



Raport końcowy z projektu MAP4E

Raport końcowy z projektu MAP4E

Spis treści

KONTEKST PROJEKTU	2
CELE PROJEKTU	10
METODOLOGIA	10
<i>Dobór szpitali</i>	11
<i>Metody opracowywania programu szkoleń</i>	11
<i>Metodologia oceny szkolenia</i>	12
<i>Metodologia walidacji danych z kwestionariuszy dotyczących wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów oraz kultury organizacyjnej</i>	13
<i>Metodologia analizy statystycznej kwestionariusza dotyczącego wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów</i>	13
<i>Metodologia analizy statystycznej kwestionariusza dotyczącego kultury bezpieczeństwa pacjentów</i>	14
<i>Metodologia badania innych czynników wpływu</i>	15
WYNIKI	15
<i>Metody szkoleniowe i wyniki</i>	15
<i>Liczba uczestników szkoleń</i>	17
<i>Ocena wyników szkoleń</i>	18
OMÓWIENIE	28
ZALECENIA DOTYCZĄCE NAUCZANIA O BEZPIECZEŃSTWIE PACJENTÓW W OPARCIU O WYNIKI PROJEKTU MAP4E	31
<i>Zalecenia dla osób odpowiedzialnych za tworzenie polityki</i>	31
<i>Zalecenia dla organizacji zajmujących się ochroną zdrowia</i>	32
<i>Zalecenia dla ośrodków szkoleniowych i akademii</i>	33
<i>Zalecenia dla pacjentów oraz ich rodzin i przyjaciół</i>	34

Kontekst projektu

Bezpieczeństwo pacjentów stało się pierwszoplanowym aspektem tworzenia polityki opieki zdrowotnej, gdyż co 10 hospitalizowany pacjent doznaje szkody w trakcie otrzymywania opieki szpitalnej. Pierwszą reakcją ośrodków służby zdrowia, mediów, decydentów i laików na tzw. zdarzenie niepożądane jest szukanie osoby odpowiedzialnej. Udowodniono jednak, że w 85-90% przypadków błąd był wynikiem słabych stron procesu, a nie działania poszczególnych osób. Około 15% wydatków szpitalnych generowanych jest przez dodatkowe badania i interwencje niezbędne w celu zneutralizowania skutków zdarzenia niepożądanego.¹ Wpływ zdarzeń niepożądanych na pacjentów, pracowników oraz organizacje jest ogromny i wymaga kompleksowych rozwiązań ukierunkowanych na poprawę wyników, jakości i

skuteczności opieki zdrowotnej w celu zapobieżenia występowaniu zdarzeń niepożądanych, uwidocznienia ich, a także ograniczenia ich skutków w przypadku ich wystąpienia.²

Edukacja ukierunkowana na bezpieczeństwo pacjentów stanowi pierwszy krok na drodze do zmiany podejścia pracowników służby zdrowia i poprawy kultury bezpieczeństwa pacjentów w organizacji. Edukacja i szkolenia powinny skupiać się na nabywaniu wiedzy i umiejętności, które wspierają zmianę zachowań, co przyczyni się do bezpieczniejszej opieki nad pacjentami podczas codziennej pracy.³

Edukacja dotycząca bezpieczeństwa pacjentów stanowi wymóg UE (Zalecenie w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, 2009/C 151/01), a jej grupa ekspercka ds. bezpieczeństwa (Grupa Robocza ds. Bezpieczeństwa Pacjenta i Jakości Opieki - PSQCWG) opracowała studium podsumowujące na temat działań edukacyjnych w państwach członkowskich. Wagę edukacji w zakresie bezpieczeństwa pacjentów podkreśla również Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), która przygotowała program studiów dyplomowych i podyplomowych w tej dziedzinie. Według opracowania Grupy Roboczej ds. Bezpieczeństwa Pacjenta i Jakości Opieki w państwach członkowskich prowadzi się zaledwie kilka kursów na ten temat, przy czym różnią się one treścią i metodologią. Nie ma dostępnych informacji na temat ich skuteczności.

Na podstawie uprzednich doświadczeń stwierdzono, że wysłuchanie standardowego wykładu na temat bezpieczeństwa pacjentów nie wywołuje faktycznych zmian w postępowaniu klinicznym pracowników służby zdrowia lub powoduje zmiany niewielkie, co oznacza, że większość programów edukacyjnych na ten temat nie ma rzeczywistego wpływu na praktyki dotyczące bezpieczeństwa pacjentów. Oprócz poszerzania i/lub pogłębiania wiedzy pracowników, ważne jest również, by kursy wywierały możliwie duży wpływ na kulturę organizacyjną. Aby osiągnąć cel, konieczne jest określenie najlepszych metod (formy i czasu trwania kursu, a także najlepszego składu słuchaczy) dostosowanych do treści kursu.

Dlatego też głównym celem projektu MAP4E (Methodology Assessment of Patient Safety Education for Effectiveness – Ocena metodologii edukacji dotyczącej bezpieczeństwa pacjentów w aspekcie jej skuteczności)⁽¹⁾ była poprawa bezpieczeństwa podczas świadczenia opieki poprzez opracowanie i rozpowszechnianie bardziej efektywnych kursów edukacyjnych dla pracowników służby zdrowia. Naszym bezpośrednim celem było opracowanie treści i metod edukacyjnych dotyczących przekazywania opieki w oparciu o opinie praktyków – pracowników służby zdrowia, które mogą wywrzeć pozytywny wpływ na ich codzienną pracę, co przyczyni się do większego bezpieczeństwa pacjentów, a także stworzenie zaleceń dotyczących dobrych praktyk. Wybrano temat przekazywania opieki, gdyż jest to kluczowy element bezpieczeństwa pacjentów ze względu na fakt, iż potencjalne załamanie się komunikacji podczas przejęcia opieki wiąże się z popełnianiem błędów, które mogą przyczynić się do wystąpienia zdarzeń niepożądanych.⁴ Wymiana informacji oraz przeniesienie odpowiedzialności podczas przekazywania opieki są kluczowe dla ciągłości jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta, a często okazują się decydujące dla ostatecznych rokowań dla pacjenta⁵, zwłaszcza w przypadku wypisu ze szpitala. Kultura, klimat w zespole

⁽¹⁾ MAP4E 16/1/KA202/23016 – Projekt wspierany przez Komisję Europejską.

oraz komunikacja werbalna to ważne czynniki ryzyka przyczyniające się do nieadekwatnego przekazania pacjenta.⁶

Informacje podstawowe

Definicja bezpieczeństwa pacjenta

Według międzynarodowej klasyfikacji na rzecz bezpieczeństwa pacjentów (ICPS) “Bezpieczeństwo pacjenta” to ograniczenie ryzyka niepotrzebnej szkody związanego z opieką zdrowotną do akceptowalnego minimum. Akceptowalne minimum określa się na podstawie wspólnych przekonań wynikających z aktualnego stanu wiedzy, dostępnych źródeł oraz kontekstu świadczenia opieki w stosunku do ryzyka braku leczenia lub wyboru innego leczenia.

Poprawa bezpieczeństwa pacjenta oznacza zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia niepożądanego oraz stosowanie strategii prewencyjnych i kontrolnych na różnych szczeblach, włączając w to zmiany systemowe, organizacyjne i jednostkowe.



Rys. 1 – Działania promujące bezpieczeństwo pacjentów na różnych szczeblach

Główne przyczyny niebezpiecznej opieki

Niebezpieczna opieka wiąże się z czynnikami ludzkimi i organizacyjnymi, w których mieszczą się kwestie indywidualne, organizacyjne i systemowe, mające wpływ na bezpieczeństwo pacjentów.

Po badaniu zatytułowanym „*To Err Is Human*” (Błądzić jest rzeczą ludzką)⁷ organizacje służby zdrowia zmieniły sposób postrzegania problemu, zamiast błędów jednostki dostrzegając wady systemu, gdyż zdały sobie sprawę, iż większość błędów nie wiąże się z pracą poszczególnych osób, ale jest wynikiem szeregu błędów systemowych, którym można zapobiec. Przeprojektowanie systemów w sposób zapobiegający błędom oraz niefortunnym

skutkom dla pacjentów może pomóc organizacjom służby zdrowia w usprawnieniu ich własnych systemów, co przyczyni się do poprawy warunków pracy i leczenia.

Różne badania wskazują, iż najczęstsze czynniki ryzyka występujące w przypadkach niewłaściwej opieki to: kultura szukania winnego, ograniczenia systemowe ze względu na brak rąk do pracy, problemy infrastrukturalne, protokoły, procesy, dokumentacja, urządzenia, oprogramowanie, niewystarczająca komunikacja, opór w stosunku do zmian, ograniczona wiedza, nieskuteczna praca zespołowa oraz brak przywództwa – wszystkie one stanowią poważne bariery w świadczeniu bezpiecznej opieki zdrowotnej.

Inicjatywy związane z edukacją i szkoleniami na temat bezpieczeństwa pacjentów

Bezpieczeństwo pacjentów zostało uwzględnione w pracach WHO dzięki Rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia (WHA) 55.18 „Jakość opieki: bezpieczeństwo pacjentów”, wzywającej WHO i państwa członkowskie do „zwrócenia możliwie jak największej uwagi na problem bezpieczeństwa pacjentów” oraz „ustanowienia i wdrożenia naukowych systemów niezbędnych do poprawy bezpieczeństwa pacjentów oraz jakości opieki, w tym systemów monitorowania leków, sprzętu medycznego i technologii”. W październiku 2004 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) utworzyła Światowy Sojusz na Rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów, obejmujący sześć głównych obszarów działania, w 2009 r. przemianowany na Program Bezpieczeństwa Pacjentów. Główny komunikat WHO w sprawie bezpieczeństwa pacjentów dotyczy podnoszenia świadomości oraz zapewniania rozwiązań technicznych dla państw członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia w postaci wydanych przez WHO Globalnych Wyzwań dla Bezpieczeństwa Pacjentów (*WHO Patient Safety Global Challenges*), co przyczynia się do mobilizacji państw w tej kwestii.

Oprócz wydania Globalnych Wyzwań dla Bezpieczeństwa Pacjentów, w 2009 r. WHO uruchomiła swój program edukacji w zakresie bezpieczeństwa pacjentów w celu wspierania edukacji i szkoleń dla pracowników służby zdrowia i studentów w odniesieniu do bezpieczeństwa pacjentów i poprawy jakości opieki. Opublikowany w 2011 r. przewodnik zatytułowany *Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide* (Bezpieczeństwo Pacjenta – Nauczanie na kierunkach medycznych. Podręcznik dla Wykładowców) zapewnia światowe wsparcie dla krajów oraz uczelni medycznych przy wprowadzaniu i wdrażaniu głównych elementów bezpiecznej pracy w programie studiów.

W ramach polityki zdrowotnej UE bezpieczeństwo pacjentów mieści się w kategorii „ochrony konsumentów”, przy czym po raz pierwszy wspomniano o nim w rozdziale poświęconym jakości w opracowanym przez Komisję Europejską Planie Pracy dot. Zdrowia Publicznego na 2004 r. Minęła dekada od chwili, kiedy Komisja uznała tę kwestię za palącą, znaczącą i priorytetową dla w dziedzinie zdrowia publicznego. Na bezpieczeństwie pacjentów skupiono się po raz pierwszy w Luksemburgu dzięki dwóm wydarzeniom międzynarodowym: konferencji w Luksemburgu na temat bezpieczeństwa pacjentów zorganizowanej w ramach programu prezydencji Rady Europejskiej oraz innej imprezie sponsorowanej przez Komisję Europejską, która odbyła się w kwietniu 2005 r. w Luksemburgu, skutkującej wydaniem deklaracji luksemburskiej w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, zatytułowanej „*Patient Safety - Making it Happen!*”. Deklaracja zawiera wykaz zaleceń skierowanych do instytucji UE, organów krajowych oraz służby zdrowia. Zaleca się w niej „włączenie

bezpieczeństwa pacjentów w standardowe szkolenia dla pracowników służby zdrowia w połączeniu ze zintegrowanymi metodami i procedurami wbudowanymi w kulturę ustawicznego kształcenia i doskonalenia zawodowego”, a także docenia możliwość odniesienia się do zagadnienia jakości edukacji oraz bezpieczeństwa na szczeblu europejskim.

W 2009 r. wydano Zalecenie Rady (z dnia 9 czerwca 2009 r.) w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Zalecenie to obejmuje instrukcje wzywające Unię Europejską, jej państwa członkowskie oraz lokalne instytucje służby zdrowia do zajęcia się kwestią bezpieczeństwa pacjentów. W odniesieniu do edukacji na temat bezpieczeństwa pacjentów w Zaleceniu przewidziano, że państwa członkowskie będą: „Promowały, na odpowiednim szczeblu, kształcenie i szkolenie pracowników opieki zdrowotnej w kwestiach bezpieczeństwa pacjentów poprzez:

- (a) sprzyjanie interdyscyplinarnemu kształceniu i szkoleniu w zakresie bezpieczeństwa pacjentów wszystkich pracowników medycznych, innych pracowników opieki zdrowotnej oraz odpowiedniej kadry zarządzającej i pracowników administracyjnych w placówkach opieki zdrowotnej;
- (b) uwzględnianie kwestii bezpieczeństwa pacjentów w kształceniu przed- i podyplomowym, podczas stażu oraz w ustawicznym rozwoju zawodowym pracowników medycznych;
- (c) rozważenie opracowania zestawu podstawowych kompetencji z zakresu bezpieczeństwa pacjentów, mianowicie podstawowych wiadomości, postaw i umiejętności potrzebnych do zwiększenia bezpieczeństwa opieki w celu jego rozpowszechnienia wśród wszystkich pracowników opieki zdrowotnej oraz odpowiednich członków kadry zarządzającej i pracowników administracyjnych;
- (d) dostarczanie wszystkim pracownikom opieki zdrowotnej i rozpowszechnianie wśród nich informacji o standardach bezpieczeństwa pacjentów, ryzyku, obowiązujących środkach bezpieczeństwa, po to by zapobiegać błędom i szkodom lub ograniczać ich częstotliwość, włączając w to wzorcowe rozwiązania, oraz propagować zaangażowanie pracowników;
- (e) współpracę z organizacjami zajmującymi się szkoleniem zawodowym w dziedzinie opieki zdrowotnej, tak by kwestii bezpieczeństwa pacjentów poświęcana była odpowiednia uwaga w programach szkolnictwa wyższego oraz w ustawicznym kształceniu i szkoleniu pracowników medycznych, co obejmuje rozwój umiejętności niezbędnych do kontrolowania i wywoływania zmian w zachowaniu, niezbędnych do poprawy bezpieczeństwa pacjentów poprzez zmiany systemowe.”

