you think about the CP/GP?</i> <i>How do you think that CP/GPs see GP/CPs?</i>
Barriers for communication	<i>If you tried to get in contact with the CP/GP at any time, what difficulties did you have?</i> <i>You told me that when trying to get in contact with the CP/GP you had problems because... can you think of any others?</i>
Barriers for collaboration	<i>What do you think makes collaborative work difficult?</i>
Facilitators for communication	<i>What steps do you think could be taken to improve communication with CPs/GPs?</i>
Facilitators for collaboration	<i>How do you think collaborative work could be promoted or strengthened?</i>
Impact from the National Health System	<i>Is there any aspect in the organization of the health system that you think is affecting the relationship between GPs and CPs? In what sense?</i>

GP = General practitioner; CP = Community pharmacist.

research diary in which any reactions to events occurring during the research were recorded. All participants gave informed consent and the study was approved by the Foundation Sant Joan de Déu Clinical Research Ethics Committee.

Results

A total of 37 interviews were conducted that lasted 5–99 minutes (mean: 23 minutes) (Table 3 shows the sample characteristics). Nine GPs and nine CPs had had previous experience in collaboration with the other group of professionals and 4 of the GPs belonged to an EBA.

In the group of participants with previous experience the collaborative experiences differed from one another. Some examples of activities were: interdisciplinary professional training, detection and resolution of medication related problems, carrying out tests or clinical analysis (e.g., glycemia) at the pharmacy for patients who require regular monitoring, rationalization of expenses, special care for people with mobility problems, personalized medication dosage system (weekly blister packs for patients taking a variety of medications) and public health education, and so on.

Factors affecting GP-CP collaboration

The factors affecting the relationship varied depending on the timing in relation to the collaboration: 1) Before collaboration started (prior to collaboration) and 2) Once the collaboration had been initiated (during collaboration).

Prior to collaboration, GPs and CPs worked on their own. This first phase was a process of team-building that allowed collaboration to begin. The factors identified assigned to this first stage in the process of generation

of the theoretical model were central in facilitating or impeding the initiation of collaboration between the two professions.

During collaboration, a successful relationship between doctors and pharmacists has been established and the

Table 3 Characteristics of the participants

Characteristics of participants (n = 37)	Barcelona	Mallorca
General practitioners, n	9	9
Sex, n		
Male	6	4
Female	3	5
Mean age (range), years	48.7 (35–60)	47.6 (37–60)
Mean clinical work experience (range)*, years	21.8 (8–31)	19.6 (8–30)
Previous experience in GP-CP collaboration, n		
With previous experience	4	5
Without previous experience	5	4
Community pharmacists, n	10	9
Sex, n		
Male	4	4
Female	6	5
Mean age (range), years	50.4 (30–64)	47.7 (29–56)
Mean clinical work experience (range), years	23.7 (5–40)	17.2 (1–30)
Previous experience in GP-CP collaboration, n		
With previous experience	5	4
Without previous experience	5	5

* Three general practitioners from Barcelona and four from Mallorca also had experience as Primary Care Health Center managers.

factors affecting that relationship changed. The challenge from this point on is to maintain and consolidate collaboration to ensure continuity.

Practitioners from the group which had experience of collaboration provided data which was rich in the identification of collaboration facilitators. GPs and CPs without experience who had tried to collaborate without success provided information about barriers which prevented or limited collaboration. Finally, GPs and CPs without experience who had never engaged in collaboration reported barriers related to attitudes and preconceived perceptions.

Prior to collaboration

Prior to the process 4 key factors were identified which affected collaboration: A) perception of usefulness, B) PCHC manager's interest, C) attitude, and D) geography and legislation. Figure 1 shows the conceptual model of factors affecting the initiation of the collaborative relationship between GP and CP.

Perception of usefulness

A positive perception of usefulness was necessary in order to start the collaboration. Conversely, the perception of usefulness was negative when GPs and CPs believed that there were no advantages in collaborating or that collaboration would cause problems. Only professionals without previous experience from Barcelona thought that collaboration would be troublesome.

I think we shouldn't tamper with it (the relationship with the doctor) because I think that it's correct ... if

we look for something more we will have problems.
 [CP2: Community pharmacist without experience in collaboration from Barcelona (CP WO BCN)].

However, participants stated that there were some factors that could influence a positive perception of usefulness. GPs and CPs with previous experience reported that evidence supporting positive outcomes of collaborative GP-CP relationships could make professionals change their mind about collaboration. Similarly, professionals stated that sometimes the NHS introduced strategies that affected both groups of professionals, e.g., the introduction of electronic prescribing, which could force a collaboration to start.

But thanks to electronic prescribing, given that just like any implementation of a system in which we are forced to work together ... has forced this exchange, this feedback with the medical team ... we have established a series of courses of action with the aim of having more fluid communication to solve this problem. [CP10: Community pharmacist with experience in collaboration from Barcelona (CP W BCN)]

PCHC manager interest

To collaborate it was necessary that the PCHC manager was interested in promoting collaboration.

I think that a lot depends on the will of the manager of the PCHC; whether the manager of the PCHC is in

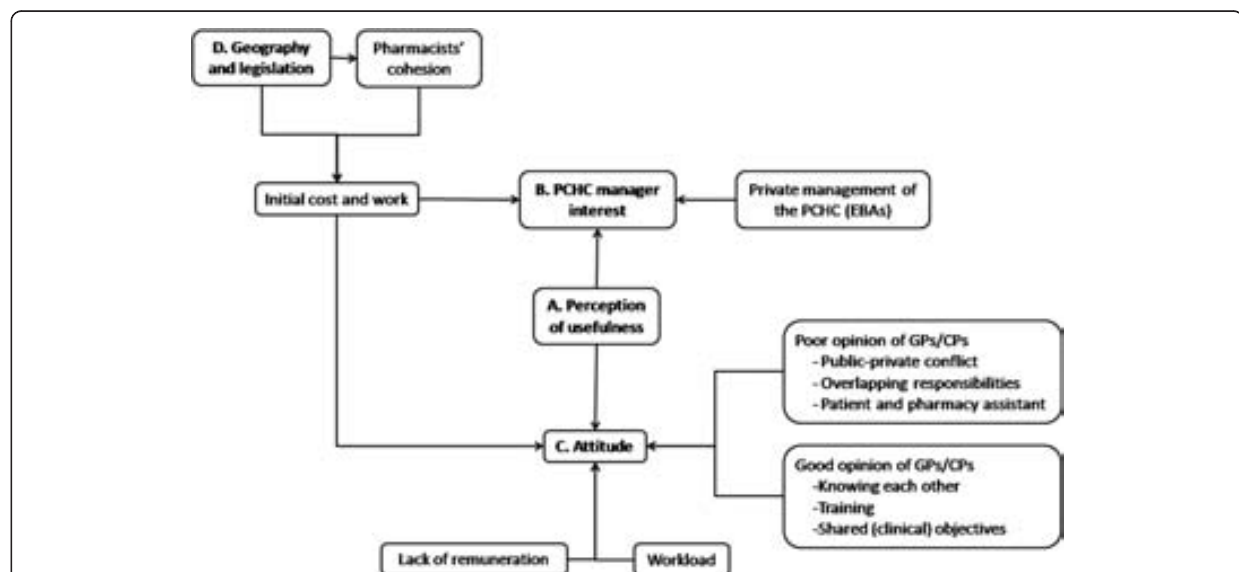


Figure 1 Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists prior to collaboration. PCHC: Primary Care Health Center; EBA: type of privately managed PCHC; GPs: General practitioners; CPs: Community pharmacists.

favor or not. So far I have had a PCHC manager against (cooperation). Now they have changed this and she is already waiting for me. [CP1: CP WO BCN]

The interest of the PCHC manager was influenced by his/her own perception of usefulness and by the initial cost in terms of infrastructure and human resources required to trigger the collaboration. EBA-type PCHCs in Barcelona were a good example of this (see Table 1). GPs and CPs suggested that collaboration was easier for two reasons: because the PCHC manager would be interested in collaboration as a strategy to reduce costs and improve outcomes for the center and because these PCHCs had smaller teams which were easier to coordinate.

