Globalne ramy kompetencji i wyników dla powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej



Światowa Organizacja Zdrowia

Globalne ramy

kompetencji i wyników

dla powszechnego dostępu

do opieki zdrowotnej

**Światowa**

**Organizacja**

**Zdrowia**

Globalne ramy kompetencji i wyników dla powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej

ISBN 978-92-4-003466-2 (wersja elektroniczna)

ISBN 978-92-4-003467-9 (wersja drukowana)

**© World Health Organization / Światowa Organizacja Zdrowia 2022**

Niektóre prawa zastrzeżone. Ta praca jest dostępna na licencji Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Zgodnie z warunkami niniejszej licencji można kopiować, redystrybuować i adaptować utwór do celów niekomercyjnych, pod warunkiem, że utwór jest odpowiednio cytowany, jak wskazano poniżej. Jakiekolwiek wykorzystanie tego utworu nie powinno sugerować, że WHO popiera jakąkolwiek konkretną organizację, produkty lub usługi. Używanie logo WHO jest niedozwolone. W przypadku adaptacji utworu należy udzielić na niego takiej samej lub równoważnej licencji Creative Commons. Jeśli tworzą Państwo tłumaczenie tego utworu, wraz z sugerowanym cytowaniem należy dodać następujące zastrzeżenie: „Niniejsze tłumaczenie nie zostało stworzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie ponosi odpowiedzialności za treść ani dokładność tego tłumaczenia. Wiążącym i autentycznym wydaniem jest oryginalne wydanie w języku angielskim”.

Wszelkie mediacje dotyczące sporów wynikających z licencji będą prowadzone zgodnie z zasadami mediacji Światowej Organizacji Własności Intelektualnej [World Intelectual Property Organization] <(>http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/).

**Sugerowany sposób cytowania:** Global Competency and Outcomes Framework for Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization; 2022. Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Dane katalogowania w publikacji (CIP).** Dane CIP są dostępne na stronie http://apps.who.int/iris.

**Sprzedaż, prawa i licencje.** Aby zakupić publikacje WHO, zobacz http://apps.who.int/bookorders. Aby przesłać wnioski o komercyjne wykorzystanie oraz zapytania dotyczące praw i licencji, zobacz http://www.who.int/about/licensing.

**Materiały osób trzecich.** W przypadku chęci ponownego wykorzystania materiałów z tej pracy, które są przypisane stronie trzeciej, takich jak tabele, rysunki lub obrazy, użytkownik jest odpowiedzialny za ustalenie, czy wymagana jest zgoda na ponowne wykorzystanie i uzyskanie zgody od właściciela praw autorskich. Ryzyko roszczeń wynikających z naruszenia jakiegokolwiek elementu tej pracy będącego własnością strony trzeciej spoczywa wyłącznie na użytkowniku.

**Ogólne zastrzeżenia.** Zastosowane oznaczenia i prezentacja materiału w niniejszej publikacji nie oznaczają wyrażenia jakiejkolwiek opinii ze strony WHO na temat statusu prawnego jakiegokolwiek kraju, terytorium, miasta lub obszaru lub jego władz, ani na temat przebiegu jego granic. Kropkowane i przerywane linie na mapach przedstawiają przybliżone linie graniczne, co do których może nie być jeszcze pełnej zgody.

Wymienienie konkretnych firm lub produktów określonych producentów nie oznacza, że są one zatwierdzone lub zalecane przez WHO w przeciwieństwie do innych produktów o podobnym charakterze, które nie zostały wymienione. Z wyjątkiem błędów i pominięć, nazwy produktów zastrzeżonych są wyróżnione wielkimi literami.

WHO podjęła wszelkie uzasadnione środki ostrożności w celu zweryfikowania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Jednakże opublikowany materiał jest rozpowszechniany bez jakiejkolwiek gwarancji, wyraźnej lub dorozumianej. Odpowiedzialność za interpretację i wykorzystanie materiału spoczywa na czytelniku. W żadnym wypadku WHO nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikające z jego wykorzystania.

Projekt graficzny: L'lV Com Sàrl

Spis treści

Przedmowa v

Podziękowania vi

Skróty ix

Słowniczek x

Streszczenie xv

1. Wprowadzenie 1

1.1 Pracownicy służby zdrowia jako czynnik umożliwiający powszechny dostęp do opieki zdrowotnej 1

1.2 Edukacja oparta na kompetencjach: podstawa szkolenia pracowników służby zdrowia w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych populacji 2