Inne inicjatywy europejskie dotyczące bezpieczeństwa pacjentów obejmują uwzględnienie tego zagadnienia w ramach programów prezydencji Rady, zarówno w UE, jak i w Radzie Europy. W ramach programu polskiej prezydencji w 2011 r. zorganizowano Konferencję ekspertów w sprawie edukacji w jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta, wypracowano Deklarację Krakowską w sprawie edukacji w jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta. Ta międzynarodowa deklaracja zalecała „uwzględnianie kwestii bezpieczeństwa pacjentów w kształceniu i szkoleniu wszystkich pracowników medycznych, innych pracowników opieki

zdrowotnej oraz odpowiedniej kadry zarządzającej i pracowników administracyjnych w placówkach opieki zdrowotnej”.

Edukacja i szkolenia na temat bezpieczeństwa pacjentów w Europie

W zaleceniach tych uwzględniono odnotowane tu inicjatywy ukierunkowane na edukację i szkolenia w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, ilustrowane przykładami i doświadczeniami z 27 krajów europejskich (26 państw członkowskich UE oraz Norwegia) oraz 9 europejskich stowarzyszeń zawodowych (NGO), na podstawie wcześniejszych doświadczeń z prac edukacyjnej grupy roboczej w ramach projektu European Union Network for Patient Safety (Europejskiej Sieci ds. Bezpieczeństwa Pacjentów, EUNetPaS4). Ponadto uwzględniono tu porady zawarte w opracowanym przez WHO podręczniku Bezpieczeństwo Pacjenta – Nauczanie na kierunkach medycznych. Podręcznik dla Wykładowców (Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide). W zaleceniach tych opisano doświadczenia pozyskane ze zgłaszanych działań edukacyjnych i szkoleniowych, a także wyszczególniono czynniki niezbędne do ich wdrożenia.

Sformułowano istotne wnioski, w myśl których edukacja i szkolenia z zakresu bezpieczeństwa pacjentów:

- „powinny być wprowadzane i wdrażane do programów nauczania pracowników służby zdrowia oraz kadry zarządzającej w każdym państwie członkowskim;
- powinny być obecne na wszystkich szczeblach nauczania i rozwoju pracowników służby zdrowia oraz kadry zarządzającej;
- powinny opierać się na uprzednich projektach europejskich oraz pracach WHO, które powinny być uwzględnione podczas opracowywania programu nauczania;
- powinny w sposób konstruktywny, wykonalny i skuteczny ujmować punkt widzenia pacjentów podczas opracowywania programu nauczania dotyczącego bezpieczeństwa pacjentów;
- powinny opierać się na programie nauczania możliwym do zaadaptowania na potrzeby każdego kraju – nie może to być program statyczny.”⁸

Ostatnio jednak zmieniono podejście do bezpieczeństwa pacjentów i włączono je w politykę UE dotyczącą przedwczesnych zgonów w wyniku chorób niezakaźnych poprzez poprawę zdrowia populacji oraz trwałość systemów opieki zdrowotnej.

Główne wnioski z piśmiennictwa na temat skutecznego nauczania o bezpieczeństwie pacjentów i przekazywaniu opieki

Edukacja na temat bezpieczeństwa pacjentów

W swoim przeglądzie systematycznym Kirkman et al.⁹ krytycznie ocenili najnowsze doniesienia naukowe na temat edukacji o bezpieczeństwie pacjentów dla lekarzy i studentów medycyny. Przeanalizowali 26 badań, z których 15 przeprowadzono na stażystach lub rezydentach, a pozostałe – na studentach. Większość kursów obejmowała metody dydaktyczne i doświadczalne, jak dyskusje w małych grupach lub warsztaty, wykłady, prezentacje multimedialne, nauka na podstawie określonych przypadków, wymogi dotyczące projektów lub prezentacji, jak i symulacje i odgrywanie ról (kolejność zgodna z

częstotliwością występowania). We wszystkich tych badaniach oceniano efektywność kursu, lecz dokładność oceny nie była jednolita. W aspekcie poziomu oceny wg modelu Kirkpatricka oznaczało to, że w większości badań sprawdzano uczestnictwo, podejście/odbiór (poziom 1 i 2/a), w mniejszej liczbie z nich oceniano wiedzę/umiejętności oraz zmianę zachowań (poziom 2b i 3), w niektórych mierzono zmianę organizacyjną (poziom 4a), a żadne z nich nie obejmowało oceny korzyści dla pacjenta (poziom 4b). Pomimo że kursy były w większości dobrze odbierane przez uczestników i skutkowały poprawą wiedzy na temat bezpieczeństwa i podejścia do niego, można było wyczuć barierę w przypadku trwałej integracji wiedzy pozyskanej podczas kursów. Zaangażowanie ze strony słuchaczy było niewielkie, brak było wiedzy eksperckiej, odnotowano rozbieżne priorytety edukacyjne, a kultura organizacyjna nie wydawała się wspierać promowanego podejścia.

Kirkman et al. podsumowali swoje wnioski dotyczące czynników mających wpływ na realizację kursów ukierunkowanych na bezpieczeństwo pacjentów w następujący sposób:

- Czynniki związane ze słuchaczami
 - Zwiększenie zaangażowania słuchaczy poprzez zapewnienie przydatności w praktyce klinicznej
 - Aktywizacja słuchaczy poprzez praktyczne zastosowanie nabytej wiedzy
 - Różne zobowiązania kliniczne/dotyczące realizacji usług
 - Uczenie się w ramach różnych grup zawodowych sprzyjało pracy w grupie oraz komunikacji
- Czynniki związane z wiedzą
 - Inwestycja w rozwój wiedzy jest kluczowa
 - Eksperci stanowiący wzór do naśladowania oraz waga wiarygodności klinicznej
 - Chroniony czas na nabywanie wiedzy
- Czynniki programowe
 - Promowanie bezpieczeństwa pacjentów jako dziedziny nauki
 - Różne wymogi programowe
 - Równowaga pomiędzy nauczaniem dydaktycznym i doświadczalnym
 - Równowaga pomiędzy wzmocnieniem wiedzy a powtarzaniem materiału
 - Wsparcie ze strony administracji centralnej jest kluczowe dla trwałości programu
 - Tworzenie możliwości do uczenia grup z różnych zawodów stanowi wyzwanie
- Czynniki związane z warunkami do nauki
 - Kultura instytucjonalna stanowi klucz do wdrożenia programu
 - Zapewnienie bezpiecznych warunków do nauki
 - Tworzenie lepszych powiązań pomiędzy programami szkoleniowymi a działalnością ukierunkowaną na usprawnienie pracy w szpitalu
 - Wsparcie finansowe dla finansowania programu

Edukacja dotycząca przekazywania opieki

Podobnie jak w przypadku bezpieczeństwa pacjentów, istnieje niewiele dostępnych informacji na temat wpływu edukacji o przekazywaniu pacjentów na ich rokowania, a nawet na samą praktykę dotyczącą przekazywania opieki. Badanie Stoyanova et al. skupiało się na

tym zagadnieniu, a autorzy stwierdzili trzy różne rodzaje szkoleń, przedstawiając sugestie, które mogą przyczynić się do większej skuteczności takiej edukacji. Zidentyfikowano trzy rodzaje szkoleń: szkolenie formalne, szkolenie w miejscu pracy oraz programy skupione na mikrosystemie klinicznym. W wyniku przeprowadzonych analiz autorzy stwierdzili, iż najprostszym sposobem zapewnienia edukacji o przekazywaniu opieki jest szkolenie formalne, lecz ten rodzaj edukacji nie przekłada się automatycznie na praktykę przy przekazywaniu pacjentów. Praktyka społeczna mogłaby zmienić kulturę organizacyjną, ale wykonalność takich działań jest bardzo ograniczona, natomiast nauka w miejscu pracy mieści się gdzieś pomiędzy tymi biegunami. Zaproponowano dalsze badania w celu określenia najskuteczniejszej formy i treści edukacji o przekazywaniu opieki.¹⁰

W innym badaniu na temat potrzeb szkoleniowych przeprowadzonym przez różne podmioty zainteresowane kwestią przekazywania opieki w Europie stwierdzono znaczącą wagę poniższych zagadnień:

- Czujność w odniesieniu do bardziej narażonych grup pacjentów
- Umiejętności komunikacyjne
- Wiedza na temat informacji, które trzeba przekazać
- Świadomość odpowiedzialności za stan pacjenta.

Określono następujące czynniki mające wpływ na skuteczność szkolenia dotyczącego przekazywania opieki:

- Promowanie uczestnictwa
- Zapewnianie transferu wiedzy nabytej podczas szkolenia do miejsca pracy
- Charakterystyka trenera
- Charakterystyka słuchacza
- Sposób przeprowadzenia szkolenia

W celu maksymalizacji skuteczności szkoleń powinny one być standaryzowane w aspekcie treści ogólnych, lecz personalizowane w zakresie tematów szczegółowych. Tematy te mogą być określane w drodze analizy potrzeb szkoleniowych prowadzonej przed rozpoczęciem szkolenia.¹¹

Na podstawie rezultatów powyższych badań i działań zaproponowano dalsze badania w celu określenia możliwych skutecznych metod szkoleniowych w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów, szczególnie w odniesieniu do pracowników służby zdrowia. Ponadto przeprowadzono niewiele badań na temat przekazywania opieki i pomimo zorganizowania finansowanego przez Komisję Europejską projektu badawczego HANDOVER (www.handover.eu), nadal brakuje dostępnych narzędzi lub wskazówek praktycznych dotyczących skutecznej edukacji i kursów szkoleniowych na temat przekazywania opieki. Z powyższych powodów nasz projekt MAP4E został opracowany w celu zapewnienia wkładu w europejskie doświadczenia z przekazywaniem opieki.

Cele projektu

Dlatego też głównym celem projektu jest poprawa bezpieczeństwa opieki poprzez opracowanie i rozpowszechnianie bardziej efektywnych kursów edukacyjnych dla pracowników służby zdrowia.

Bezpośrednim celem jest opracowanie:

- treści i metod edukacyjnych na podstawie opinii praktyków – pracowników służby zdrowia, które mogą wywrzeć pozytywny wpływ na ich codzienną pracę, co przyczyni się do większego bezpieczeństwa pacjentów;
- zaleceń dotyczących dobrych praktyk dla pracowników służby zdrowia w odniesieniu do edukacji o bezpieczeństwie pacjentów w oparciu o rezultaty projektu.

Rezultaty projektu

W wyniku przeprowadzenia projektu podjęliśmy się stworzenia następujących trzech głównych produktów projektu:

- IO1: Opracowanie materiałów edukacyjnych dla praktyków - pracowników służby zdrowia (dostępnych w języku angielskim, polskim i węgierskim)
- IO2: Opracowanie formularzy kwestionariuszy badania (1) wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów oraz (2) kultury organizacyjnej (dostępnych w języku angielskim, polskim i węgierskim)
- IO3: Zalecenia i wytyczne metodologiczne dotyczące organizacji i realizacji kursów edukacyjnych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów:
 - opracowanie metod edukacyjnych
 - oceny wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów oraz kultury organizacyjnej poprzez opracowane kwestionariusze oceny
 - testowanie metod opracowanych w ramach szkoleń
 - opracowanie zaleceń i wytycznych metodologicznych dla kursów edukacyjnych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów w oparciu o uzyskane wyniki.

Więcej informacji na temat partnerów oraz działań w ramach projektu przedstawiono w Załączniku nr 1.

Metodologia

Projekt MAP4E został opracowany jako wielokrotne studium przypadku, w ramach którego testowano i mierzono skuteczność szkoleń z bezpieczeństwa pacjentów – skupionych na przekazywaniu opieki – według trzech różnych metod w sześciu różnych szpitalach (trzy szpitale w Polsce i trzy szpitale na Węgrzech). Każdą z metod przetestowano w jednym szpitalu węgierskim i jednym polskim.

Dobór szpitali

Aby uzyskać porównywalność wyników i ułatwić interpretację, szpitale wybrano na podstawie określonych kryteriów włączenia. W obydwu krajach staraliśmy się wybrać szpitale średniej wielkości (300-700 łóżek). Była to wielkość, w której – w naszym odczuciu – efekty i wpływ szkoleń byłyby wykrywalny w względnie krótkim czasie.

Wszystkie szpitale były wielospecjalistyczne i obejmowały oddziały intensywnej opieki. Oprócz faktu, iż szpitale wielospecjalistyczne reprezentowały większość instytucji, cecha ta pozwoliła nam badać różnice i charakterystykę przekazywania opieki pomiędzy poszczególnymi specjalizacjami.

Średnia dojrzałość szpitali w odniesieniu do bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki stanowiły też ważny czynnik włączenia do badania. Naszym celem było wdrożenie programu edukacyjnego w instytucjach, gdzie bezpieczeństwo pacjentów, a zwłaszcza procedury przekazania były autentycznymi obszarami wymagającymi dalszego rozwoju.