The advantage of centers like this (EBA) is that this health center is a small center. . . . There is more flexibility and greater speed when we want to get a project going. [GP8: General Practitioner with experience in collaboration from Barcelona (GP W BCN)].

A barrier influencing the manager's interest was the perception that the NHS did not incentivize collaboration.

Attitude of the professionals

Attitude was strongly influenced by opinions held about the other professional. A good opinion would lead to respect and trust; key factors for collaboration. A negative opinion might be due to the perception that a "public-private" conflict existed. GPs and CPs believed that, through MBO (see Table 1) doctors were encouraged to prescribe cheaper drugs and less of them while the pharmacist, through selling medications, had a greater interest in non-rational use of medicines.

(Pharmacists must think) that we are forced by the health policies that reward or punish some prescription styles . . . There are many doctors that (say) "I'm not giving (prescribing) this, do you know why? Because I'll get into trouble, because they'll penalize me". . . They (CP) must think, "Here, it's my money that's at stake, because I have a business and the doctor is a state employee and nothing's going to happen to him/her and he/she doesn't care." . . . And they must compare this difference of their feeling of responsibility, that they have a business and they must pay a salary to their assistants, that there are things to pay for. They have an element of the entrepreneur that we don't have. [GP8: GP W BCN]

Overlapping responsibilities generated a negative opinion of the other professional. GPs and CPs believed that

sometimes the other professional was performing tasks that should not be done by him/her. This concern was generated by the fact that the roles of professionals were not well defined.

We have the experience of seeing a productive cough, a dry cough, some mucosity. I think we can recommend a medication . . . a doctor will tell you: "but well, we are doctors and it is us who have to (prescribe)" and, well, he/she is right, on the one hand they're right, but where is the line where we end and the doctor begins, you know? [CP7: CP WO BCN]

GPs and CPs believed that patients generated conflict by relaying biased information or directly criticizing professionals.

(The patient) is a tell-tale (laughs). Sometimes they also tell lies, you know? . . . They tell lies to both groups (the doctors and the pharmacists). This is also true, eh? They are blackmailers, they blackmail to get what they want. [CP6: CP W BCN]

Pharmacy assistants created conflict by assuming roles of the pharmacist. This affected quality of patient care and the relationship with the doctor, who preferred to communicate with the pharmacist.

For some years, anybody could start off being the pharmacy guy (pharmacy assistant) . . . He then started dispensing and ends up putting on a white coat and finally he acts as a pharmacist . . . the boss, the licensed pharmacist, he is almost always there but if he/she is not there, and I need to talk about something and I need his/her knowledge [GP8: GP W BCN]

However, the view about the other profession changed when practitioners knew each other. Stigmatized views and conflicts were resolved.

The main advantage when collaboration is established is that it breaks a series of stereotypes that exist from the doctor towards the pharmacist, that there is intrusiveness, this or that. . . and the opposite, from the pharmacist towards the doctors, that they are arrogant, that they do this or that, all these things stop when two professionals with similar knowledge, or even a similar age, see each other, a lot of barriers are broken. [CP16: Community pharmacists with experience from Mallorca (CP W MLL)]

Another factor that may contribute to improving the physician's opinion of the pharmacist is the existence of shared goals to improve service, preferably if they are

clinical. Put bluntly, GPs and CPs felt that collaboration was only possible if the pharmacists involved in the team were highly trained and clinically competent.

Initiating collaboration involved extra work for these busy professionals who received no additional remuneration for it. GPs and CPs stated that their attitude would be even worse if the NHS forced them to collaborate without releasing them from other duties or offered economic incentives.

To attend to a patient, time is needed and this time is also money. And trained people are needed. For training, time and money are needed, you see? Everything until now has been paid by the pharmacist him/herself. . . . If fewer human resources are available, then somewhere we will have to make cuts. [CP10: CP W BCN]

Geography and legislation

Legislative and geographical factors had the potential to increase the effort required to coordinate collaboration, which in turn also affected the professionals' attitudes. In poorly defined geographic areas with no clear neighborhood divisions, there were a large number of pharmacies and/or some of them were far from the PCHC. By law, patients can choose any pharmacy to fill their prescription and can switch from one to another in successive visits, making collaboration difficult. Therefore, professionals felt that working together was easier in small areas or when pharmacists in the area worked together and coordinated the delivery of services between them.

What happens is that I have the advantage that I am in a basic unit where I have a single reference pharmacy. So, of course, there is only one pharmacy with which I have regular contact . . . which is a very big advantage. [GP17: General practitioner with experience from Mallorca (GP W MLL)]

According to GPs and CPs, another barrier is caused because pharmacies are privately owned and pharmacists are not seen as part of the health system structure.

I consider that the structure clearly leaves the pharmacist outside the national health system. That's why the pharmacists don't know which entity they are part of. We are private centers with an agreement with the administration. Yes, we are obliged to follow all the administration guidelines . . . because we are dispensing national health system prescriptions but then we are not considered as being part of the health system in any way. Not structurally, organizationally, legally, nowhere. If one is not considered (as part of the system) it is very difficult to be part of it. [CP16: CP W MLL]

In the current system, pharmacy income is mainly centered on the payment for dispensing medications. Pharmaceutical care services which do not involve the sale of medications are, therefore, not remunerated so that doctors and pharmacists think that the system promotes an economic conflict of interest that makes it difficult for the pharmacist to collaborate on clinical tasks.

What we want is what is right for the patient. And, of course, earn our living with the medications . . . if only they paid me differently. That is a problem. I mean, I think that a problem that our relationship could have (the doctor with the pharmacist) is the idea that the doctor has that the pharmacist makes a profit from the medication. And I think that, well, we are earning a living, of course, and at the moment we earn a living with medications. It's a handicap we have. [CP4: CP WO BCN]

Some doctors and pharmacists suggest that one possible solution is a change in the organization of the pharmacy, integrating it into the health center itself.

One possible solution which is not totally unviable is to create pharmacies inside the health center. So that there is a pharmacy service like there is in the hospitals. . . . De-privatize the pharmacies. [GP17: GP W MLL]

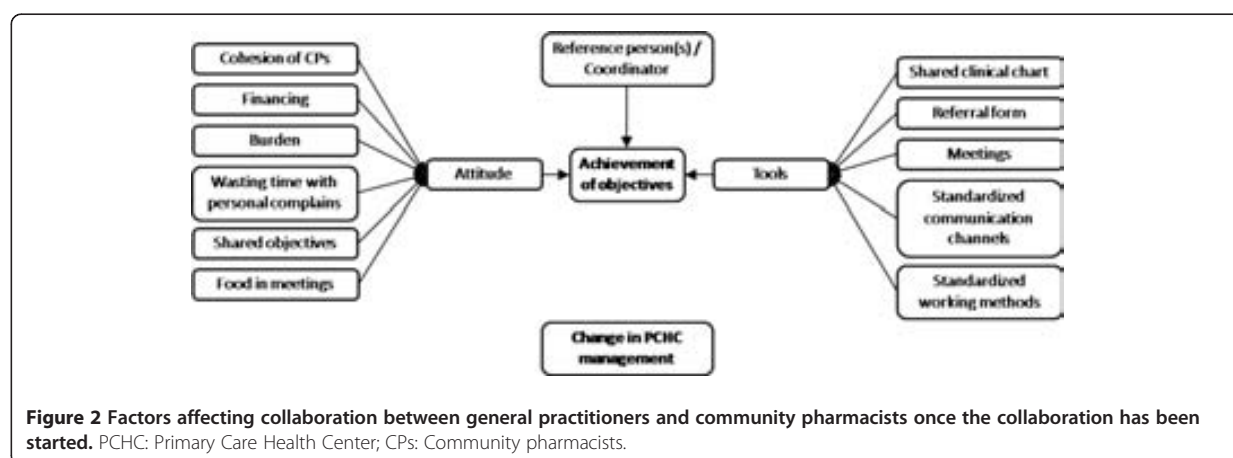
During collaboration

Once collaboration had successfully started, the factors that influenced the relationship changed. Two key factors were identified at this stage: A) achievement of objectives and, B) change in the PCHC management. Figure 2 shows the relationship between the factors affecting GP-CP collaboration once collaboration had begun.