1.3 Cele Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC 5

1.4 Metodologia 7

1.5 Ramy koncepcyjne 9

2. Kompetencje dla powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej (UHC) 14

2.1 Wykorzystanie kompetencji do zdefiniowania standardów opartych na kompetencjach 15

2.2 Kompetencje dla powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej: przegląd 16

2.3 Kompetencje i zachowania sprzyjające UHC 17

3. Czynności praktyczne: ramy organizacyjne dla integracji kompetencji z programami nauczania opartymi na wynikach 23

3.1 Wytyczne programowe dotyczące czynności praktycznych 24

3.2 Czynności praktyczne a powszechny dostęp do opieki zdrowotnej: przegląd 26

4. Kontekstualizacja Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC dla edukacji opartej na kompetencjach 69

4.1 Kontekstualizacja Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC dla określonego kontekstu, zestawu usług lub grupy zawodowej 69

4.2 Opracowanie programów nauczania opartych na kompetencjach na podstawie wyników opartych na kompetencjach (standardy) 79

Bibliografia 88

Załącznik 1. Zasady tworzenia komponentów ram kompetencji: kompetencje, zachowania, czynności praktyczne i zadania 93

Załącznik 2. Szablony do kontekstualizacji Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC dla określonego kontekstu, zestawu usług lub grupy zawodowej 95

iii

Rysunki

Rysunek E.1 Podejście do kontekstualizacji Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC

Rysunek 1.1 Kluczowe obszary dla poprawy zarządzania pracownikami służby zdrowia

Rysunek 1.2 Kompetencje w wykonywaniu zadań i związek z wiedzą, umiejętnościami, postawami i zachowaniami

Rysunek 1.3 Porównanie tradycyjnych modeli edukacji i CBE

Rysunek 1.4 Kontinuum uczenia się w praktyce pracy w służbie zdrowia

Rysunek 1.5 Iteracyjny rozwój Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC

Rysunek 1.6 Związek między kompetencjami a czynnościami praktycznymi oraz ich podstawą w postaci wiedzy, umiejętności i postaw

Rysunek 2.1 Domeny kompetencji w Globalnych Ramach Kompetencji i Wyników dla UHC

Rysunek 2.2 Demonstracja zachowań zgodnie z modelem nabywania umiejętności Dreyfusa i Dreyfusa (1986)

Rysunek 3.1 Domeny czynności praktycznych w zakresie świadczenia usług zdrowotnych

Rysunek 3.2 Definiowanie standardów wykonania opartych na kompetencjach dla czynności praktycznych

Rysunek 4.1 Pięcioetapowy proces kontekstualizacji Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC dla określonego środowiska, usługi służby zdrowia lub grupy zawodowej

Rysunek 4.2 Czterowymiarowe ramy opracowywania programów nauczania opartych na kompetencjach

Rysunek 4.3 Przegląd procesu organizowania treści w ramach opracowywania ram

Rysunek 4.4 Proponowana szczegółowość i organizacja ram kompetencji

Rysunek 4.5 Etapy wzmacniania programów edukacyjnych poprzez (prze)projektowanie programów nauczania

Rysunek 4.6 Definiowanie celów edukacyjnych spełniających potrzeby zdrowotne populacji

Tabele

Tabela 1.1 Zasady CBE

Tabela 1.2 Charakterystyka kompetencji, zachowań, czynności praktycznych i zadań

Tabela 2.1 Pytania przewodnie do opracowania treści programowych dla kompetencji w programie nauczania opartym na kompetencjach

Tabela 3.1 Przykładowe profile pracowników służby zdrowia dla czynności praktycznych

Tabela 4.1 Podejścia do (prze)projektowania edukacji uwzględniające sześć zasad dobrych praktyk UNESCO

Tabela 4.2 Kluczowe tematy i źródła informacji dla opracowania ram kompetencji

Tabela 4.3 Lista kontrolna do finalizacji ram kompetencji opartych na potrzebach zdrowotnych populacji

Tabela 4.4 Przykładowe cele kształcenia dla kompetencji nr 20 i jej zachowań składowych

Tabela 4.5 Formaty oceny i ich znaczenie dla wyników uczenia się i wyników programu nauczania

Tabela 4.6 Dostosowanie doświadczeń edukacyjnych i form oceny do przykładowych celów kształcenia dla kompetencji nr 20

Tabela 4.7 Przykłady programowej ewaluacji projektowania i wdrażania programów nauczania

Ramki

Ramka 4.1 Pytania przewodnie podczas zbierania informacji w celu opracowania ram kompetencji

Ramka 4.2 Pytania przewodnie do wyboru i specyfikacji czynności praktycznych

Ramka 4.3 Potencjalne metody osiągania konsensusu

iv GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Przedmowa

Realizacja wspólnego zobowiązania do zapewnienia powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej do 2030 r. wymaga korpusu pracowników służby zdrowia, którzy są przygotowani do świadczenia pełnego zakresu podstawowych usług zdrowotnych. Oznacza to pracowników służby zdrowia dysponujących wykształceniem, wsparciem i nadzorem, które pozwalają na zapewnienie zintegrowanych usług zdrowotnych wysokiej jakości i skoncentrowanych na ludziach.