Metody opracowywania programu szkoleń

W odniesieniu do opracowywania programu szkoleń naszym celem było wykorzystanie trzech różnych metod, związanych z różnymi oczekiwaniami lub wymogami wstępnymi, a mianowicie:

- **Metoda 1 (MI):** W przypadku metody MI planowaliśmy badanie formatu i efektów szkolenia na wielką skalę w postaci zajęć z wykładowcą, będących często spotykanym stylem prowadzenia zajęć edukacyjnych na ten temat. Przy pomocy tej metody chcemy wzbogacić obecną wiedzę poprzez zaangażowanie dużej liczby członków personelu mającego bezpośredni kontakt z pacjentami, którzy pomogą nam osiągnąć masę krytyczną wymaganą do przeprowadzenia zmian procesu, aby uruchomić szeroko zakrojony dialog na temat problemów poruszonych podczas szkoleń.
- **Metoda 2 (MII):** W przypadku metody MII opracowaliśmy szkolenie dla małych grup uczestników pracujących na tym samym oddziale. Metoda ta opiera się na transferze wiedzy dotyczącej przekazywania pacjentów, ocenie ćwiczeń i praktyk na danym oddziale, ocenie punktów szkolenia, a także możliwości przekazania odnośnych planów rozwoju dla danej jednostki.
- **Metoda 3 (MIII):** Kluczową postacią w ramach tej metody jest trener wewnętrzny posiadający wiedzę metodologiczną i zawodową na temat szpitala, który zapewnił możliwość utrzymania dodatkowego doświadczenia szkoleniowego związanego z przekazywaniem opieki z udziałem kilku lub wszystkich oddziałów. Podstawowa koncepcja tej metody opiera się na zasadach programów typu Szkolenie dla Trenerów.

Program opracowano w ramach 30 godzin szkolenia dla każdej z metod. Opracowanie programów dla każdej z metod oparto na materiałach dostępnych w piśmiennictwie, jak i na poprzednich doświadczeniach edukacyjnych zgodnych z głównymi celami określonymi dla danej metody.

Po opracowaniu i zebraniu materiałów szkoleniowych zorganizowaliśmy szkolenie pilotażowe z udziałem pracowników mających kontakt z pacjentami w węgierskim oddziale intensywnej opieki pediatrycznej. Zgodnie z doświadczeniami wyniesionymi z szkolenia

pilotażowego, zmodyfikowaliśmy pracę grupową, harmonogram, a także opis niektórych ćwiczeń w oparciu o informacje zwrotne od uczestników i instruktorów.

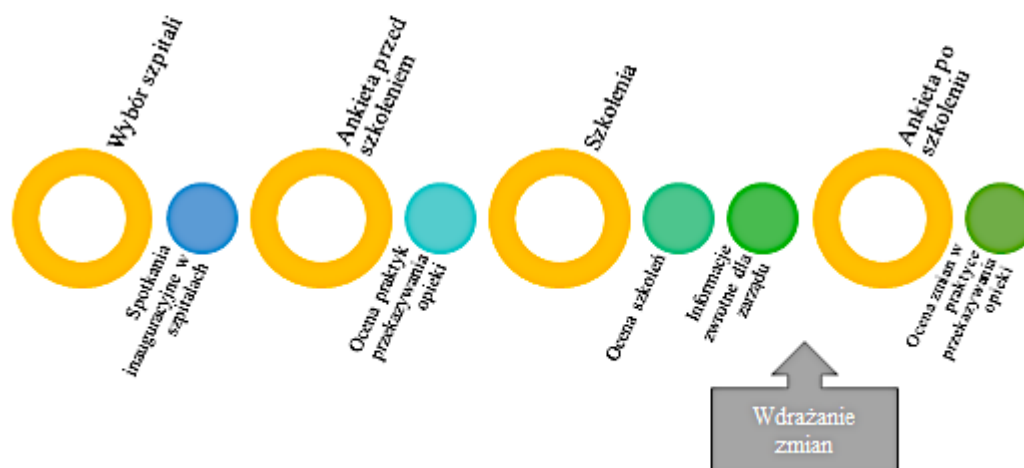
Metodologia oceny szkolenia

W celu porównania zastosowanych metod nauczania zastosowano kilka różnych metod zgodnych z modelem Kirkpatricka:

Poziom oceny Poziom wg Modelu Kirkpatricka)	Sposób pomiaru	Narzędzie/metoda gromadzenia danych	Uczestnicy	Termin
Ocena szkoleń (1)	Poglądy i opinie uczestniczących pracowników służby zdrowia na temat treści szkoleń, trenera i stosowanych metod	Kwestionariusz zadowolenia uczestników (rozwój osobisty)	Uczestnicy szkolenia	Bezpośrednio po zakończeniu szkolenia
Wiedza (2a)	Bieżąca wiedza na temat głównego nauczanego zagadnienia (przekazywanie opieki) oraz postępy w wiedzy	Ankieta złożona z siedmiu pytań w celu określenia poprzedniej wiedzy na temat przekazywania opieki (rozwój osobisty)	Każdy pracownik służby zdrowia z uczestniczących szpitali (dobrowolnie)	Przed pierwszym kursem oraz 6 miesięcy po zakończeniu szkolenia
Podejście i zmiana zachowania (2b, 3)	Pomiar kultury organizacyjnej/klimatu oraz jej rozwój podczas szkolenia	Ankieta szpitalna AHRQ dotycząca kultury bezpieczeństwa pacjenta zmodyfikowana dla celów projektu	Każdy pracownik służby zdrowia z uczestniczących szpitali (dobrowolnie)	Przed pierwszym kursem oraz 6 miesięcy po zakończeniu szkolenia
Zmiany organizacyjne (4a)	Śledzenie zmian w praktyce przekazywania opieki w wyniku szkolenia	Częściowo ustrukturyzowane wywiady	5 lub 6 pracowników służby zdrowia z każdego uczestniczącego oddziału	Przed pierwszym kursem oraz 6 miesięcy po zakończeniu szkolenia
Ocena korzyści dla pacjenta	Nie mierzono	Nie mierzono	Nie mierzono	Nie mierzono

Tabela nr 1 – Metodologia oceny szkolenia

Chronologia działań w szpitalach w ramach projektu MAP4E



Rys. 2 – Chronologia działań w szpitalach w ramach projektu MAP4E

Metodologia walidacji danych z kwestionariuszy dotyczących wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów oraz kultury organizacyjnej

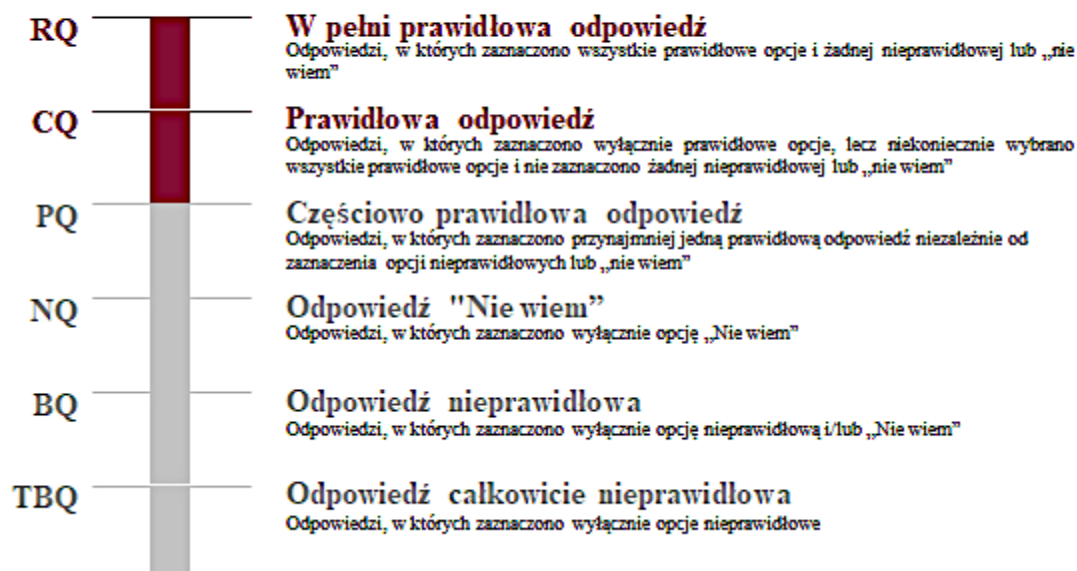
Pracownicy szpitali dwukrotnie (przed i po szkoleniu) wypełniali anonimowo papierowe kwestionariusze dotyczące wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów oraz kultury organizacyjnej, znane jako kwestionariusz początkowy i końcowy.

Po ręcznym wprowadzeniu odpowiedzi do bazy danych przetestowaliśmy losową próbkę danych (10% kwestionariuszy z każdego szpitala) zgodnie z naszym protokołem walidacyjnym, co dało nam możliwość poprawy ewentualnych błędów.

Metodologia analizy statystycznej kwestionariusza dotyczącego wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów

Odpowiedzi kategoryzowano według stopnia ich poprawności, przy czym analizowano kierunek i zakres zmian w każdej kategorii. Określiliśmy wskaźnik prawidłowości odpowiedzi w różnych kategoriach (Rys. 3) dla obydwu krajów i wszystkich szpitali, zarówno w badaniu początkowym, jak i końcowym, a także przeprowadziliśmy analizy krzyżowe w celu zbadania różnic. Znaczenie tych różnic określono przy pomocy testu chi-kwadrat lub – w przypadku zbyt małej liczby odpowiedzi – zastosowaliśmy test dokładny Fishera. Tabele krzyżowe, częstotliwości oraz analizy statystyczne wykonano przy pomocy oprogramowania SPSS 25.

Definicje i skróty



Rys. 3 – Definicje i skróty stosowane w rozdziale przedstawiającym analizę kwestionariuszy dotyczących wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów

Metodologia analizy statystycznej kwestionariusza dotyczącego kultury bezpieczeństwa pacjentów

Analizę kwestionariusza przeprowadzono zgodnie z zaleceniami AHRQ.¹²

Częstotliwość odpowiedzi na poszczególne pytania oceniano następująco: obliczono najniższe kategorie odpowiedzi (odpowiedź przecząca: Absolutnie się nie zgadzam/Nie zgadzam się oraz Nigdy/Rzadko) oraz dwie najwyższe kategorie odpowiedzi (odpowiedź twierdząca: Absolutnie się zgadzam/ Zgadzam się oraz W większości przypadków/Zawsze). Punkty środkowe skali odnotowano jako odrębną kategorię (odpowiedź neutralna: Żadne z powyższych lub Czasami). Brakujące dane wyłączono.

Procent odpowiedzi twierdzących i odpowiedzi przeczących w łącznej liczbie odpowiedzi dla każdego aspektu uśredniono w celu obliczenia wyniku dla danego aspektu. Sformułowania przeczące odwrócono, aby obliczyć całość wyniku. Odpowiedzi „Nie zgadzam się” lub „Nigdy” na przeczenia wskazywały na odpowiedź twierdzącą dla stwierdzenia oznajmującego.

Aspekty, dla których wynik odpowiedzi twierdzących przekroczył 75%, oznaczały mocne strony w odniesieniu do bezpieczeństwa pacjentów, natomiast aspekty, dla których wynik odpowiedzi przeczących przekroczył 50%, oznaczały słabe strony.

Analizę przeprowadzono z wykorzystaniem oprogramowania Statistical Product and Service Solutions (SPSS) 21.0., przy czym położono nacisk na porównanie wyników ankiet przed i po przeprowadzeniu szkolenia, określając poprawę dotyczącą udziału odpowiedzi twierdzących i przeczących przed i po szkoleniu, a także na ocenę mocnych i słabych stron przed i po szkoleniu.¹²

Metodologia badania innych czynników wpływu

Czynniki mogące mieć wpływ na skuteczność szkoleń określono w wyniku wywiadów z koordynatorami szpitali, kadrami zarządzającą najwyższego szczebla, pracownikami oddziałów uczestniczących w szkoleniach, a także na podstawie badań środowiskowych przeprowadzonych podczas szkoleń, jak i podczas innych powiązanych wizyt w szpitalach. Te same pomiary jakościowe wykorzystano do zbadania relacji pomiędzy strategiami zarządzania zmianą, a edukacją i szkoleniami.

Wyniki

Metody szkoleniowe i wyniki

Porównanie trzech różnych metod badanych przedstawiono w tabeli niżej:

	MI	MII	MIII
Cel	Przekazanie podstawowych informacji na temat przekazywania opieki większym grupom pracowników szpitala oraz zaprezentowanie im technik przekazywania opieki, które mogą wykorzystać w codziennej pracy.	Przegląd praktyk związanych z przekazywaniem opieki w danym oddziale oraz poprowadzenie pracowników służby zdrowia po kolejnych etapach procesu, aby mogli przeanalizować i poprawić własne działania.	Przeszkolenie wewnętrznego trenera szpitalnego zdolnego do wdrożenia programu szkoleniowego z zakresu przekazywania opieki, a także przeglądu, analizy i poprawy procesów przekazywania opieki w szpitalu dzięki posiadanej wiedzy zarówno na temat przekazywania, jak i wysokiej jakości metod rozwoju.
Przedmiot szkolenia	Podstawowa wiedza na temat przekazywania opieki na rzecz większych grup pracowników szpitala.	Praktyka oraz szkolenie sytuacyjne dla grupy pracowników oddziału. Podczas szkolenia zostanie opracowany dokładny plan projektu dla wybranego oddziału.	Zapewnienie wiedzy i umiejętności dla szpitala w postaci szkoleń prowadzonych przez przeszkolonego w ramach projektu MAP4E trenera wewnętrznego.
Metody w rozbiciu na elementy szkolenia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spotkanie inauguracyjne z kadrami zarządzającą szpitala 2. Spotkanie inauguracyjne szkolenie dla pracowników służby zdrowia (Ordynatorzy, Przełożone pielęgniarek) 3. Wywiady dotyczące praktyk przekazywania opieki z przedstawicielami wybranych oddziałów przed rozpoczęciem szkolenia 4. Szkolenia grupowe 5. Wywiady dotyczące praktyk przekazywania opieki z przedstawicielami wybranych oddziałów 6 miesięcy po szkoleniu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spotkanie inauguracyjne z kadrami zarządzającą szpitala 2. Spotkanie inauguracyjne szkolenie dla pracowników służby zdrowia (Ordynatorzy, Przełożone pielęgniarek) 3. Szkolenia grupowe (w tym wywiady dotyczące praktyk przekazywania opieki) 4. Wywiady dotyczące praktyk przekazywania opieki z przedstawicielami wybranych oddziałów 6 miesięcy po szkoleniu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spotkanie inauguracyjne z kadrami zarządzającą szpitala 2. Wybrany trener ze szpitala weźmie udział w spotkaniu inauguracyjnym oraz szkoleniu grupowym w szpitalu prowadzącym szkolenia metodą MII 3. Konsultacja z trenerami zewnętrznymi 4. Spotkanie inauguracyjne szkolenie prowadzone przez trenera ze szpitala (Ordynatorzy, Przełożone pielęgniarek) 3. Szkolenie grupowe prowadzone przez trenera ze szpitala 4. Wywiady dotyczące praktyk przekazywania opieki z przedstawicielami wybranego oddziału 6 miesięcy po szkoleniu
Szkolenia i ich czas trwania	Spotkanie inauguracyjne + 4 godziny szkolenia na grupę	3 + 5 godzin szkolenia na grupę	Trener uczestniczy w szkoleniu obejmującym 3 + 5 godzin jako obserwator oraz 7 godzin konsultacji