Achievement of objectives

For the relationship to be maintained over time, both professionals and the PCHC manager had to recognize the benefit of this collaboration. There were a number of factors that could help to fulfill the goals. According to GPs and CPs, it seemed essential to have a coordinator (s) or reference person(s), responsible for leading the collaboration and linking the two professional groups.

GPs and CPs felt that meetings needed to be held regularly so that professionals could discuss shared objectives. Meetings between GPs and CPs usually take place in the PCHC at lunch time, when the pharmacies are usually closed and the GPs change shifts so when food was provided it encouraged attendance. While this is not an ideal arrangement, the option of combining lunch with meetings is the most practical solution in a



country where the midday meal is a social occasion and many business premises, including pharmacies, close between 2-5 pm. It was important to share a clinical chart so that both professionals could have access to complete patient information. Standardized working methods as well as standardized communication channels facilitated collaboration. For non-urgent consultations, a referral form assisted in information transmission.

One of the things that we had is that we phoned the health center to have direct access to the doctor's surgery. We had the switchboard number, . . . each doctor had a switchboard number and we dialled it. I mean we went in directly. This meant that any problem we had could be solved straight away. [CP6: CP W BCN]

However, a positive attitude might change as a consequence of the increased burden or lack of financing that made collaboration impossible.

As we already have a lot of work, it couldn't work and it was cancelled. Because we all have enough work . . . I don't think there was any other reason, there was no misunderstanding or anything else. It was just this, the pressure they were under and ours too. [GP4: GP W BCN]

In addition to workload, wasting time with personal complaints in meetings could make GPs and CPs unwilling to collaborate. Pharmacists needed to work with each other and could be demotivated if they were unable to cooperate with their colleagues. Finally, if GPs and CPs were unable to agree on new objectives, collaboration would end.

Sometimes we (GPs and CPs) have meetings in the health center and the differences (between GPs' and

CPs' interests) are so divergent that we don't have points in common. I mean, they (CPs) have their interests, that if their stock, that if I don't know what . . . When we are having these meetings and you say: "but if we (GPs) really don't mind that the stock of generics is this brand or another" . . . Sometimes they speak about things that we don't understand [GP13: General practitioner without experience from Mallorca (GP WO MLL)]

Change in PCHC management

If the new management team was not in favor of collaboration, practitioners would no longer have time or support to conduct meetings, collaborative work, etc.

The most important handicap appeared when they (EBA's managers) left. . . No other company was contracted; they (the people of the NHS) decided to manage the center by themselves. They designated a new manager and, at the beginning, we explained to her everything we had been doing and everything looked fine to her "very good, very good, very good" but we had neither meetings, nor health controls, nor. . . I mean, everything diminished. [CP7: CP W BCN]

Discussion

Summary of main findings

This study highlights two stages associated with collaboration: prior to and during collaboration. Key factors prior to collaboration were perception of usefulness, PCHC manager interest, attitude, and geography and legislation. At this stage there was a process of team building that corresponded to the first stages of the model of development of Collaborative Working Relationship (CWR) [22] (Professional Awareness; Professional recognition; Exploration and Trial). During collaboration, which corresponded to the last stages (Professional expansion; Commitment to the CWR), achievement of common objectives and PCHC

management stability were the main factors to consider in perpetuating collaboration.

The most important difference between regions in terms of collaboration was due to the presence of EBAs, which only exist in Barcelona. Practitioners from this type of privately managed center were more motivated to initiate collaboration with the community pharmacies and, once initiated, the relationship seemed to be easily maintained over time.

Negative perception of usefulness was only reported by GPs and CPs without experience in collaboration from Barcelona. The fact that this particular view was only reported by professionals without previous experience in collaboration could be a consequence of previous bad experiences when having contact with the other professional. Although we consider that it could be the other way around and, in fact, it is the negative perception, or prejudice against collaboration, that prevents it. Regional differences cannot be explained with the information we have at present. It is possible that the search for negative cases (i.e. disconfirming cases) was more intensive in Barcelona than in Mallorca although it is also possible that the variance really is due to regional differences. This issue will require further exploration.

GP and CP speech were similar and they agreed on the majority of factors affecting collaboration. Although there are differences in the factors which affect each type of professional (i.e., the pharmacist's conflict of interest is related to an incentive to sell the greatest number of products while that of the doctor is connected with offering a service in which cutting costs results in salary bonuses) both professionals express them, being aware that this is the view others have of them which, in turn, affects collaboration.

Strengths and limitations

To the best of our knowledge, this is the first qualitative study conducted by a multidisciplinary team and the first conducted in Spain. Moreover, this is the first study that compares samples from two regions with different geographical characteristics and health policies. Taking into account distinct contexts improves the relevance of this study. A series of quality control measures were used to guarantee the trustworthiness of the conclusions.

Nevertheless, those who participated in the study were more likely to be interested in this topic. However, we recruited professionals without experience in collaboration and who held negative views regarding collaboration.

Interviews were conducted by a number of investigators, perhaps resulting in biased information, but an interview guide was used and recorded interviews were audited. However, CPs were interviewed by a pharmacist, and GPs were interviewed by a GP or a nurse, encouraging openness and honesty.

Comparison with existing literature

Results from this study are consistent with previous research [12-15]. The importance of mutual knowledge, role definition, CPs' conflict of interest and the territoriality of the GP concurs with previously reported results [12-15] although in our study a problem with territoriality was also reported by pharmacists who felt that GPs were assuming pharmacist roles. Since some GPs in Spain are incentivized through MBO, a stereotypical view of the GP being too worried about meeting targets and being rewarded by the health system was also demonstrated in our study.

Both professions had to perceive collaboration as economically profitable. However, as highlighted by our study, the PCHC manager also had to be motivated to promote this collaboration. In privately managed PCHCs, practitioners stated that collaborative care had led to a reduction in expenses, which could have been a motivation for managers to collaborate. This could be an important factor to consider when implementing collaborative relationship in areas or countries where PCHCs are privately managed.

Pharmacists in Spain only receive public funding for providing prescription medicines. Consequently, barriers related to lack of incentives from the NHS to initiate and maintain collaborative work were highlighted. Previous studies have reported pharmacists' concerns about potential increases in workload and adequacy of remuneration when new services are introduced [23] seemed to be a crucial factor in building multidisciplinary teams [12,14,15]. When professionals meet, preconceptions about the others can be overcome and shared aims, strategies and tools to enhance communication and lead to an improvement in services can be discussed. To maintain collaboration, it is preferable to share clinical objectives [14]. If only administrative issues are addressed, physicians are not interested and pharmacists feel frustrated. Working on clinical issues implies sharing patient clinical information [14]. Ethical and security considerations need to be taken into account when collaborating and the need for patient consent must be considered [22].

Conclusions

A better understanding of the GP-CP relationship enables us to develop strategies and interventions to promote collaboration. The most relevant strategies to implement are the encouragement of positive attitudes and the perception of usefulness on the part of the health administrators and professionals to take advantage of the new changes or strategies imposed by the health system as an opportunity to initiate collaboration (common objective); to promote face-to-face relationship development to overcome prejudices and enable

team work initiation and development; to designate coordinators responsible for coordinating teamwork; and to establish standardized agreed communication. Future research needs to be conducted to evaluate the effectiveness of these strategies.

Competing interests

The authors declare no competing interests.