Edukacja oparta na kompetencjach to najskuteczniejsze podejście, aby zapewnić przygotowanie do praktyki. W obliczu reakcji na pandemię COVID-19 i odbudowy po niej, państwa członkowskie mają możliwość zainwestowania we wzmocnienie opartej na kompetencjach edukacji pracowników służby zdrowia, która przyniesie korzyści w postaci zdrowia, miejsc pracy, globalnego bezpieczeństwa zdrowotnego, możliwości ekonomicznych i równości płci.

Niniejsze Globalne Ramy Kompetencji i Wyników dla Powszechnego Dostępu do Opieki Zdrowotnej są skierowane do państw członkowskich i instytucji edukacyjnych w celu wspierania ich w identyfikowaniu wyników kształcenia pracowników służby zdrowia; integrowaniu tych kompetencji w programach edukacyjnych; ustanawianiu standardów praktyki; oraz tworzeniu narzędzi oceny świadczeń zorientowanych na usługi zdrowotne o standardach jakości, które zaspokajają potrzeby zdrowotne populacji. Dzięki tym ramom WHO określa zalecane podejście do efektów kształcenia pracowników służby zdrowia opartego na kompetencjach; w ten sposób zapewnia również przejrzystość pojęciową i terminologiczną.

Ramy te są wynikiem doskonałej współpracy między wiodącymi ekspertami w tej dziedzinie, z których wielu bardzo hojnie poświęciło swój czas i spostrzeżenia, aby kierować ich iteracyjnym opracowywaniem. Proces ich tworzenia jasno pokazał, że musimy myśleć nie tylko o liczbie pracowników służby zdrowia, których musimy kształcić i zatrudniać, ale także o tym, jak wygląda ich edukacja, jakie powinny być jej treści, w jaki sposób określamy akceptowalny standard zaliczenia oraz w jaki sposób ci uczący się dorośli mogą najlepiej osiągnąć wyniki uczenia się, których potrzebują, aby zaspokoić potrzeby zdrowotne populacji, której służą.

Ramy te obejmują niektóre z często pomijanych wyników, które stanowią podstawę świadczenia poszczególnych usług zdrowotnych, takie jak praktyka oparta na współpracy i opieka oparta na szacunku. Ponadto podkreśla potrzebę przygotowania pracowników służby zdrowia do zespołów i środowisk, w których mogą prowadzić praktykę, do indywidualnych i populacyjnych usług zdrowotnych, które mogą świadczyć - w tym przygotowania do sytuacji kryzysowych i reagowania na nie - oraz do powiązanych działań zarządczych i organizacyjnych.

Dziękuję wszystkim pracownikom WHO i ekspertom krajowym, którzy doprowadzili tę publikację do końca i zachęcam do jej stosowania jako zasobu w celu dostosowania programów edukacyjnych pracowników służby zdrowia do potrzeb zdrowotnych populacji.

 Jim Campbell, Dyrektor, Departament Pracowników Służby Zdrowia,

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) v

Podziękowania

Opracowaniem Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla Powszechnego Dostępu do Opieki Zdrowotnej (UHC) kierowała Siobhan Fitzpatrick, przy technicznym wkładzie Ibadata Dhillona i Giorgio Cometto, pod strategicznym nadzorem Jamesa Campbella z Departamentu Pracowników Służby Zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

WHO jest wdzięczna członkom Grupy Roboczej ds. Edukacji, którzy wnieśli wkład techniczny w rozwój konceptualizacji i opracowanie ram. Bez ich wsparcia, wskazówek i wiedzy eksperckiej praca ta nie byłaby możliwa: Ian Bates (Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna, Holandia), Henry Campos (The Network:Towards Unity for Health, Brazylia), Wanicha Chuenkongkaew (Mahidol University, Tajlandia), Address Malata (University of Malawi, Malawi), Senthil Kumar Rajasekaran (World Federation for Medical Education, Wayne State University School of Medicine, Stany Zjednoczone), Sean Tackett (Johns Hopkins Bayview Medical Center, Stany Zjednoczone), Olle ten Cate (University Medical Center, Utrecht, Holandia), Val Wass (World Organization of Family Doctors (WONCA), Wielka Brytania) i Cynthia Whitehead (University of Toronto, Kanada).