	Szkolenie powtarzane 6 razy w okresie obowiązywania projektu	Szkolenie powtarzane 3 razy w okresie obowiązywania projektu	W okresie obowiązywania projektu trener odbywa szkolenie obejmujące 3 + 5 godzin w jednym wybranym oddziale we własnym szpitalu
Treść spotkań inauguracyjnych oraz szkoleń	<ul style="list-style-type: none"> - krótka prezentacja projektu - krótkie podsumowanie podstawowych informacji na temat bezpieczeństwa pacjentów - znaczenie i podstawowe informacje dotyczące przekazywania opieki - ogólne aspekty skutecznego wdrożenia na szczeblu szpitala - opis lokalnego programu szkoleniowego 	<ul style="list-style-type: none"> - krótka prezentacja projektu - krótkie podsumowanie podstawowych informacji na temat bezpieczeństwa pacjentów - znaczenie i podstawowe informacje dotyczące przekazywania opieki - ogólne aspekty skutecznego wdrożenia na szczeblu szpitala - opis lokalnego programu szkoleniowego 	<ul style="list-style-type: none"> - krótka prezentacja projektu - krótkie podsumowanie podstawowych informacji na temat bezpieczeństwa pacjentów - znaczenie i podstawowe informacje dotyczące przekazywania opieki - ogólne aspekty skutecznego wdrożenia na szczeblu szpitala - opis lokalnego programu szkoleniowego - zadania trenera, oczekiwania w stosunku do trenera
Uczestnicy szkolenia	Tyłu pracowników szpitala, ilu może uczestniczyć w szkoleniu	Szkolenia są przeznaczone dla małych grup 8-15 osób z różnych zawodów/specjalizacji w ramach wybranego oddziału (w dwóch uczestniczących szpitalach wybrano po trzy oddziały)	Szkoli się jednego trenera ze szpitala, a następnie prowadzi on takie samo szkolenie w ramach metody MII we własnym szpitalu w tych samych warunkach.
Metody realizacji szkolenia	Wykłady, ćwiczenia wg modelu SBAR.	Wykłady, ćwiczenia wg modelu SBAR, ćwiczenia ukierunkowane na praktykę.	Dzięki uczestnictwu w szkoleniach metodą MII trener zaznajamia się z tymi metodami, przy czym trener otrzymuje również konsultacje dotyczące informacji na temat kursów edukacyjnych/szkoleniowych.
Treść szkoleń grupowych	<ul style="list-style-type: none"> - Podstawowe informacje na temat bezpieczeństwa pacjentów - Znaczenie przekazywania opieki - Podstawowe informacje dotyczące przekazywania opieki - Rodzaje przekazywania opieki i związane z nimi narzędzia - Kluczowe aspekty dobrych praktyk przekazywania opieki - Warunki skutecznego wdrożenia - Analizy przypadków, odgrywanie ról 	<ul style="list-style-type: none"> - Podstawowe informacje na temat bezpieczeństwa pacjentów - Wymogi adekwatnej praktyki przekazywania opieki - Techniki przekazywania opieki - Ocena kierowana praktyki przekazywania opieki - Identyfikacja obszarów wymagających poprawy i dalszego rozwoju - Warunki skutecznego wdrożenia, aspekty zarządzania zmianą - Opracowanie planu projektu dla wdrożenia zmian, harmonogram wdrożenia i utrzymania zmian 	<ul style="list-style-type: none"> - Tak samo jak w metodzie MII - Dodatkowe aspekty dotyczące kursów edukacyjnych/szkoleniowych
Prowadzący	Trener zewnętrzny/Eksperti z zakresu bezpieczeństwa pacjentów	Trener zewnętrzny/Eksperti z zakresu bezpieczeństwa pacjentów	Trener wewnętrzny (kolega z wybranego szpitala)
Oceny	Ankieta dotycząca wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów (przekazywania opieki) oraz kultury bezpieczeństwa pacjentów przed szkoleniem oraz 6 miesięcy po szkoleniu	Ankieta dotycząca wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów (przekazywania opieki) oraz kultury bezpieczeństwa pacjentów przed szkoleniem oraz 6 miesięcy po szkoleniu	Ankieta dotycząca wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów (przekazywania opieki) oraz kultury bezpieczeństwa pacjentów przed szkoleniem oraz 6 miesięcy po szkoleniu; prowadzona przez trenerów
	Ocena szkoleń	Ocena szkoleń	Ocena szkoleń

	Ocena praktyki przekazywania opieki (niezależnie od szkolenia) oraz ocena końcowa 6 miesięcy po szkoleniu.	Ocena praktyki przekazywania opieki (pytania ustrukturyzowane na temat praktyki przekazywania opieki włączone w samo szkolenie) oraz ocena końcowa 6 miesięcy po szkoleniu.	Ocena praktyki przekazywania opieki (pytania ustrukturyzowane na temat praktyki przekazywania opieki włączone w samo szkolenie) oraz ocena końcowa 6 miesięcy po szkoleniu, prowadzone przez przeszkolonego trenera w danym szpitalu.
Oczekiwania	Jeżeli wiele osób słyszy te same informacje i charakterystykę dotyczącą przekazywania opieki, łatwiej jest wprowadzić nowy system lub usprawniać obowiązujące praktyki. Jeżeli tylko jeden lub dwóch kolegów z oddziału ma zamiar zacząć coś nowego w tym obszarze, może to okazać się niewystarczające dla wprowadzenia zmian praktyk przekazywania pacjentów oraz klimatu w organizacji.	Jeżeli zapewnimy szkolenia praktyczne dla kolegów, a także przeprowadzimy ich przez dane działanie, nauczymy, jak oceniać i analizować własne działania, aby mogli proponować zmiany i wiedzieli, jak wdrażać te propozycje, wtedy będą mogli powtórzyć ten proces w innych dziedzinach w odniesieniu do przekazywania opieki lub bezpieczeństwa pacjentów. Jeżeli szkolenie oprócz wiedzy na temat przekazania zawiera również informacje na temat wdrażania zmian, inicjatywy tych kolegów mogą być lepiej prezentowane, a więc zwiększy się poziom ich przyjmowanie w codziennej praktyce.	Jeżeli skupimy nasze wysiłki na tylko jednej osobie, a także zapewnimy tej osobie wiedzę dotyczącą przekazywania opieki, projektu i zarządzania zmianą, jak i umożliwimy jej przekazanie tych informacji innym osobom, wtedy taka jedna dobrze przygotowana osoba może wywrzeć większy wpływ na praktyki w całym szpitalu. Dzieje się tak z powodu tego, iż osoba ta pozostaje w szpitalu (wraz z wiedzą i umiejętnościami nabytymi podczas szkolenia), tak więc wiedza będzie dostępna jeszcze przez długi czas po zakończeniu szkolenia.
Uwagi	Bloki szkoleń w małych grupach odbywają się według tego samego programu obejmującego te same treści, tak więc to samo szkolenie odbędzie się sześciokrotnie. Każde z sześciu szkoleń jest przeznaczone dla kolegów z dowolnego oddziału, tak więc nie ma tu potrzeby organizacji szkoleń dla kolegów z tego samego oddziału.	Bloki szkoleń w małych grupach są przeznaczone dla kolegów z danego oddziału, tak więc w bloku szkoleń w małej grupie znajdą się koledzy z tego samego oddziału, a ocena praktyk przekazywania opieki skupia się na praktyce przekazywania opieki w danym oddziale. Dzięki tej ocenie praktyk można określić, w jakim stopniu dany oddział spełnia wymogi dotyczące przekazywania opieki, a które obszary wymagają dalszej poprawy.	Tak samo jak w przypadku metody MII, jednak w ramach tej metody trener oddelegowany przez szpital jest szkolony do realizacji całego szkolenia według metody prezentowanej w MII. Oznacza to, że trener ze szpitala jest osobą realizującą szkolenie dla wybranego oddziału. Podczas szkolenia trener ze szpitala otrzymuje cały program i całą treść szkolenia, materiały, a także bierze udział w programie szkoleń szpitala odbywającego szkolenia według Metody 2.

Tabela 2 – Porównanie trzech różnych metod badanych w ramach projektu MAP4E

Prezentacje dotyczące każdej z metod są dostępne na Platformie Wyników Projektów Erasmus+, jak i na stronie projektu.

Liczba uczestników szkoleń

	MI 6 podobnych spotkań szkoleniowych	MII 2 podobne spotkania szkoleniowe dla 3-3 oddziałów w 2 szpitalach	MIII 2 podobne spotkania szkoleniowe dla wybranych oddziałów
HU	145 uczestników	8 uczestników z każdego oddziału	13 uczestników z wybranych oddziałów
PL	85 uczestników	8-15 uczestników z każdego oddziału	13 uczestników z wybranych oddziałów

Tabela 3 – Liczba uczestników szkoleń wg metody

Ocena wyników szkoleń

Poniższe wyniki przedstawiono zgodnie z poziomami oceny szkoleń metodą Kirkpatricka.

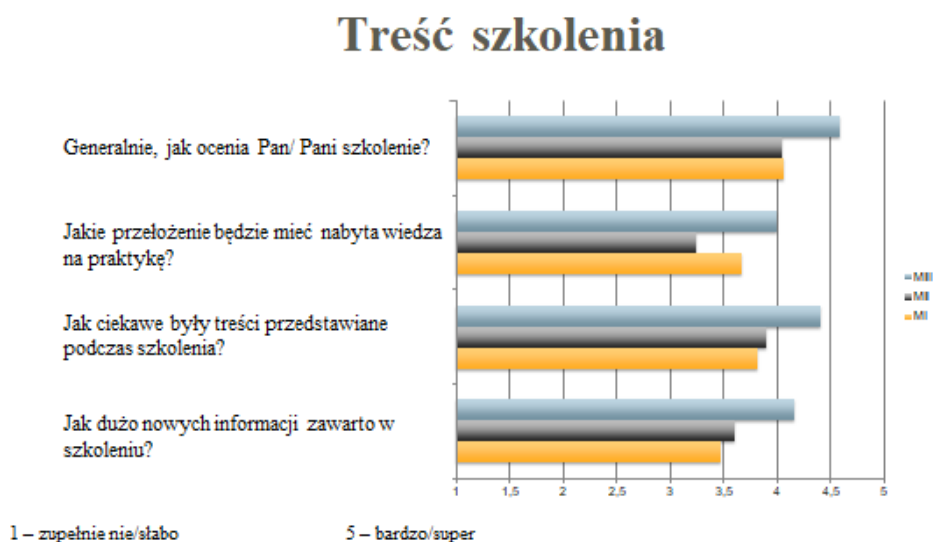
Wyniki oceny szkoleń (Reakcje)

Poniższe wyniki pochodzą wyłącznie z ocen na Węgrzech, gdyż tego rodzaju ocena nie stanowiła pierwotnie części badania. Zgodnie z innymi szkoleniami partnerów węgierskich jest to ocena ogólna na podstawie ocen poszczególnych kursów szkoleniowych.

Objętość materiału szkoleniowego oceniono jako adekwatną dla każdej z metod szkoleniowych, gdyż nawet najniższy wynik dla tego stwierdzenia osiągnął ponad 70%. W przypadku metody MI 17% respondentów uznało, iż materiału było zbyt dużo, a mniejsza ilość byłaby zupełnie wystarczająca. Procent podobnych odpowiedzi dla metody MII mieścił się na poziomie 5%. Kolejne 8% dla metody MII i 15% dla metody MIII uważało, że materiału było zbyt dużo, lecz ze względu na wagę zagadnienia szkolenie powinno obejmować większą liczbę godzin.

Odnosnie do treści szkoleń respondenci byli zadowoleni w ramach wszystkich metod szkoleniowych. Najlepsze wyniki odnotowano dla metody MIII, w której zajęcia były prowadzone przez trenera wewnętrznego. Wyniki dla metod MI i MII utrzymywały się na podobnym poziomie, pomimo faktu że materiał szkoleniowy był zupełnie różny pod względem dogłębnej analizy zagadnienia. (Rys. 4)

Trenerzy otrzymali wysokie noty dla wszystkich metod szkoleniowych (ponad 4 w skali 1-5), przy czym najlepsze odpowiedzi uzyskano w ramach metody MIII.