Acknowledgements

This work was supported by a grant from the Catalan Society of Family and Community Medicine (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària-CAMFIC).

We gratefully acknowledge all participating general practitioners and community pharmacists that contributed to the study.

We thank Magdalena Esteve, Carlos Martín, Antoni Serrano-Blanco, the 'Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (RedIAPP) (ISCIII-RETIC RD06/0018), the College of CPs and the School of Pharmacy (University of Barcelona) for their support in the development of this study.

We thank María Luisa Vázquez for the "Qualitative Health Research Group" of the "Consorci de Salut i Social de Catalunya" for their external audit of the project.

MRV is grateful to the 'Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca' for a predoctoral grant (FI-DGR 2011). AF is grateful to the 'Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III' (Red RD06/0018/0017) for a postdoctoral contract.

MRV is grateful to the 'Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca' for a mobility grant (BE-DGR 2011) for a stay at the Queen's University Belfast to work on the results presented in the present paper.

Author details

¹Research and Development Unit, Fundació Sant Joan de Déu, Calle Picasso 13, Sant Boi de Llobregat, Barcelona 08830, Spain. ²Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (RedIAPP), Barcelona, Spain. ³Primary Care Health Center Manso, Catalan Health Service (ICS), Carrer de Manso 19, Barcelona 08015, Spain. ⁴Clinical and Practice Research Group, Queen's University Belfast, School of Pharmacy, Medical Biology Center, 97 Lisburn Road, Belfast BT9 7BL, UK. ⁵Primary Health Care Center Mallorca, Research Unit, Health care Services of Balearic Isles (IB-Salut), Calle Reina Esclaramunda 9, Palma de Mallorca 07003, Spain.

Authors' contributions

MRV and AF developed the original idea for the research and, together with AMJ, designed the study protocol and coordinated the study. AMJ, MRV, MG and MR conducted the interviews. AMJ, MRV, MG, AF and CH participated in the analysis. MRV drafted the manuscript with the participation of AF and AMJ. All authors have corrected draft versions and approved the final version of the manuscript.

Received: 28 February 2012 Accepted: 7 July 2012

Published: 7 July 2012

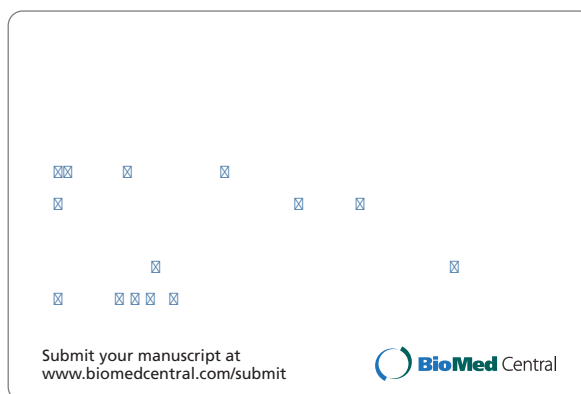
References

1. Council of Europe CoM: *Resolution ResAP concerning the pharmacist's role in the framework of health security*. In *Adopted by the Committee of Ministers on 21 March 2001 at the 76th meeting of the Ministers' Deputies*; 2001.
2. World Health Organization: *The role of the pharmacist in the health care system. Report of a WHO Meeting*. Tokyo, Japan; 1993.
3. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR: **Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part I: systematic review and meta-analysis in diabetes management**. *Ann Pharmacother* 2007, **41**: 1569–1582.
4. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR: **Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part II: Systematic review and meta-analysis in hypertension management**. *Ann Pharmacother* 2007, **41**:1770–1781.
5. Machado M, Nassor N, Bajcar JM, Guzzo GC, Einarson TR: **Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part III: systematic review**


- and meta-analysis in hyperlipidemia management. *Ann Pharmacother* 2008, **42**:1195–1207.
6. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Magdalena-Belio J, et al: **Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and meta-analysis**. *Ann Pharmacother* 2011, **45**:39–48.
7. Howard R, Avery A, Bissell P: **Causes of preventable drug-related hospital admissions: a qualitative study**. *Qual Saf Health Care* 2008, **17**:109–116.
8. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Travé P, Peñarrubia-María MT, Ruiz M, Pujol MM: **Community pharmacist intervention in depressed primary care patients (PRODEFAR study): randomized controlled trial protocol**. *BMC Public Health* 2009, **9**:284.
9. Doucette WR, Nevins J, McDonough RP: **Factors affecting collaborative care between pharmacists and physicians**. *Res Social Adm Pharm* 2005, **1**:565–578.
10. Zillich AJ, McDonough RP, Carter BL, Doucette WR: **Influential characteristics of physician/pharmacist collaborative relationships**. *Ann Pharmacother* 2004, **38**:764–770.
11. Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P: **Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature**. *Health Technol Assess* 1998, **2**(iii-ix):1–274.
12. Bradley F, Ashcroft DM, Noyce PR: **Integration and differentiation: A conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration**. *Res Social Adm Pharm* 2012, **8**:36–46.
13. Hughes CM, McCann S: **Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment**. *Br J Gen Pract* 2003, **53**:600–606.
14. Van C, Mitchell B, Krass I: **General practitioner-pharmacist interactions in professional pharmacy services**. *J Interprof Care* 2011, **25**:366–372.
15. Snyder ME, Zillich AJ, Primack BA, et al: **Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods**. *Res Social Adm Pharm* 2010, **6**:307–323.
16. Garcia-Armesto S, Begona Abadia-Taira M, Duran A, Hernandez-Quevedo C, Bernal-Delgado E: **Spain: Health system review**. *Health Syst Transit* 2010, **12**:1–295.
17. Reverte-Cejudo D, Sanchez-Bayle M: **Devolving health services to Spain's autonomous regions**. *BMJ* 1999, **318**:1204–1205.
18. Navarro López V, Martín Zurro A: *Investigation Project: Primary Health Care in Spain and its Autonomous Regions*. Barcelona: 2009. Semfyc Editions.
19. Miles MB, Huberman M: *Qualitative Data Analysis: an expanded sourcebook*. SAGE Publications: California; 1994.
20. Wojnar DM, Swanson KM: **Phenomenology: an exploration**. *J Holist Nurs* 2007, **25**:172–180.
21. Pope C, Mays N: *Qualitative research in health care*. BMJ books: London; 2000.
22. McDonough R, Doucette W: **Dynamics of pharmaceutical care: developing collaborative working relationships between pharmacists and physicians**. *J Am Pharm Assoc* 2001, **41**:682–692.
23. Porteous T, Bond C, Robertson R, Hannaford P, Reiter E: **Electronic transfer of prescription-related information: comparing views of patients, general practitioners, and pharmacists**. *Br J Gen Pract* 2003, **53**:204–209.

doi:10.1186/1472-6963-12-188

Cite this article as: Rubio-Valera et al.: Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 2012 **12**:188.



Submit your manuscript at
www.biomedcentral.com/submit

 BioMed Central

ORIGINAL ARTICLE

Perceptions of collaboration between general practitioners and community pharmacists: findings from a qualitative study based in Spain

Anna Maria Jové¹, Ana Fernández², Carmel Hughes³, Mireia Guillén-Solà⁴, Marta Rovira⁴ and Maria Rubio-Valera²

¹Catalan Health Service (ICS), Barcelona, Spain, ²Fundació Sant Joan de Deú, Barcelona, Spain, ³Department of Pharmacy, Queen's University Belfast, Belfast, UK, and ⁴Healthcare Services of Balearic Isles, Mallorca, Spain

Abstract

According to the theory of reasoned action (TRA), collaboration is only possible when it is perceived as useful by the participants involved. This paper describes a qualitative study using semi-structured interviews to explore the perceived usefulness of general practitioner (GPs)-community pharmacists (CPs)' collaboration from these professionals' perspectives based in two Spanish regions. Thirty-seven interviews were conducted with GPs and CPs with and without previous experience of collaborating with the other groups of professionals. Analysis of the data indicated that the GPs and CPs considered that collaboration between practitioners and pharmacists to have different forms of usefulness, ranging from positive to negative perceptions of usefulness. Negative and neutral opinions (collaboration generates conflict and/or is not beneficial) could prevent practitioners from initiating collaboration with the other group of professionals, which is explained by the TRA. These perceptions were only found among those participants without experience in collaboration. When collaboration was perceived as advantageous, it could be beneficial on three levels: health system (i.e. provision of integrated care, increased efficiency of the system), GPs and CPs (i.e. increased job satisfaction and patient loyalty) and patients (i.e. improved patient safety). Although GPs and CPs with experience identified benefits using a range of examples, GPs and CPs who had never collaborated also believed that if collaboration was undertaken there would be benefits for the health system, patients and health professionals. These results should be considered when developing strategies to encourage and improve the implementation of collaborative working relationships between GPs and pharmacists in primary care.