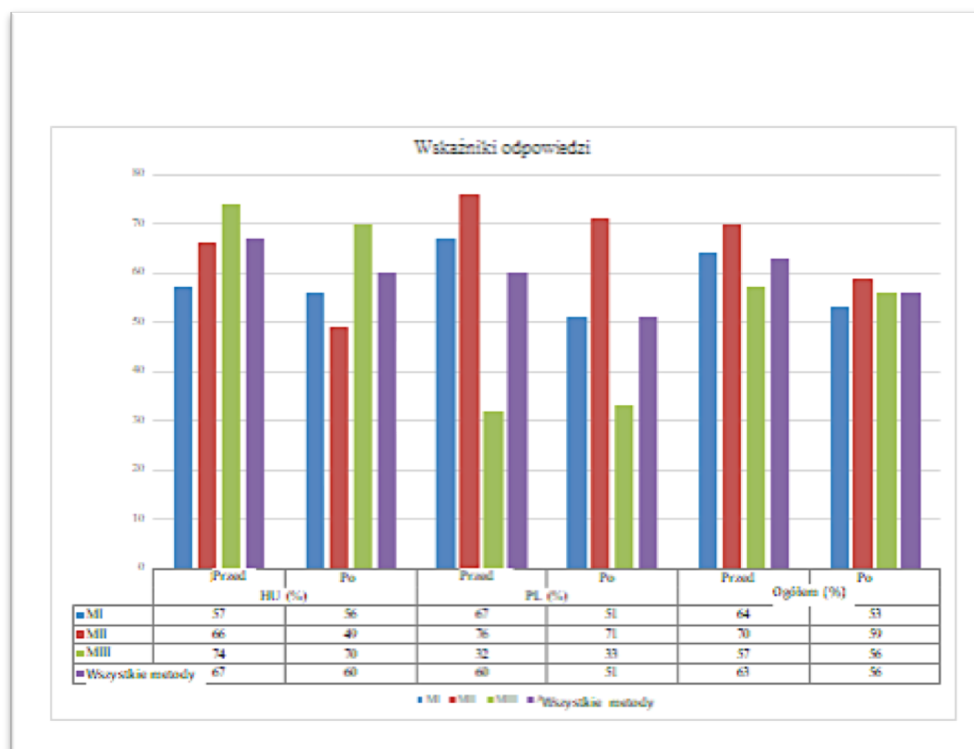


Rys. 4 – Ocena treści szkoleń

Wyniki kwestionariusza dotyczącego wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów i kultury organizacyjnej

Statystyki opisowe dotyczące ankiety przeprowadzonej przed i po przeprowadzeniu szkoleń przedstawiono na rysunku 5 i w Tabeli nr 4.

Wskaźniki odpowiedzi na kwestionariusz (przed/po szkoleniu) według kraju i metody



Rys. 5 – Wskaźniki odpowiedzi na kwestionariusz dotyczący wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów i kultury organizacyjnej (przed/po szkoleniu) według kraju i metody

Średnie wskaźniki odpowiedzi dotyczące metodologii wynosiły 63% w badaniu przed szkoleniem oraz 56% po szkoleniu. Generalnie, wskaźniki odpowiedzi po szkoleniu były niższe (średnio -7%), z wyjątkiem metody MIII w PL, gdzie wskaźnik odpowiedzi wzrósł o 1%.

Charakterystyka respondentów

Łączna liczba pracowników służby zdrowia wypełniających ankietę przed i po przeprowadzeniu szkoleń wyniosła 3488 osób.

Charakterystykę respondentów przedstawioną w Tabeli nr 4 oparto na odpowiedziach respondentów na pytania w ankiecie dotyczące ich podstawowych cech.

		Przed		Po:		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Staż w szpitalu	0 - 6 lat	633	56,3%	492	43,7%	1125	100,0%
	7 - 15 lat	393	53,1%	347	46,9%	740	100,0%
	> 16 lat	769	51,5%	725	48,5%	1494	100,0%
Staż w jednostce	0 - 6 lat	776	56,2%	606	43,8%	1382	100,0%
	7 - 15 lat	457	55,2%	371	44,8%	828	100,0%
	> 16 lat	558	48,5%	593	51,5%	1151	100,0%
Godziny pracy (tygodniowo)	<40	689	56,4%	533	43,6%	1222	100,0%
	40 - 79	1074	51,5%	1010	48,5%	2084	100,0%
	>80	34	59,6%	23	40,4%	57	100,0%
Stanowisko	Lekarz medycyny	217	57,9%	158	42,1%	375	100,0%
	Pielęgniarki/ położne	1207	52,0%	1115	48,0%	2322	100,0%
	Inne	336	54,9%	276	45,1%	612	100,0%
Kontakt z pacjentami	TAK	1669	54,2%	1413	45,8%	3082	100,0%
	NIE	121	51,7%	113	48,3%	234	100,0%
Staż pracy w służbie zdrowia	0 - 6 lat	563	57,3%	419	42,7%	982	100,0%
	7 - 15 lat	395	55,6%	315	44,4%	710	100,0%
	> 16 lat	845	50,1%	842	49,9%	1687	100,0%

Tabela 4 – Charakterystyka respondentów kwestionariusza dotyczącego wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów i kultury organizacyjnej

Wyniki kwestionariusza dotyczącego wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów (wiedza)

Wyniki kwestionariusza dotyczącego wiedzy przeanalizowano i oceniono według kategorii przedstawionych w rozdziale o metodach.

Na podstawie wyników kwestionariusza dotyczącego wiedzy ustalono, że wiedza na temat przekazywania opieki jest obszarem wymagającym dalszego rozwoju, gdyż udział prawidłowych odpowiedzi w odpowiedziach ogółem kształtował się na podobnie niskim poziomie. Pytania dotyczące technik przekazywania opieki oraz prezentowane narzędzia okazały się najtrudniejsze.

Zmiany wyników w kwestionariuszach przed i po szkoleniu

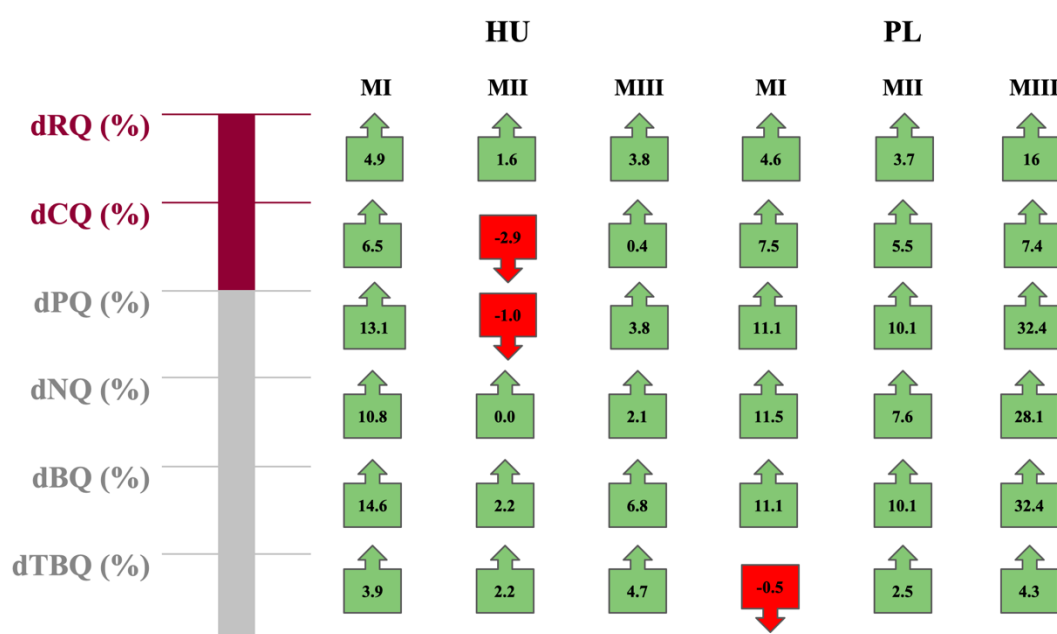
Prawie we wszystkich przypadkach wyniki poprawiły się w każdej kategorii (RQ, CQ, PQ, NQ, BQ oraz TBQ), tak więc można przyjąć, iż stan wiedzy uległ poprawie we wszystkich szpitalach oraz w przypadku wszystkich zastosowanych metod. (Rys. 6) Pomimo że poziom wiedzy nie osiągnął idealnych wartości, widać przesunięcie z zupełnie nieprawidłowych

odpowiedzi w kierunku w pełni prawidłowych odpowiedzi, co wskazuje na umiarkowaną poprawę.

Co ciekawe, te same metody w Polsce nie przyniosły takich samych rezultatów, a więc można przyjąć, iż na ostateczne wyniki miały wpływ czynniki inne niż samo szkolenie. Ewidentne stało się również, że każda z metod szkoleniowych ma zdolność poprawy wiedzy w szpitalach.

Wyższy współczynnik poprawy osiągnięto w Polsce, nawet jeżeli średnia dla polskich ośrodków nie ujmuje wyników z trzeciego szpitala. Uwzględniając fakt, iż wartości z początku badania na Węgrzech były ogólnie nieco wyższe, współczynnik ten przyczynił się do zbliżenia wyników końcowych (po przeprowadzeniu szkolenia) w dwóch badanych krajach.

Średnia różnica między wartościami początkowymi i końcowymi we wszystkich kategoriach dla każdego ze szpitali



Rys. 6 – Średnia różnica między wartościami początkowymi i końcowymi we wszystkich kategoriach badania wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów dla każdego szpitala

Zielone pola z strzałką skierowaną w górę przedstawiają rosnące wyniki, natomiast liczby w polach wskazują na średnią różnicę pomiędzy wynikami na początku i na końcu badania dla danej kategorii oraz dla danej metody w danym kraju. Pola w kolorze czerwonym ze strzałkami skierowanymi w dół obrazują spadek wartości w taki sam sposób.

Wyniki kwestionariusza dotyczącego kultury organizacyjnej bezpieczeństwa pacjentów (Podejście i zmiany zachowania)

Procent odpowiedzi twierdzących i przeczących (TAK i NIE) dla każdego aspektu kultury na koniec badania przedstawiono na Rys. 7, według różnych metod dla obydwu krajów. Liczby w kolorze zielonym w kolumnach procentowych odpowiedzi twierdzących wskazują, że dany aspekt kultury jest ważny w danym przypadku. Na podobnej zasadzie liczby w kolorze

czerwonym w kolumnach procentowych odpowiedzi przeczących wskazują, że dany wymiar kultury jest niewielki. Pracę zespołową w ramach jednostek należy generalnie uznać za mocną stronę. Wartości nieprzekraczające 75%, lecz zbliżone do tej granicy zostały zakreślone kółkiem na Rys. 7, np. kolumna odpowiedzi TAK w odniesieniu do oczekiwań przełożonych/kierowników oraz działań promujących bezpieczeństwo pacjentów, uczenia się w organizacji – ciągła poprawa oraz wsparcia kadry zarządzającej dla bezpieczeństwa pacjentów, a także innych ściśle powiązanych ważnych aspektów. W odniesieniu do najsłabszych aspektów możemy mówić o zatrudnieniu, jednak pojawia się to wyłącznie w szpitalach węgierskich.

Odnotowano poprawę (tj. procentowy wzrost liczby odpowiedzi twierdzących wraz ze spadkiem procentowym odpowiedzi przeczących) w każdym aspekcie bezpieczeństwa pacjentów w okresie od rozpoczęcia do zakończenia szkoleń (Rys. 8), przy czym w większości wypadków owe pozytywne zmiany zachodziły w odniesieniu do ponad trzech aspektów. Najwięcej zmian negatywnych stwierdzono w jednym przypadku (MII na Węgrzech), gdzie szpital przechodził zmianę kadry zarządzającej najwyższego szczebla w okresie badania. Wszystkie te zmiany przedstawiono na Rys. 8, gdzie zielone pola wskazują na poprawę, a czerwone – na spadek wartości dotyczących różnych aspektów badanego zagadnienia.

PO SZKOLENIU (%)	HU						PL					
	MI		MII		MIII		MI		MII		MIII	
	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
OGÓLNE POSTRZEGANIE BEZPIECZEŃSTWA PACJENTÓW	69,73	13,74	60,7	22,88	62,32	22,79	57,12	15,5	67,63	16,46	32,36	3,1
OCZEKIWANIA PRZEŁOŻONEGO/ KIEROWNIKA I DZIAŁANIA PROMUJĄCE BEZPIECZEŃSTWO PACJENTÓW	74,45	9,62	70,39	14,36	66,18	16,82	61,84	14,5	67,42	14,64	71,26	0,39
UCZENIE SIĘ ORGANIZACJI – CIĄGŁE DOSKONALENIE	74,08	9,71	64,98	16,83	66,82	15,54	65,14	10,17	60,05	20,4	29,72	1,81
PRACA ZESPOŁOWA W RAMACH JEDNOSTEK	76,42	15,02	80,9	11	75,95	14,13	56,13	19,92	70,34	16,13	75,58	3,29
OTWARTOŚĆ NA KOMUNIKACJĘ	50,64	23,17	52,7	21	42,62	30,05	55,21	19,81	57,02	21,18	28,65	9,24
INFORMACJE ZWROTNE I KOMUNIKOWANIE BŁĘDÓW	72,53	7,78	54,98	20,18	60,31	17,53	64,92	13,93	64,98	18	59,17	0,78
REAKCJA NA BŁĘDY BEZ SZUKANIA WINNYCH	45,03	31,95	36,63	36,55	35,33	39,45	31,89	36,82	42,48	37,06	87,86	2,07
ZATRUDNIENIE	33,15	51,84	36,28	51	34,11	49,65	40,84	33,22	42,24	40,85	38,57	33,27
WSPARCIE KADRY KIEROWNICZEJ DLA BEZPIECZEŃSTWA PACJENTÓW	70,17	14,55	43,33	27,17	67,21	17,91	46	20,4	66,06	12,08	76,36	1,68
PRACA ZESPOŁOWA POMIĘDZY JEDNOSTKAMI	58,84	22,24	48,14	29,79	55,13	27,21	43,12	18,55	51,91	17,7	44,64	28,75
PRZEKAZYWANIE OPIEKI	69,72	17,92	59,11	24,96	59,09	24,84	55,44	16,87	58,61	20,36	22,48	24,94