Keywords

Content analysis, interprofessional collaboration, interviews, professional boundaries, qualitative method

History

Received 10 April 2013
Revised 5 November 2013
Accepted 24 February 2014
Published online 13 March 2014

Introduction

Primary healthcare and community pharmacies are the main access points for healthcare services. Users perceive the pharmacy as a trustworthy, local healthcare resource that is occasionally visited before or even instead of the general practitioner (GP) (Hassell, Noyce, Rogers, Harris, & Wilkinson, 1997). Community pharmacists (CPs) are expected to cooperate with the GP in pharmaceutical care interventions and participate in the rational use of medication (Bajramovic, Emmerton, & Tett, 2004; World Health Organization, 1993). Patients appreciate CP/GP collaborative work (Howard et al., 2003) and have expressed the need for GPs and CPs to establish relationships with the aim of producing a better, user-friendly healthcare system (Bajramovic et al., 2004).

GPs and CPs believe that cooperation can be useful in improving service efficiency and quality, as well as overcoming problems related to medication (Bryant, Coster, & McCormick, 2010a,b; Howard et al., 2003; McGrath et al., 2010; Montgomery, Källemark-Sporrong, Henning, Tully, & Kettis-Lindblad, 2007).

GPs and CPs also consider that better collaboration brings greater satisfaction and professional development for both the GP and the CP (Howard et al., 2003) while making the healthcare system more consumer-friendly (Bajramovic et al., 2004).

Despite the evidence underlining the potential benefits of collaboration, it is still not common practice in primary care (Herrera-Carranza, 2002; McGrath et al., 2010), although there have been initiatives which encourage it (Van, Mitchell, & Krass, 2011). Factors which influence collaboration are diverse and range from time and funding to those which depend on approach, such as trust and respect (Bradley, Ashcroft, & Noyce, 2012; Hughes & McCann, 2003; Rubio-Valera et al., 2012). One of the most relevant factors in promoting or initiating the GP-CP relationship is the perception that these professionals have regarding the usefulness of the collaboration (Bryant et al., 2010a).

In accordance with the theory of reasoned action (TRA), when a person forms beliefs about an action, in this case, initiating collaboration, the person automatically acquires an attitude towards it (Fishbein & Ajzen, 2010). This attitude influences the intention to carry out this action and the final behavior. Based on this theory, the importance of understanding GPs and CPs' perception of usefulness is clear as this will affect their attitude

Correspondence: Maria Rubio-Valera, Fundació Sant Joan de Deú, Barcelona, Spain. E-mail: mrubio@psjd.org

towards collaboration and, consequently, their intention to collaborate and to carry it out. GP and CP's belief that collaboration will have positive effects (e.g. as improved medication adherence or use of cost-effective pharmaceuticals) is a strong predictor of attitude, intention and willingness to work in collaboration with each other (Bryant et al., 2010a,b; Laubscher, Evans, Blackburn, Taylor, & McKay, 2009).

The aim of this study was to assess the perceptions of GP–CP collaboration from these professionals' perspectives. One way to approach this issue is through qualitative research methodology which permits exploration, awareness and understanding of GPs and CPs' opinions and motivations (Popay & Williams, 1998).

Methods

This paper presents findings secondary analysis (Long-Sutehall, Sque, & Addington-Hall, 2011) of an exploratory study that aimed to describe factors affecting collaboration between the GP and CP (Rubio-Valera et al., 2012). During this initial analysis, researchers acknowledged that the GPs and CPs' perception of usefulness emerged as a key and complex topic, deserving a secondary analysis of this data set.

Setting and participants

The political organization of the Spanish state is made up of the central state and 17 highly decentralized regions with their respective governments and parliaments. The devolution of responsibilities for health services to the regions can generate differences in health policies between regions (Reverte-Cejudo & Sanchez-Bayle, 1999). The study population consisted of GPs and CPs from two distinct Spanish regions: Catalonia (Barcelona) and the Balearic Islands (Mallorca).

The main difference between the two regions is the degree of commitment to primary care which is greater in Catalonia than in the Balearic Islands (Navarro-Lopez & Martín-Zurro, 2009). As a consequence, the investment of resources in primary care with respect to total health expenditure is higher in Catalonia. Accordingly, the density of Primary Care Health Centres (PCHCs), the access to diagnostic procedures by GPs and the number of services integrated within primary care is higher in Catalonia than in the Balearic Islands while the ratio of patients per GP is lower.

In some Spanish regions there is a coexistence of the private and public model. While in the Balearic Islands only publicly managed PCHCs can be found, some of the PCHCs are privately managed in Catalonia. These private PCHCs establish a contractual relationship with the National Health System to offer public health services in exchange for capitation financing.

Another difference between the two regions relates to the stage of implementation of electronic prescribing. The main objective of electronic prescribing was to link the GP's prescriptions with the pharmacy. However, it can be used as a communication channel between the pharmacist and the GP and it has been the first formal electronic link between GPs and CPs in Spain. The Balearic Islands government initiated its implementation in 2006, long before its introduction in Catalonia. Thus electronic prescription had long been established in the Balearic Islands by the time we conducted the interviews, while in Catalonia it was being used exclusively in rural areas and small cities, excluding Barcelona where the interviews were conducted.

We also considered whether recruited practitioners had previous experience of collaborating with the other groups of professionals (regular face-to-face contact). We theorized that practitioners with previous experience would have different opinions to those without such experience (theoretical sampling).

Table I. Characteristics of the participants.

Characteristics of participants (<i>n</i> = 37)	Mallorca	Barcelona
Community pharmacists, <i>n</i>	9	10
Female, <i>n</i>	5	6
Male, <i>n</i>	4	4
Mean age (range), years	47.7 (29–56)	50.4 (30–64)
Mean clinical work experience (range), years	17.2 (1–30)	23.7 (5–40)
CP with previous experience in GP-CP collaboration, <i>n</i>	5	5
General practitioners, <i>n</i>	9	9
Female, <i>n</i>	5	3
Male, <i>n</i>	4	6
Mean age (range), years	47.6 (37–60)	48.7 (35–60)
Mean clinical work experience (range), years	19.6 (8–30)	21.8 (8–31)
GP with previous experience in GP-CP collaboration, <i>n</i>	5	4

Therefore, we included GPs and CPs from the Balearic Islands and Catalonia with and without previous experience of collaboration. We contacted key informants from the fields of primary care and community pharmacy [the College of CPs, the RedIAPP Research Network in Primary Care and the School of Pharmacy-University of Barcelona] to identify those GPs and CPs who matched our sampling criteria. Practitioners were then contacted and invited to participate. A total of 37 interviews were conducted (Table I). Once interviewed, participants were asked whether they knew other practitioners who matched our criteria (snowball sampling). One GP declined.