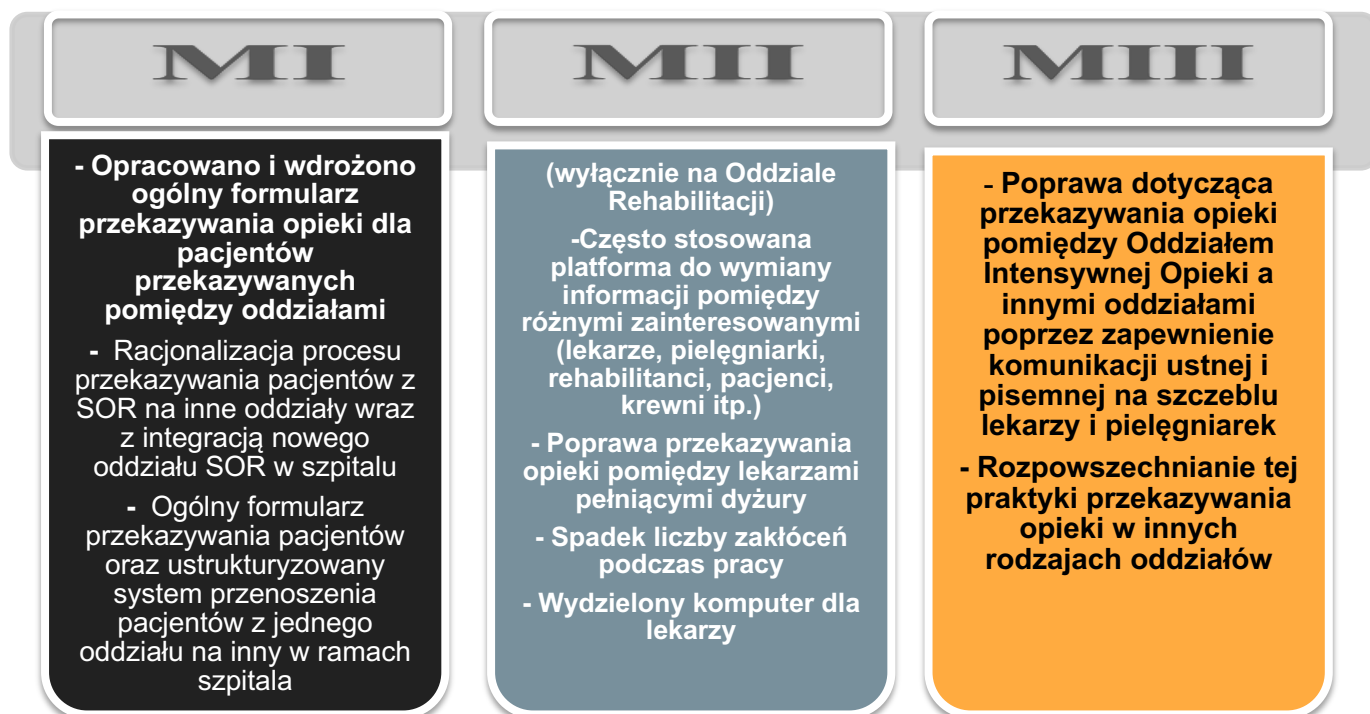
Rys. 7 – Procent odpowiedzi twierdzących i przeczących dla każdego aspektu kultury bezpieczeństwa pacjentów w kwestionariuszu kultury organizacyjnej bezpieczeństwa pacjentów na zakończenie badania według metody i kraju

(%)	HU						PL					
	MI		MII		MIII		MI		MII		MIII	
	dP	dN	dP	dN	dP	dN	dP	dN	dP	dN	dP	dN
OGÓLNE POSTRZEGANIE BEZPIECZEŃSTWA PACJENTÓW	0,69	-5,3	-3,79	2,55	0,14	0,66	-4,27	-0,4	7,16	-3,34	-32,36	-7,25
OCZEKIWANIA PRZEŁOŻONEGO/ KIEROWNIKA I DZIAŁANIA PROMIĄCE BEZPIECZEŃSTWO PACJENTÓW	-2,76	-3,56	0,65	-1,02	0,82	-2,8	-8,22	1,77	3,3	-2,34	-4	-5,56
UCZENIE SIĘ ORGANIZACJI – CIĄGŁE DOSKONALENIE	2,29	-2,49	-3,08	3,02	7,41	-5,44	2,88	-2,4	-4,75	6,34	-29,92	-6,32
PRACA ZESPOŁOWA W RAMACH JEDNOSTEK	1,65	-2,95	0,98	0,99	7,6	-5,71	-2,39	1,93	7,64	0,54	0,78	-5,04
OTWARTOŚĆ NA KOMUNIKACJĘ	-1,16	-3,16	2,98	0,1	-1,96	1,31	0,16	2,45	7,37	-0,65	-31,49	-6,45
INFORMACJE ZWROTNE I KOMUNIKOWANIE BŁĘDÓW	5,3	-7,37	-1,57	2,04	0,91	1,53	-1,71	0,64	6,06	3,04	-3,23	-11,75
REAKCJA NA BŁĘDY BEZ SZUKANIA WINNYCH	-0,22	-6,23	-3,08	2,49	-0,46	-2,25	5,1	-5,24	16,88	-7,27	51,3	-27,1
ZATRUDNIENIE	0,19	-1,79	-5,02	7,99	-3,51	1,67	-7,69	-0,33	9,33	-2,38	-4,36	12,07
WSPARCIE KADRY KIEROWNICZEJ DLA BEZPIECZEŃSTWA PACJENTÓW	2,78	-1,84	-5,17	4,51	8,28	-2,9	-2,04	0,71	16,69	-11,6	19,16	-11,12
PRACA ZESPOŁOWA POMIĘDZY JEDNOSTKAMI	1,23	-3,39	-2,81	3,55	5,86	-2,58	0,01	-0,95	7,32	-4,44	-15,47	20,35
PRZEKAZYWANIE OPIEKI	4,06	-3,55	-4,22	3,18	1,62	0,72	3,64	-3,92	7,66	-0,8	-32,51	9,71

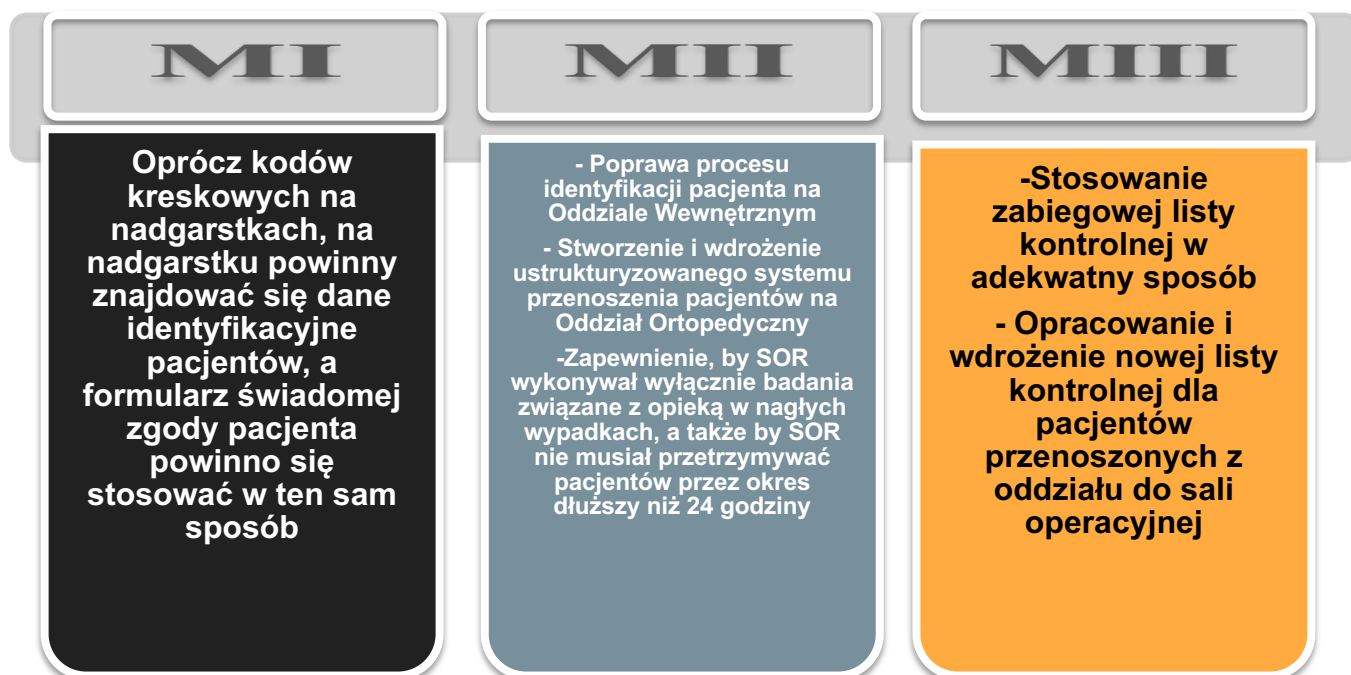
Rys. 8 – Zmiany procentowe odpowiedzi twierdzących i przeczących dla każdego aspektu kultury bezpieczeństwa pacjentów w kwestionariuszu kultury organizacyjnej bezpieczeństwa pacjentów według metody i kraju

Wpływ zmian na praktykę przekazywania opieki (zmiany organizacyjne)

Na poniższych rysunkach (Rys. 9 i 10) przedstawiono zaobserwowane zmiany w każdym ze szpitali.



Rys.9 - Zmiany praktyki przekazywania opieki w uczestniczących w projekcie szpitalach na Węgrzech



Rys. 10 – Zmiany dotyczące praktyki przekazywania opieki w polskich szpitalach uczestniczących w projekcie

Czynniki wpływu

Na wyniki i rezultaty kursów edukacyjnych i szkoleniowych miały wpływ nie tylko treść i metody nauczania, ale także wiele innych czynników przedstawionych niżej:

Charakterystyka uczestników kursów szkoleniowych

W przypadku kursów szkoleniowych, zwłaszcza dla małych grup, niezbędna jest współpraca z kolegami posiadającymi wystarczającą wiedzę i wpływ na faktyczną praktykę na ich własnych oddziałach. Brak wiedzy prowadzi do niewłaściwych rozwiązań, a brak wpływu nie pozwala na wdrożenie rozwiązań ze względu na brak akceptacji i wsparcia. Ponadto bezpieczeństwo pacjentów wymaga odpowiedniej współpracy pomiędzy różnymi grupami pracowników służby zdrowia, dlatego też uczestnicy kursu powinni być przedstawicielami wszystkich odnośnych zawodów.

Charakterystyka oddziałów wybranych do uczestnictwa w kursach szkoleniowych dotyczących przekazywania opieki i bezpieczeństwa pacjentów

W celu uzyskania najlepszych możliwych rezultatów zasugerowano wybór oddziałów ściśle powiązanych z tematem kursu, posiadających odpowiednie znaczenie w szpitalu (odpowiednio dużych, ze znacznym udziałem przyjęć i powiązanych z innymi działami itp.), a także zdolnych do odnotowania jakichkolwiek wyników.

Wahania liczby personelu

Pomimo braku wskazówek dotyczących wahań w tym zakresie, mogą one stanowić jedną z przyczyn innego stopnia zmian w przypadku trzeciego szpitala w Polsce.

Zmiany przywództwa w trakcie projektu

Zmiany zainicjowane przez kursy szkoleniowe mogły zostać łatwo zablokowane w przypadku zmiany głównych liderów lub zainteresowanych, gdyż nie znalazły one dalszego poparcia. Taka sytuacja mogła też zaowocować brakiem pewności, a wręcz obawami po stronie kolegów odpowiedzialnych za wdrażanie rozwiązań.

Wsparcie ze strony kadry zarządzającej najwyższego szczebla

Kadra zarządzająca najwyższego szczebla może wyrazić swoje poparcie na wiele różnych sposobów. Generalnie, im większe wsparcie, tym lepsze wyniki. Ważne jest, by wsparcie to miało „realny” charakter, co oznacza, iż nie wystarczy powiedzieć, że dane szkolenie lub jego temat są ważne, ale należy podjąć odpowiednie działania, np. poprzez uczestnictwo kadry zarządzającej w szkoleniach oraz zebraniach dotyczących bezpieczeństwa pacjentów i poprawy jakości opieki. Może to pomóc w zwiększeniu liczby uczestników i podkreśleniu znaczenia tematu szkoleń.

Zaangażowanie pracowników służby zdrowia w poprawę bezpieczeństwa pacjentów

Zaangażowanie kluczowych pracowników służby zdrowia w poprawę bezpieczeństwa pacjentów może również przyczynić się do większej skuteczności kursów edukacyjnych i szkoleniowych. Najważniejsze osoby mogą być tymi, które już piastują kluczowe stanowiska (liderzy, kierownicy, ordynatorzy), a także osoby posiadające nieformalny, lecz znaczący wpływ na swoich kolegów (tzw. opiniodawcy).

Tematy szkoleń odpowiadające strategii szpitala

Jeżeli kadra zarządzająca najwyższego szczebla ma konkretny cel organizacyjny związany z danym tematem, szkolenie i cele kadry zarządzającej mogą doprowadzić do osiągnięcia wspólnych korzyści. Odpowiednio dobrana strategia lub technika zarządzania zmianą potrafią sprawić, że szkolenia zostaną skutecznie wykorzystane do osiągnięcia celów organizacyjnych. Dlatego też szkolenia mogą wspierać proces zarządzania zmianą w organizacji na różnych szczeblach.

Podsumowanie wyników z sześciu szpitali

Podsumowanie wyników z sześciu szpitali w obydwu krajach przedstawiono na Rys. 11. Na rysunku tym przedstawiono zmiany dotyczące wiedzy na temat przekazywania opieki, kultury organizacyjnej oraz praktyki klinicznej, jak również poziom zachodzących zmian organizacyjnych.