Data collection

Semi-structured face-to face interviews were conducted in convenient setting for the participant by AMJ (GPs from Barcelona), MRV (CPs from Barcelona), MG (GPs from Mallorca) and MR (CPs from Mallorca) (January 2010–February 2011). To encourage openness and honesty, CPs were interviewed by a pharmacist, and GPs were interviewed by a GP or a nurse. The interview guide was developed by a team of researchers and clinicians including AMJ, AF and MRV and was piloted with one GP and one CP.

Data analysis

The secondary analysis of data was conducted using the Colaizzi method (Wojnar & Swanson, 2007) with the support of Atlas-ti software. The information obtained was triangulated through the participation of three researchers with different professional backgrounds: a GP (AMJ), a pharmacist (MRV) and a psychologist with experience in qualitative research (AF). A fourth researcher, CH, collaborated as an external advisor in discussion of the results of the analysis.

The process of generation of categories was largely inductive. The researchers became familiar with the interviews by listening, reading and re-reading them. Themes were identified and coded independently by each of the researchers involved in the analysis. Researchers then came together and compared and discussed differences. Themes were then re-coded and classified, identifying common patterns and convergences and divergences in data, through a process of constant comparison. Finally, respondent validation was conducted for the main results of study comparing our interpretation of the findings with the subjects who had participated. Participants were sent a summary of the findings and invited to participate in a meeting where these findings were presented and discussed to gauge if they agreed with our

interpretation. Fourteen out of thirty-seven participants attended to the meeting. Changes suggested by the participants were incorporated into the final description.

In order to guarantee the trustworthiness of this research (Popay & Williams, 1998), the study was externally audited from the beginning to its conclusion by a group of researchers from a qualitative health research group of the Consorci de Salut i Social de Catalunya. Interviewers and main analysts (AMJ, AF, MRV and MG) kept a personal research diary in which any reactions to events occurring during the research were recorded.

Ethics

All participants gave informed consent and the study was approved by the Foundation Sant Joan de Déu Clinical Research Ethics Committee.

Results

The GPs and CPs interviewed considered that collaboration between GPs and CPs could have different forms of usefulness, ranging from positive perceptions of usefulness (collaboration had a positive impact on patients, GPs and CPs, and the health system) to negative perceptions of usefulness.

We classified the GPs' and CPs' differing perspectives into three categories: negative perception of usefulness of collaboration; neutral perception of usefulness of collaboration and positive perception of usefulness of collaboration.

Negative perception of usefulness of collaboration

Some of the GPs and CPs interviewed stated that GP-CP collaboration could give rise to more problems or could generate conflicts and that, for these reasons, collaboration between these two groups of professionals should not be encouraged. As the following interview extract indicates:

I think we shouldn't tamper with it (the relationship with the GP) because I think that it's correct (...) if we look for something more we will have problems. (CP without collaboration experience)

Opinions of this type were only found among those GPs and CPs from Barcelona without experience of collaboration:

There is no relationship whatsoever (between her and the pharmacist(s)) (...) on the only two occasions in all the years I was working (that I was in contact with the pharmacist) it was because I prescribed a particular product and they changed it for a product that did not even have the same active drug. (...) But, now, as there is no relationship, I think that it (the relationship) is good. (GP without collaboration experience)

Neutral perception of usefulness of collaboration

A neutral perception of usefulness was identified in those who considered that it was neither beneficial nor necessary to encourage or improve GP-CP collaboration. Making contact or cooperating to solve specific problems was considered sufficient, and, as such, making the effort to initiate and maintain a closer relationship was unnecessary. In contrast with the negative perception, it was not considered that additional problems would be generated. Such opinions were only found in those GPs and CPs without experience of collaboration:

Neither advantages nor disadvantages (...) I don't consider that it's necessary. I think that there has to be a normal

relationship and if we need something, there can be one-off contact but I don't see the need for regular contact. (GP without collaboration experience)

On the other hand, the CPs thought that it was the GPs who did not perceive the usefulness of collaboration and therefore had no interest in collaborating:

The doctor will never take the initiative because he/she cannot see the possible benefits to be gained or the, that is, the performance (benefits) that they can get from a relationship with the pharmacist, the doctor is unaware of this. (CP with collaboration experience)

Positive perception of usefulness of collaboration

Collaboration was perceived as beneficial by GPs and CPs independently of prior experience of collaboration and region. According to them, collaboration had positive impacts on the health system, the GPs and CPs, and the patients. At the health system level, GPs and CPs believed that collaboration allowed the professionals to share patients' clinical information and results, facilitated the provision of integrated care, increased the number of services offered (especially in the community pharmacy) and the efficiency of the health system, reduced the number of problems related to medication and promoted the rational use of medications. The benefits for GPs and CPs included an increase in their job satisfaction, professional image and patient loyalty. GPs and CPs thought that the management of the pharmacy was easier when collaboration existed and that the relationship between pharmacists in the area was improved. Also, the GPs and CPs believed that collaboration facilitated the definition of the professional roles which could prevent conflicts between the GPs and the CPs.

Finally, it was perceived that patients benefited from improved outcomes and safety and reduced number of visits to the PCHC. They were also reassured by receiving consistent health messages from the GPs and the CPs.

Although it was the GPs and CPs with experience who identified benefits using a range of examples, GPs and CPs who had never collaborated believed that if it was undertaken, it could bring multiple benefits.

Positive impacts on the health system

GPs and CPs expressed the opinion that collaboration would facilitate their involvement in training activities such as sessions or courses that already take place or that could include the other group of professionals and that this could be done jointly, offering a better, integrated service:

They (pharmacists) deal better with banal pathologies (mild and/or self-limiting diseases), for instance, lice in children, in treatments with dietary supplements, vitamin supplements, etc. that sometimes we don't know about whether it's because of training because the information doesn't reach us and they know more and many times they explain things to us. (GP with collaboration experience)

This would also lead to clinical improvement as both GPs and CPs could agree on the way to treat the patient and share the patient's results and clinical information:

It's not exactly the clinical history but the blood tests, additional tests that can clarify things, sometimes, for example, I have a diabetic who comes to do a capillary glycemia test in

the pharmacy and it's found to be high; if I had the patient's glycosylated haemoglobin, I could probably say to him/her: "well, today it's high but the haemoglobin has been going fine for three months" and I wouldn't do anything else as I know that the doctor is monitoring him/her. (CP without collaboration experience)

GPs and CPs gave many examples about how health services could be improved. It is interesting to observe that most of examples that GPs and CPs gave, implied strategies to be carried out by the CP, such as education programmes for patients, health promotion, illness prevention, detection of health problems, greater resolution of minor problems in the pharmacy, control of chronic illnesses, detection of drug duplication, interaction and/or errors in posology, and pharmacological treatment follow-up:

All the medication that the patient takes and that I don't know about as it's not covered by the insurance like contraceptives that I have not registered but have important interactions with things that I can give, but the pharmacist does know, or the "para-pharmacy" (over-the-counter drugs and other products that do not require a prescription), the homeopathy... Taking advantage of the confidence that the patient has in the pharmacist, many things could be completed jointly and not only inform us of the side-effects. For instance, arterial tension, the patient's weight, whether antismoking advice has been given, whether she is taking contraceptives, whether they take herbal remedies, if they do homeopathy. (GP with collaboration experience)

On a more organizational level, the GPs and CPs expressed the opinion that collaboration prevented the emergence of administrative errors and would help to manage them in a more flexible way should they arise:

Having direct contact with the health center is good for us (...). Many times it's a help to us and the patient because frequently they come with a badly filled-in prescription, a thousand things. Of course before we had any relationship, we had to tell them: "look madam, this has to go back because it hasn't been done properly". Well, not now, having this good relationship we can solve the problem and later sort it out for us. (CP with collaboration experience)

The GPs and CPs commented that due to all the above, the quality of the service would increase:

It is a really complicated system (the electronic prescription) (...) sometimes it doesn't work well and provokes incidents, you know, on the weakest link that is the patient. This forced the exchange... the feedback with the medical doctors at PCHC NAME and the answer was absolutely positive. I mean, in this respect, we established a series of strategies in order to have a fluid communication, you know, to solve these problems since it is obvious that the common objective is to improve the care quality, you know, for the patient. (CP with collaboration experience)