	HU MI	HU MII	HU MIII	PL MI	PL MII	PL MIII
WIEDZA	✓	—	✓	✓	✓	✓
KLIMAT	✓	X	✓	—	✓	—
PRAKTYKA KLINICZNA	✓	✓	✓	✓	✓	✓
POZIOM ZMIAN W PRAKTYCE KLINICZNEJ	Szpital	Oddział	Szpital	Oddział	Oddział	Szpital

Rys. 11 – Podsumowanie wyników z sześciu szpitali

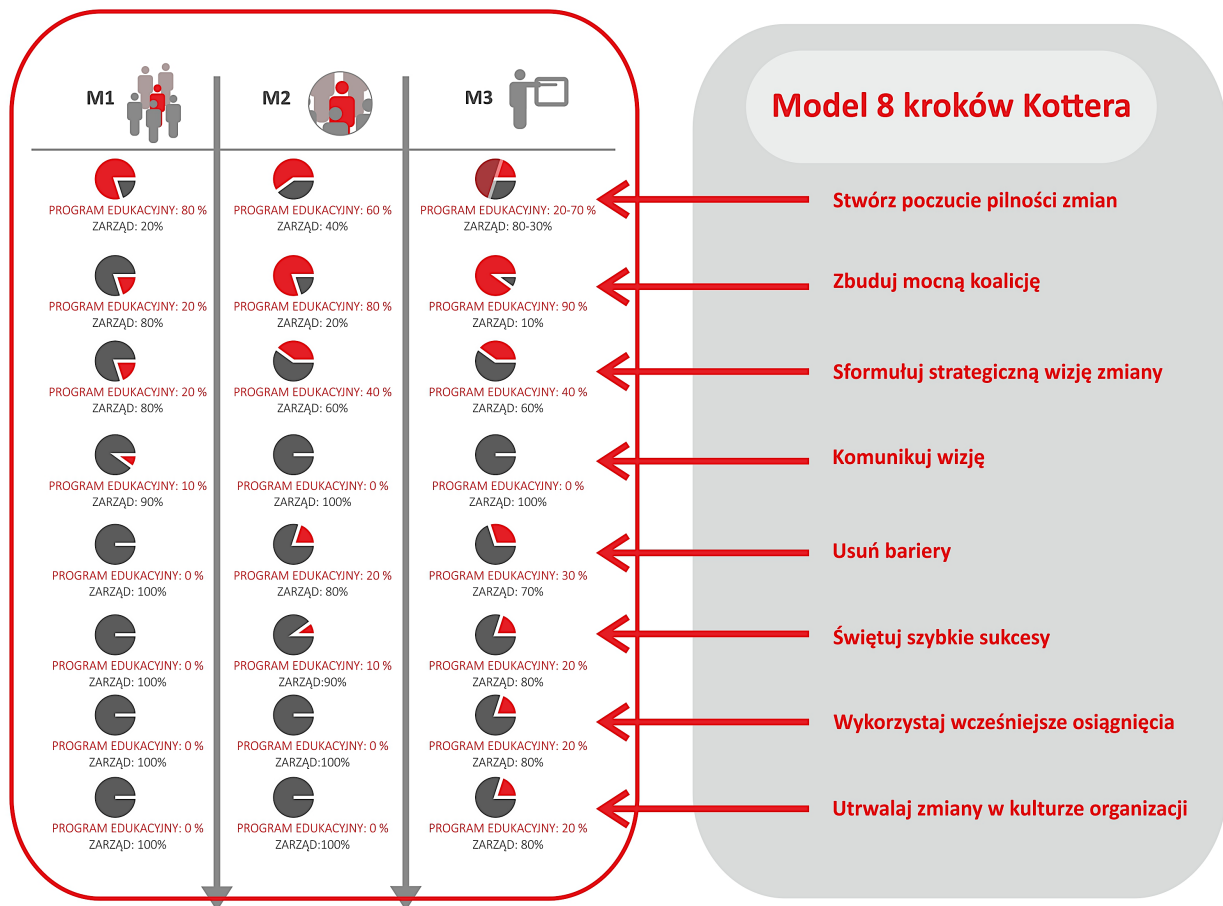
Programy szkoleniowe i zarządzanie zmianą

Jak przedstawiono wyżej, różne metody szkoleniowe zaowocowały zmianami odgórnymi bądź oddolnymi. Zmiany odgórne działają, jeżeli inicjatywy podejmowane przez kadre zarządzającą najwyższego szczebla oraz przedmiot nauczania są ściśle powiązane. Zmiany oddolne natomiast działają, jeżeli kadra zarządzająca najwyższego szczebla nie podejmuje żadnych konkretnych inicjatyw związanych ze zmianą, lecz temat nauczania pasuje do szerszych celów organizacyjnych. Edukacja jest szczególnie ważna dla skuteczności zmian, a więc nauczanie musi odbywać się nie tylko w odpowiednim kontekście zawodowym, ale

również odpowiednimi metodami. Edukacja może jednak wspierać intencje kadry zarządzającej, gdyż kadra ta ma jeszcze więcej zadań po przeprowadzeniu szkoleń pracowników: menadżerowie muszą uznać, zachęcać, wspierać i potwierdzać poprawę w pracy poszczególnych osób, a także całych oddziałów, a także określić inicjatywy mające wpływ na więcej oddziałów jednocześnie, bądź wymagające rozwiązań systemowych na szczeblu szpitala. Wreszcie, kierownictwo musi stwierdzić problemy wykraczające poza dziedzinę edukacji, wymagające bardziej złożonych rozwiązań, dla których konieczne będzie wsparcie ze strony kadry zarządzającej.

Nasze wyniki wskazują, iż kursy szkoleniowe projektowane według różnych metod lepiej odpowiadają poszczególnym punktom procesu zarządzania zmianą. The role of the methods was adapted to Kotter's 8-step change management model, and estimates regarding the possible impact of the different teaching methods on each step of the model are illustrated in Figure 12. Na Rysunku 12 przedstawiono rolę wybranych metod zaadaptowaną do modelu 8 kroków do wprowadzania zmian Kottera, a także szacunkowe dane dotyczące możliwego wpływu różnych metod nauczania na każdy krok w ramach tego modelu.

W celu uzyskania najlepszych rezultatów należy dokładnie zsynchronizować techniki zarządzania zmianą oraz metody nauczania.



Rys. 12 - Rola wybranych metod w modelu 8 kroków do wprowadzania zmian Kottera, a także szacunkowe dane dotyczące możliwego wpływu różnych metod nauczania

Omówienie

Ponieważ ocenę końcową zaplanowano po upływie sześciu miesięcy od zakończenia programu szkoleniowego w szpitalach, wyniki projektu wskazują na długoterminowe efekty kursów szkoleniowych. Nasze główne wnioski opracowane na podstawie wyników przedstawiono niżej.

Kursy szkoleniowe

- Tworzenie kultury edukacji dotyczącej bezpieczeństwa pacjentów jest kluczowe w celu określenia realnych problemów w pracy codziennej, stąd trenerzy powinni zachęcać uczestników (i kadrę zarządzającą) do mówienia o tych faktycznych problemach.
- Szkolenie w miejscu pracy obejmujące i aktywizujące personel pierwszej linii powinno zachęcać wskazywanie i omawianie faktycznych problemów w pracy, a jednocześnie ułatwiać znajdowanie i wdrażanie prawidłowych rozwiązań.
- Metody nauki w grupie włączające wszystkich odnośnych pracowników służby zdrowia mogą usprawnić starania ukierunkowane na wyłapanie obecnych słabych punktów, a także opracowanie odnośnych rozwiązań.
- W przypadku problemów na szczeblu szpitala, kadra zarządzająca była informowana (i powiadamiana) o problemie na szczeblu szpitala w celu wszczęcia lub wsparcia działań koniecznych dla rozwiązania problemu. Oznacza to, że program szkoleniowy poszerzono, przekształcając go w program rozwoju organizacji z dodatkowymi wytycznymi.
- Informacje dla zarządu muszą być przekazywane w sposób, który nie prowadzi do karaniania lub szukania winnych.
- Na podstawie ocen wypełnionych po zakończeniu szkolenia i wyników ankiet satysfakcji słuchaczy można stwierdzić, że w przypadku wszystkich trzech metod program szkoleń jest równie treściwy i odpowiedni.

Wiedza na temat bezpieczeństwa pacjentów

- Każda z metod prowadzi do poszerzenia wiedzy:

Pomimo że te same metody prowadziły do innych wyników w szpitalach z obydwu krajów, wszystkie zaowocowały poprawą odnotowaną w przypadku większości pytań w kwestionariuszu sprawdzającym wiedzę na temat przekazania opieki.

Klimat bezpieczeństwa pacjentów

- Każda z metod prowadzi do poprawy klimatu bezpieczeństwa pacjentów:

Wyniki różniły się w zależności od metody, ale wszystkie one prowadziły do poprawy pewnych aspektów klimatu bezpieczeństwa pacjentów. Na wyniki końcowe miały wpływ inne czynniki, takie jak lokalny kontekst organizacyjny oraz braki systemu opieki zdrowotnej.

Praktyka kliniczna

Edukacja i szkolenia dotyczące bezpieczeństwa pacjentów zazwyczaj skutkują określeniem różnych problemów klinicznych i organizacyjnych na różnych szczeblach, a mogą też przyczynić się do zmian praktyki klinicznej na różnych szczeblach.

Pozostałe czynniki

Rezultaty uzyskane dla każdej z metod zależą od różnych czynników:

- Charakterystyki uczestników kursu
- Charakterystyki oddziałów uczestniczących w kursie
- Rotacji wśród kadry zarządzającej, pracowników i trenerów
- Wsparcia ze strony kadry zarządzającej najwyższego szczebla
- Zaangażowania pracowników służby zdrowia w poprawę bezpieczeństwa pacjentów
- Dopasowania tematów kursu do strategii szpitala

Sześć przypadków

Praktyka kliniczna uległa zmianie we wszystkich przypadkach. W wielu przypadkach zmiany miały miejsce nawet na szczeblu szpitala, mimo że poziom wiedzy nie uległ znaczącej poprawie. Popiera to stwierdzenie, iż zmiany niekoniecznie wymagają znacznego poszerzenia wiedzy w temacie wśród wszystkich pracowników służby zdrowia w szpitalu.

Zarządzanie zmianą

Na podstawie wyników badania stwierdziliśmy, że metoda MI jest najodpowiedniejsza dla zmian ogólnych, natomiast metody MII i MIII – dla zmian oddolnych. Z punktu widzenia kadry zarządzającej wybór konkretnych kursów szkoleniowych stanowi skuteczne narzędzie wspierające wprowadzenie odnośnych koncepcji w celu zmiany praktyk.

Zgodnie z wynikami badań w ramach projektu nie stwierdzono, iż jedna konkretna metoda szkoleniowa jest najlepsza z wszystkich. Najlepsza metoda zawsze zależy od sytuacji lokalnej, przy czym należy uwzględnić wszystkie powiązane czynniki mogące mieć wpływ na dany przypadek. Dlatego też w ramach wyników projektu nie wskazano najlepszej metody, lecz wskazano sposób wyboru metody odpowiedniej dla danej sytuacji. Dalsze badania mogą dostarczyć dalszych dowodów na poparcie wpływu edukacji i szkoleń, a także czynników wywierających wpływ na zmiany w zakresie bezpieczeństwa pacjentów.

Piśmiennictwo:

1. OECD. *The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind*. (2018).
2. WHO. *A brief synopsis on patient safety*. (2010).
3. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Engaging physicians in patient safety: a handbook for leaders*. (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2006).
4. Kitch, B. T. *et al.* Handoffs causing patient harm: a survey of medical and surgical house staff. *Jt. Comm. J. Qual. patient Saf.* 34, 563–70 (2008).
5. Johnson, J. K. & Barach, P. Patient care handovers: what will it take to ensure quality and safety during times of transition? *Med. J. Aust.* 190, S110-2 (2009).
6. Hesselink, G. *et al.* Organizational Culture: an important context for addressing and improving hospital to community patient discharge. *Med. Care* 51, 90–98 (2013).
7. Institute of Medicine. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. (National Academies Press, 2000). doi:10.17226/9728
8. Education and Training in Patient Safety Subgroup of Patient Safety and Quality of Care Working of the European Commission. *Key findings and recommendations on*

- education and training in patient safety across Europe.* (2014).
9. Kirkman, M. A. *et al.* The outcomes of recent patient safety education interventions for trainee physicians and medical students: a systematic review. *BMJ Open* 5, e007705–e007705 (2015).
 10. Stoyanov, S. *et al.* Mapping and assessing clinical handover training interventions. *BMJ Qual. Saf.* 21 Suppl 1, i50-7 (2012).
 11. Kicken, W., Van der Klink, M., Barach, P. & Boshuizen, H. Handover training: does one size fit all? The merits of mass customisation. *BMJ Qual. Saf.* 21, i84–i88 (2012).
 12. Agency for Healthcare Research and Quality. *HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE 2016 User Comparative Database Report Surveys on Patient Safety Culture™.* (2017). doi:AHRQ Publication No. 11-0030

Zalecenia dotyczące nauczania o bezpieczeństwie pacjentów w oparciu o wyniki projektu MAP4E

Bezpieczeństwo pacjentów stało się pierwszoplanowym aspektem tworzenia polityki opieki zdrowotnej, gdyż co 10 hospitalizowany pacjent doznaje szkody w trakcie otrzymywania opieki szpitalnej. W wyniku ostatnio pozyskanych informacji wiemy, że większości tych sytuacji można zapobiegać poprzez zmniejszenie ryzyka dzięki podejmowaniu odpowiednich działań oraz narzędziom usprawniającym proces. Jednak pomimo szerokiego wachlarza kursów szkoleniowych oraz edukacji dotyczącej bezpieczeństwa pacjentów, pracownicy służby zdrowia pozostają odporni na wdrażanie sprawdzonych rozwiązań ukierunkowanych na bezpieczeństwo pacjentów w swojej codziennej pracy. Podkreśla to wagę mierzenia skuteczności szkoleń i edukacji zorientowanej na bezpieczeństwa pacjentów, dobór właściwych treści, a także stosowanie odpowiedniej metodologii szkoleniowej.

Zalecenia dotyczące szkoleń i edukacji w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, będące produktem prac w ramach projektu MAP4E, wskazują na wagę skupienia się na istotnych problemach lokalnych, włączenia liderów formalnych i nieformalnych, opierania się na sprawdzonych rozwiązaniach, a także wnoszeniu wkładu w poprawę kultury bezpieczeństwa pacjentów zarówno na szczeblu indywidualnym, jak i organizacyjnym, we współpracy z organizacjami i pracownikami służby zdrowia.

Skuteczność szkoleń i edukacji na temat bezpieczeństwa pacjentów zależy w dużym stopniu od ogólnego poparcia ze strony osób odpowiedzialnych za politykę służby zdrowia. Obejmuje to zdecydowanie podkreślanie wagi zagadnienia bezpieczeństwa pacjentów w każdym aspekcie usług opieki zdrowotnej, w tym dalsze badania w tym zakresie, znaczące wsparcie finansowe, a także zachęcanie do współpracy pomiędzy pacjentami a świadczeniodawcami w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

Należy też podkreślić rolę zarządu tych organizacji, gdyż odgrywa on kluczową rolę w zapewnianiu skuteczności edukacji, szkoleń i wdrażania zmian, dzięki swojemu zaangażowaniu w kulturę bezpieczeństwa pacjentów.