Efficiency of health services arose from a decrease in appointments with doctors and nursing staff for consultations whether they were for prescriptions, carrying out tests to monitor chronic pathologies or the detection and resolution of health problems which were not severe or are self-limiting. Similarly, it was perceived that collaboration could reduce problems related to medication, encourage the rational use of medications and the

implementation of new measures related to taking medication: the introduction of generics, the electronic prescription, repeat dispensing:

This (the change of medication to generics) has brought about drastic changes compared with the patients' previous medication. And these changes, bearing in mind that for patients, 80% of their prescriptions are for chronic illnesses and they only go to see the doctor once a year, to make the prescription changes for all these people we would have needed a year. And, in contrast, what we did is that with the clinical guides and the clinic sessions with us, on top of choosing between all the aims that would have come up and changes that would have happened, we were told what changes they would like to make with the patients and there was no need for them to visit the doctor. (...) We (pharmacist) made it easier for them to do it all in one go, you know? This means that in the first year, I think the primary care centre's pharmaceutical expenses went down by 26%. (CP with collaboration experience)

Positive impact on the GPs and CPs

The GPs and CPs saw the usefulness of collaboration at a personal level in that it would increase their job satisfaction and improve their image. Participants expressed the opinion that collaboration facilitated pharmacy management and patient loyalty. Moreover, being able to offer new and/or improved services provided added value to the CP as a healthcare professional and reducing the perception of them as sales staff:

Like a robot, they carry on dispensing medication, full stop. And, well, they have these collaborations with the primary care centre and I think we make this professional figure bigger, we give it greater importance. (CP with collaboration experience)

The GPs and CPs stated that as a result of the good GP-CP relationship, the doctor was more highly valued by patients. Having to coordinate the various pharmacies with the medical team also had consequences in terms of an improvement in the relationship between the pharmacists in the area:

One of the things that the pharmacies have really appreciated is having these meetings (monthly meetings in the PCHC with GPs and CPs from the area) and so the thing is, since we started this, they have improved their relationship with each other (...) each year, they have a lunch, a "gathering", them, all of them, the pharmacy managers, but in reality they have been doing it since they started to meet each other here with us. (GP with collaboration experience)

Finally, the GPs and CPs thought that collaboration would allow them to define everyone's role, avoiding potential conflicts:

They are pharmacists and they don't have to give medicines of any kind without a prescription, that's my opinion. I think that is the most important basis (the pharmacist avoiding giving medicines without a prescription is key) and I think that if we talked they would have to understand it. (GP without collaboration experience)

Positive impacts on the patients

According to the GPs and CPs, the health service improvements described above would have a positive impact on patient outcomes. Furthermore, the GPs and CPs expressed the opinion

that the GP and CP providing consistent messages and giving the same information to patients would avoid contradictions, confusion and conflicts and potentially improve patient safety. In addition, coordinated work would avoid unnecessary visits to the primary healthcare centre to solve, for instance, administrative problems:

This good understanding between the doctor and the pharmacist solves plenty of problems for the patient so that they are not running backwards and forwards, or feeling confused or that things are complicated. (CP with collaboration experience)

Discussion

To the best of our knowledge, this is the first qualitative study focused on exploring the GPs and CPs' perceptions of interprofessional collaboration in Spain. Our study includes a sample of participants with different backgrounds with respect to collaboration and from two different regions with differing geographical characteristics and health policies. Involving different contexts improves study relevance. Additionally, a series of quality control measures were used to strengthen the trustworthiness of the conclusions (i.e. field diary, triangulation of analysis, member checking and external audit).

In accordance with the TRA, to be able to carry out collaboration between the GP and CP, one of the main conditions is that this collaboration be perceived as useful by all the central figures involved. Beliefs contribute to the creation of attitudes that will subsequently lead to particular behavior, in this case, collaboration (Fishbein & Ajzen, 2010). In fact, a previous study reported that physicians' beliefs that collaborating with CPs would result in improved medication adherence was the strongest predictor of attitude toward collaboration (Bryant et al., 2010a,b; Laubscher et al., 2009). In our study, negative attitudes were only detected among those from Barcelona without experience of collaboration, suggesting that it is the perception of limited benefits that impedes the initiation of collaboration. On the other hand, according to Allport's contact hypothesis (Allport, 1954) the fact that the primary care and GP were not in contact could contribute to the maintenance of erroneous beliefs or prejudices that they have towards collaboration, providing feedback which reinforces the perception that it is not necessary (Hewstone & Swart, 2011). This lack of knowledge of the other professional could mean that value is not given to the knowledge, skills and added value contributed by the other group and, as such, collaboration is not perceived as necessary or beneficial. Negative perceptions of usefulness reported were not reported by GPs and CPs from Mallorca. This is the most important difference between regions but it is difficult to explain with the available information. The search for disconfirming or negative cases may have been more intensive in Barcelona than in Mallorca. Further exploration will be necessary to ascertain if the difference is due to contrasting regional health policies.

With respect to the perceived benefits of collaboration, independently of prior experience, GPs and CPs believed that it would improve service quality and efficiency, leading to increased satisfaction on the part of the professional and the patient. Other studies which have explored different issues related to CP and GP collaboration have found similar results, indicating that this would improve the quality of the prescription (Bryant et al., 2010a; Montgomery et al., 2007; Teinilä, Kaunisvesi, & Airaksinen, 2011) appreciation of the other professional (Dieleman et al., 2004; Montgomery et al., 2007; Morris, Cantrill, & Weiss, 2001), increased CP job satisfaction (Montgomery et al., 2007), the

quality of healthcare (Dieleman et al., 2004; Howard et al., 2003) and would increase patient trust (Montgomery et al., 2007).

Another perceived benefit from collaboration was that it would improve the image of the practitioners, especially the CP. Those collaborating with physicians may be recognized for his/her clinical work which coincides with the findings of other studies (Dieleman et al., 2004; Montgomery et al., 2007), perhaps because collaboration highlights the clinical aspect of their profession more prominently.

In addition, the fact of perceiving collaboration as useful not only influences the willingness to initiate collaboration, but also its continuity (Bryant et al., 2010b). Various studies have indicated that health professionals who collaborate wish to continue doing so as they feel more comfortable in the interaction, communication improves (Dieleman et al., 2004) and an improvement in results is perceived (Laubscher et al., 2009; Teinilä et al., 2011). Conversely, poor experiences of collaboration can mean that collaboration is perceived as bad or unnecessary.

One strategy to change the perception on the usefulness of collaboration from the very beginning could be related to interprofessional education (IPE). According to the WHO (2010), IPE occurs "when two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes". The integration of IPE within the Schools of Pharmacy and Medicine' (or health-related professions) curricula would provide learning opportunities for students in an environment which prepares them to practice. Although IPE seems a promising strategy, evidence about its effectiveness for promoting future interprofessional collaboration is still required (e.g. Reeves, Perrier, Goldman, Freeth, & Zwarenstein, 2013). Nevertheless, a recent study suggests that workshops conducted with first year Pharmacy and Medical students to foster understanding of the other professionals' roles in health care improved students' attitudes toward interprofessional collaboration. However, it should be noted that medical students' collaboration scores remained significantly lower than those of pharmacy, suggesting that more effort may be needed to convince medical students of the benefits of collaboration (Van Winckle et al., 2012).

However, some limitations should be mentioned when interpreting the findings. Firstly, this paper presents secondary analysis of another study whose main aim was to explore the opinions of CPs and GPs on collaboration (Rubio-Valera et al., 2012) and, as such, the study interview did not focus on the perception of usefulness as a primary objective. Nevertheless, "usefulness of collaboration" was one of the themes in the topic guide. Secondly, the participants may have felt obliged to be positive about collaboration in order to please the interviewers (social desirability). However, opinions opposed to collaboration were also fielded. Moreover, the fact that CPs were interviewed by a pharmacist and GPs were interviewed by a GP or a nurse should have encouraged openness and honesty. On the other hand, the fact that interviews were conducted by different researchers may have resulted in biased information. To overcome this, an interview guide was used and recorded interviews were audited.