Ponieważ w ramach projektu MAP4E przetestowano wszystkie trzy metody, mogliśmy pozytywnie wpłynąć na kulturę bezpieczeństwa, stanowiącą kluczowe zagadnienie w promocji edukacji i ustawicznych szkoleń dzięki zapewnieniu odpowiedniej metodologii dla pracowników służby zdrowia w odniesieniu do bezpieczeństwa pacjentów, w tym ustawiczny rozwój zawodowy ukierunkowany na pielęgnowanie kultury bezpieczeństwa pacjentów.

Zalecenia dla osób odpowiedzialnych za tworzenie polityki

Promocja kultury bezpieczeństwa pacjentów

- Promocja bezpieczeństwa pacjentów dzięki edukacji i szkoleniom ustawicznym poprzez zapewnienie odpowiednio dobranych metod dla pracowników służby zdrowia, co obejmuje ustawiczny rozwój zawodowy jako zagadnienie kluczowe dla poprawy kultury

bezpieczeństwa pacjentów, gdyż wszystkie trzy metody pozytywnie wpłynęły na kulturę bezpieczeństwa.

Szkolenia i edukacja

- Zachęcanie do udziału w kursach szkoleniowych promujących wdrażanie nabywanej wiedzy w celu zmiany zachowań pracowników. Jest to absolutnie kluczowe na każdym szczeblu edukacji i szkoleń.
- Promowanie kursów szkoleniowych w miejscu pracy, dotyczących faktycznych problemów występujących w pracy codziennej, angażujących i aktywizujących pracowników terenowych w identyfikację problemów i znajdowanie oraz wdrażanie odpowiednich rozwiązań.

Wzmocnienie współpracy i tworzenie sieci powiązań

- Promowanie wymiany wiedzy i doświadczeń w skali mikro, meso i makro dotyczących edukacji i szkoleń na temat bezpieczeństwa pacjentów, wraz z wynikami takich inicjatyw.

Zalecenia dla organizacji zajmujących się ochroną zdrowia

Promocja kultury bezpieczeństwa pacjentów

- Promocja bezpieczeństwa pacjentów dzięki edukacji i szkoleniom ustawicznym poprzez zapewnienie odpowiednio dobranych metod dla pracowników służby zdrowia, co obejmuje ustawiczny rozwój zawodowy jako zagadnienie kluczowe dla poprawy kultury bezpieczeństwa pacjentów, gdyż wszystkie trzy metody pozytywnie wpłynęły na kulturę bezpieczeństwa.

Szkolenia i edukacja

- Opracowanie odpowiednich metod promujących wdrażanie nabytej wiedzy w codziennej pracy i zachęcanie do wprowadzania koniecznych zmian w kulturze bezpieczeństwa pacjentów.
- Promowanie kursów szkoleniowych w miejscu pracy, dotyczących faktycznych problemów występujących w pracy codziennej, angażujących i aktywizujących pracowników terenowych w identyfikację problemów i znajdowanie oraz wdrażanie odpowiednich rozwiązań.
- Zachęcanie do uczenia się w grupie zamiast skupiania się na rozwoju indywidualnym.
- Promowanie kultury w ramach edukacji o bezpieczeństwie pacjentów w celu identyfikacji problemów występujących w pracy codziennej.
- Jeżeli warunki na to pozwalają, promowanie stałego monitorowania skuteczności kursów szkoleniowych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów poprzez śledzenie wskaźników takich jak zadowolenie, wiedza, klimat bezpieczeństwa pacjentów, a także wyniki kliniczne.

- Zachęcanie do korzystania z modułów szkoleniowych zmniejszających opór ze strony pracowników służby zdrowia (np. analizy przypadków oparte na stwierdzonych zdarzeniach niepożądanych, a także historiach opowiedzianych przez krewnych pacjentów i pracowników służby zdrowia).
- Angażowanie kierownictwa i liderów jest kluczowe dla wzmocnienia uczenia się i kultury, a także w celu rozpoczęcia kontynuacji badań i wdrażania faktycznych zmian w pracy codziennej. Świadomie wybrany kurs szkoleniowy może stanowić potencjalnie skuteczne narzędzie do zarządzania.
- Włączenie uczestników (w tym głównych opiniodawców), którzy mogą zwiększyć skuteczność kursów szkoleniowych.

Wzmocnienie współpracy i tworzenie sieci powiązań

- Promowanie wymiany wiedzy i doświadczeń w skali mikro, meso i makro dotyczących edukacji i szkoleń na temat bezpieczeństwa pacjentów, wraz z wynikami takich inicjatyw.

Zalecenia dla ośrodków szkoleniowych i akademii

Szkolenia i edukacja

- Opracowanie odpowiednich metod promujących wdrażanie nabytej wiedzy w codziennej pracy i zachęcanie do wprowadzania koniecznych zmian w kulturze bezpieczeństwa pacjentów.
- Promowanie kursów szkoleniowych w miejscu pracy, dotyczących faktycznych problemów występujących w pracy codziennej, angażujących i aktywizujących pracowników terenowych w identyfikację problemów i znajdowanie oraz wdrażanie odpowiednich rozwiązań.
- Zachęcanie do uczenia się w grupie zamiast skupiania się na rozwoju indywidualnym.
- Promowanie kultury w ramach edukacji o bezpieczeństwie pacjentów w celu identyfikacji problemów występujących w pracy codziennej.
- Promowanie stałego monitorowania skuteczności kursów szkoleniowych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów poprzez śledzenie wskaźników takich jak zadowolenie, wiedza, klimat bezpieczeństwa pacjentów, a także wyniki kliniczne.
- Zachęcanie do korzystania z modułów szkoleniowych zmniejszających opór ze strony pracowników służby zdrowia (np. analizy przypadków oparte na stwierdzonych zdarzeniach niepożądanych, a także historiach opowiedzianych przez krewnych pacjentów i pracowników służby zdrowia).

Wzmocnienie współpracy i tworzenie sieci powiązań

- Promowanie wymiany wiedzy i doświadczeń w skali mikro, meso i makro dotyczących edukacji i szkoleń na temat bezpieczeństwa pacjentów, wraz z wynikami takich inicjatyw.

Zalecenia dla pacjentów oraz ich rodzin i przyjaciół

Promocja kultury bezpieczeństwa pacjentów

- Wszystkie te działania, obejmujące nadanie większych praw pacjentom oraz ich zaangażowanie w proces, promują rozwój kultury bezpieczeństwa pacjentów.

Szkolenia i edukacja

- Zachęcanie do korzystania z modułów szkoleniowych zmniejszających opór ze strony pracowników służby zdrowia (np. analizy przypadków oparte na stwierdzonych zdarzeniach niepożądanych, a także historiach opowiedzianych przez krewnych pacjentów i pracowników służby zdrowia).

Wzmocnienie współpracy i tworzenie sieci powiązań

- Promowanie wymiany wiedzy i doświadczeń w skali mikro, meso i makro dotyczących edukacji i szkoleń na temat bezpieczeństwa pacjentów, wraz z wynikami takich inicjatyw.

Załącznik nr 1

Charakterystyka uczestników projektu

Wszyscy trzej partnerzy projektu od lat angażują się w programy ukierunkowane na zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów, przy czym wszyscy są liderami w działaniach podejmowanych na szczeblu krajowym w swoich odnośnych krajach, a także uczestniczą w Wspólnym Działaniu dla Bezpieczeństwa Pacjenta.

Nasz projekt ma na celu opracowanie metody edukacyjnej, w tym oceny oddziaływania, w celu potwierdzenia skuteczności tej formy szkolenia. Obejmowała ona testowanie metod na miejscu, a więc włączyliśmy do projektu dwa kraje z Europy Wschodniej charakteryzujące się różnymi, choć równoważnymi doświadczeniami w zakresie bezpieczeństwa pacjentów.

Węgry (HU), jako kraj koordynujący (reprezentowany przez Uniwersytet Semmelweisa, SU), są bardzo zorientowane na edukację: w okresie ostatnich trzech lat Wydział ds. Bezpieczeństwa Pacjentów Uniwersytetu Semmelweisa zorganizował (lub uczestniczył w organizacji) ponad 500 godzin netto wykładów na temat bezpieczeństwa pacjentów dla ponad 1.400 osób będących pracownikami służby zdrowia (głównie lekarzy i pielęgniarek). W ramach instytutu zarządzania (Centrum Szkoleniowe ds. Zarządzania Usługami Zdrowotnymi przy Uniwersytecie Semmelweisa - HSMTC), wydział ten posiada zarówno kompetencje edukacyjne, jak i wiedzę menadżerską w celu skutecznej koordynacji bieżącego projektu.

Organizacja partnerska Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce (TPJ) z Polski (PL) wniosło dużą wartość dodaną do projektu na obszarach bezpieczeństwa pacjenta i jakości opieki. Ponieważ TPJ współpracowało jako partner w ramach poprzedniego projektu DUQuE, gdzie zajmowało się koordynacją badań terenowych, mogło obecnie wykorzystać swoje doświadczenie w projektowaniu i realizacji testowania metod edukacyjnych w lokalizacjach docelowych. Członkowie TPJ angażują się również w działania edukacyjne jako doświadczeni wykładowcy, a także biorą aktywny udział w procesach na szczeblu europejskim, jako członkowie unijnej Grupy Eksperckiej ds. Bezpieczeństwa Pacjentów i Jakości Opieki. Jest to znaczący zasób dla przewidywanego rozpowszechniania opracowanych metod edukacyjnych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów na szczeblu europejskim.

Mimo to, w celu zwiększenia profesjonalizmu oraz wyeliminowania zakłóceń powodowanych przez wewnętrzne zaślepienie wynikające z faktu, iż obydwa kraje pochodzą z Europy Wschodniej, pojawiła się potrzeba włączenia kraju z Europy Zachodniej do projektu, tak więc zaproszono do udziału Hiszpanię (ES). Hiszpańskie Ministerstwo Zdrowia, Spraw Konsumenckich oraz Opieki Społecznej (dawniej: Ministerstwo Zdrowia, Usług Socjalnych oraz Równości) ma ogromne doświadczenie w edukacji dotyczącej bezpieczeństwa pacjentów, gdyż już posiada wdrożone programy operacyjne na szczeblu studiów licencjackich i magisterskich. Partner hiszpański prowadził i wspierał dwa kraje z Europy Wschodniej, oferując profesjonalne doradztwo dotyczące opracowania metod edukacyjnych, a także podjął się ważnej roli oceny wyników badania i ocen zwrotnych dotyczących edukacji.

Tak więc podział zadań wyglądał następująco: profesjonalna koncepcja, zarządzanie i koordynacja projektu należały do HSMTC Uniwersytetu Semmelweisa. Szczegółowa koncepcja, podstawy tworzenia metodologii, a także zalecenia końcowe dotyczące metodologii zostały opracowane z równym udziałem wszystkich uczestniczących partnerów, przy czym zastosowano takie same warunki. Ponadto, kraje z Europy Wschodniej (HU, PL) odpowiadały za testowanie na miejscu oraz gromadzenie wyników i informacji zwrotnych z testowanych ośrodków; Hiszpania natomiast występowała jako konsultant i partner wiodący podczas oceny wyników.

Główne działania w ramach projektu

- Przegląd literatury dotyczącej metodologii nauczania o bezpieczeństwie pacjentów
- Wybór dokładnej dziedziny bezpieczeństwa pacjentów (przekazanie) do nauczania w ramach kursów szkoleniowych z uwzględnieniem bliskiego związku z domeną kultury bezpieczeństwa pacjentów
- Określenie kryteriów doboru szpitali uczestniczących w kursach szkoleniowych
- Opracowanie trzech różnych metod edukacyjnych do testowania podczas kursów
- Przygotowanie przewodnika dla każdej z metod edukacyjnych oraz adaptacja materiałów szkoleniowych do tych różnych metod
- Opracowanie kwestionariuszy dotyczących wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów oraz kultury organizacyjnej, a także metod i treści badania
- Wybór szpitali i ich oddziałów, które będą uczestniczyć w kursach szkoleniowych, a także opracowanie harmonogramu kursów w obydwu krajach przy pomocy koordynatorów z każdego ze szpitali
- Wypełnienie kwestionariuszy dotyczących wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów oraz kultury organizacyjnej przed szkoleniem (badanie początkowe – przed przeprowadzeniem szkoleń) w Polsce i na Węgrzech, przy pomocy koordynatorów z każdego ze szpitali
- Wprowadzenie danych z kwestionariuszy przed szkoleniem dotyczących wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów oraz kultury organizacyjnej z Polski i Węgier
- Ocena praktyk przekazywania przed szkoleniem w wydziałach z sześciu szpitali uczestniczących w projekcie
- Testowanie trzech różnych metod – kursy szkoleniowe przeprowadzono na Węgrzech i w Polsce według trzech opracowanych metod przy pomocy koordynatorów z każdego ze szpitali
- Analiza ocen kursów szkoleniowych
- Tworzenie protokołów walidacji wprowadzonych danych oraz analiza ankiet
- Wypełnienie kwestionariuszy dotyczących wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów oraz kultury organizacyjnej po szkoleniu (badanie końcowe – po przeprowadzeniu szkoleń) w Polsce i na Węgrzech, przy pomocy koordynatorów z każdego ze szpitali
- Wprowadzenie danych z kwestionariuszy po szkoleniu dotyczących wiedzy na temat bezpieczeństwa pacjentów oraz kultury organizacyjnej z Polski i Węgier
- Porównanie wyników ankiet przed szkoleniem i po nim
- Ocena praktyk przekazywania po szkoleniu w wydziałach sześciu szpitali, które uczestniczyły w kursach szkoleniowych
- Opracowanie zaleceń i wytycznych metodologicznych dotyczących organizacji i realizacji kursów edukacyjnych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów według wyników projektu
- Organizacja wielu podobnych wydarzeń w Polsce i na Węgrzech w celu rozpowszechnienia wyników projektu