Declaration of interest

The authors report no declarations of interest. The authors alone are responsible for the writing and content of this paper.

References

Allport, G.W. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Perseus Books.

- Bajramovic, J., Emmerton, L., & Tett, S.E. (2004). Perceptions around concordance-focus groups and semi-structured interviews conducted with consumers, pharmacists and general practitioners. *Health Expectations*, 7, 221–234.
- Bradley, F., Ashcroft, D.M., & Noyce, P.R. (2012). Integration and differentiation: A conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 8, 36–46.
- Bryant, L., Coster, G., & McCormick, R. (2010a). General practitioner perceptions of clinical medication reviews undertaken by community pharmacists. *Journal of Primary Health Care*, 2, 225–233.
- Bryant, L., Coster, G., & McCormick, R. (2010b). Community pharmacist perceptions of clinical medication reviews. *Journal of Primary Health Care*, 2, 234–242.
- Dieleman, S.L., Farris, K.B., Feeny, D., Johnson, J.A., Tsuyuki, R.T., & Brilliant, S. (2004). Primary health care teams: Team members' perceptions of the collaborative process. *Journal of Interprofessional Care*, 18, 75–78.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: the reasoned action approach*. New York: Taylor and Francis Group.
- Hassell, K., Noyce, P.R., Rogers, A., Harris, J., & Wilkinson, J. (1997). A pathway to the GP: the pharmaceutical 'consultation' as a first port of call in primary healthcare. *Family Practice*, 14, 498–502.
- Herrera-Carranza, J. (2002). Objectives of pharmaceutical care. *Atención Primaria*, 30, 183–187.
- Hewstone, M., & Swart, H. (2011). Fifty-odd years of inter-group contact: from hypothesis to integrated theory. *The British Journal of Social Psychology*, 50, 374–386.
- Howard, M., Trim, K., Woodward, C., Dolovich, L., Sellors, C., Kaczorowski, J., & Sellors, J. (2003). Collaboration between community pharmacists and family physicians: lessons learned from the Seniors Medication Assessment Research Trial. *Journal of the American Pharmacist Association* (2003), 43, 566–572.
- Hughes, C.M., & McCann, S. (2003). Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment. *The British Journal of General Practice*, 53, 600–606.
- Laubscher, T., Evans, C., Blackburn, D., Taylor, J., & McKay, S. (2009). Collaboration between family physicians and community pharmacists to enhance adherence to chronic medications: opinions of Saskatchewan family physicians. *Canadian Family Physician*, 55, 69–75.
- Long-Sutehall, T., Sque, M., & Addington-Hall, J. (2011). Secondary analysis of qualitative data: A valuable method for exploring sensitive issues with an elusive population? *Journal of Research in Nursing*, 16, 335–344.
- McGrath, S.H., Snyder, M.E., Dueñas, G.G., Pringle, J.L., Smith, R.B., & McGivney, M.S. (2010). Physician perceptions of pharmacist-provided medication therapy management: qualitative analysis. *Journal of the American Pharmacist Association* (2003), 50, 67–71.
- Montgomery, A.T., Källemark-Sporrong, S., Henning, M., Tully, M.P., & Kettis-Lindblad, A. (2007). Implementation of a pharmaceutical care service: Prescriptionists', pharmacists' and doctors' views. *Pharmacy World of Science*, 29, 593–602.
- Morris, C.J., Cantrill, J.A., & Weiss, M.C. (2001). GPs' attitudes to minor ailments. *Family Practice*, 18, 581–585.
- Navarro-López, V., & Martín-Zurro, A. (2009). *Investigation Project: Primary Health Care in Spain and its Autonomous Regions*. Barcelona: Semfyc Editions.
- Popay, J., & Williams, G. (1998). Qualitative research and evidence-based health care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91, 32–37.
- Reeves S., Perrier L., Goldman J., Freeth D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, CD002213.
- Reverte-Cejudo, D., & Sanchez-Bayle, M. (1999). Devolving health services to Spain's autonomous regions. *British Medical Journal*, 318, 1204–1205.
- Rubio-Valera, M., Jové, A.M., Hughes, C.M., Guillen-Solà, M., Rovira, M., & Fernández, A. (2012). Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: A qualitative study. *BMC Health Service Research*, 12, 188.
- Teinilä, T., Kaunisvesi, K., & Airaksinen, M. (2011). Primary care physicians' perceptions of medication errors and error prevention in cooperation with community pharmacists. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 7, 162–179.
- Van, C., Mitchell, B., & Krass, I. (2011). General practitioner-pharmacist interactions in professional pharmacy services. *Journal of Interprofessional Care*, 25, 366–372.
- Van Winkle, L.J., Bjork, B.C., Chandar, N., Cornell, S., Fjortoft, N., Green, J.M., La Saleem S., et al. (2012). Interprofessional workshop to improve mutual understanding between pharmacy and medical students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 76, 1–6.
- Wojnar, D.M., & Swanson, K.M. (2007). Phenomenology: An exploration. *Journal of Holistic Nursing*, 25, 172–180.
- World Health Organization. (1993). *Report of a WHO Meeting. The role of the pharmacist in the health care system*. Tokyo, Japan: World Health Organization.

፩ የግንባታ ስራ ስልጠና ስለሚሰጠው ጊዜ ስለሚከተሉት ጉዳዮች ማረጋገጫ ማድረግ ይገባል፡-

፪ የግንባታ ስራ ስልጠና ስለሚሰጠው ጊዜ ስለሚከተሉት ጉዳዮች ማረጋገጫ ማድረግ ይገባል፡-

- የግንባታ ስራ ስልጠና ስለሚሰጠው ጊዜ ስለሚከተሉት ጉዳዮች ማረጋገጫ ማድረግ ይገባል፡-
- የግንባታ ስራ ስልጠና ስለሚሰጠው ጊዜ ስለሚከተሉት ጉዳዮች ማረጋገጫ ማድረግ ይገባል፡-
- የግንባታ ስራ ስልጠና ስለሚሰጠው ጊዜ ስለሚከተሉት ጉዳዮች ማረጋገጫ ማድረግ ይገባል፡-

የግንባታ ስራ ስልጠና ስለሚሰጠው ጊዜ ስለሚከተሉት ጉዳዮች ማረጋገጫ ማድረግ ይገባል፡-

- የግንባታ ስራ ስልጠና ስለሚሰጠው ጊዜ ስለሚከተሉት ጉዳዮች ማረጋገጫ ማድረግ ይገባል፡-
- የግንባታ ስራ ስልጠና ስለሚሰጠው ጊዜ ስለሚከተሉት ጉዳዮች ማረጋገጫ ማድረግ ይገባል፡-

የግንባታ ስራ ስልጠና ስለሚሰጠው ጊዜ ስለሚከተሉት ጉዳዮች ማረጋገጫ ማድረግ ይገባል፡-

የግንባታ ስራ ስልጠና ስለሚሰጠው ጊዜ ስለሚከተሉት ጉዳዮች ማረጋገጫ ማድረግ ይገባል፡-

የግንባታ ስራ ስልጠና ስለሚሰጠው ጊዜ ስለሚከተሉት ጉዳዮች ማረጋገጫ ማድረግ ይገባል፡-

የግንባታ ስራ ስልጠና ስለሚሰጠው ጊዜ ስለሚከተሉት ጉዳዮች ማረጋገጫ ማድረግ ይገባል፡-

የግንባታ ስራ ስልጠና ስለሚሰጠው ጊዜ ስለሚከተሉት ጉዳዮች ማረጋገጫ ማድረግ ይገባል፡-

?

?

?