WHO dziękuje wielu współpracownikom, organizacjom interesariuszy i indywidualnym nauczycielom, praktykom, organom regulacyjnym i studentom, których oddane wysiłki i wiedza specjalistyczna przyczyniły się do opracowania, sformułowania i sfinalizowania ram. Szczególne podziękowania za poświęcony czas w dostarczaniu informacji zwrotnych i nieocenionych porad dotyczących wstępnych wersji Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC otrzymują: Nadia Cobb (University of Utah, World AMTC Network), Sabiha Essack (University of KwaZulu-Natal), Diana Frymus (Agencja Stanów Zjednoczonych ds. Rozwoju Międzynarodowego), Kristine Gebbie (niezależna ekspertka), Indrajit Hazarika (Biuro Regionalne WHO dla Zachodniego Pacyfiku), Michael Kidd (Departament Zdrowia Rządu Australii), Margrieta Langins (Biuro Regionalne WHO dla Europy), Akiko Maeda (Bank Światowy), Jody-Anne Mills (Departament Chorób Niezakaźnych WHO), Katherine Rouleau (University of Toronto), Lois Schaefer (Agencja Stanów Zjednoczonych ds. Rozwoju Międzynarodowego), Alison Schafer (Departament Zdrowia Psychicznego i Uzależnień WHO), Mary Showstark (Uniwersytet Yale) i Dave Stewart (Międzynarodowa Rada Pielęgniarek).

Ramy skorzystały z bogatego wkładu członków Global Health Workforce Network Education Hub, ośrodków współpracujących WHO, uczestników wydarzeń konsultacyjnych i członków WONCA World, którzy przekazali informacje zwrotne i wskazówki dotyczące iteracyjnych projektów ram. Byli to w szczególności: Mohamed Elhassan Abdalla (University of Limerick), David Addiss (Task Force for Global Health), Lina Bader (Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna), Sabine Bahrer-Kohler (International University of Catalonia), Philip Begg (International Academy of Physician Associate Educators), Sudip Bhandari (Johns Hopkins University), Vince Blaser (IntraHealth International), Charles Boelen (Reseau International Francophone pour la Responsabilité Sociale en Santé), David Bor (Cambridge Health Alliance), Andrew Nelson Brown (IntraHealth International), Andreia Bruno (Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna), William Burdick (Foundation for the Advancement of International Medical Education Research), Howard Catton (Międzynarodowa Rada Pielęgniarek), Adriana Cavalcanti de Aguiar (Fiocruz, MInisterstwo Zdrowia), Somu Chatterjee (International Academy of Physician Associate Educators), Meena Cherian (Geneva Foundation for Medical Education and Research), Mellick Chehade (University of Adelaide), Robin Churchill (Clinton Health Access Initiative), Kristina Collins (Światowa Federacja Dentystyczna), Maria Cordina (University of Malta), Jan De Maeseneer (Ghent University), Aikaterini Dima (Międzynarodowa Federacja Stowarzyszeń Studentów Medycyny IFMSA), Natasha D'Lima (Corvus Health), Ncoza Dlova (Międzynarodowa Liga Towarzystw Dermatologicznych), Michalina Drejza (Uniwersytet Medyczny w Poznaniu), Malike Fair (Association of American Medical Colleges), James Field (Association of Dental Education in Europe), Julian Fisher (State University of New York Upstate Medical University), Claire Fuller (Międzynarodowa Liga Towarzystw Dermatologicznych), John Gilbert (University of British Columbia),

vi

David Gordon (World Federation for Medical Education), Ashley Graham (Task Force for Global Health), Jennene Greenhill (Flinders University), Roderick Hay (Międzynarodowa Liga Towarzystw Dermatologicznych), Amanda Howe (WONCA World), Alan Okwuchukwu Ibeagha (UNICEF), Peter Johnson (Jhpiego), Ramprakesh Kaswa (Walter Sisulu University), Holm Keller (kENUP Foundation), Deborah Kopansky-Giles (Światowa Federacja Chiropraktyki), Juergen Laartz (EDU), Lesley-Anne Long (niezależna ekspertka), Cinthya Lucio (Ministerstwo Zdrowia Meksyku), David Lusale (International Academy of Physician Associate Educators), Anne MacFarlane (University of Limerick), Alias Mahmud (National University of Malaysia), Claire Mahon (Health Service Executive), Silvina Malvarez (National University of Cordoba), Dianne Manning (University of Pretoria), Viviana Martinez Bianchi (WONCA), Caline Mattar (World Medical Association Junior Doctors Network), Lyn Middleton (University of KwaZulu-Natal), Sharon Mitchell (Światowa Federacja Serca WHF), Najia Musolino (Międzynarodowe Towarzystwo Onkologii Geriatrycznej), Nikolai Nunes (Jamajskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny), Lucinda O'Hanlon (Biuro Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Praw Człowieka), Sally Pairman (Międzynarodowa Konfederacja Położnych), Neil Pakenham-Walsh (Health Information for All), Bjorg Palsdottir (Training for Health Equity Network: TheNET), Ilya Plotkin (TRAIN Public Health Foundation), Eleni Politi (niezależna ekspertka), Bahie Rassekh (Bank Światowy i Baha'i Institute for Higher Education), Melody Redman (Leeds Teaching Hospitals NHS Trust), Sandra M. Rowan (niezależna ekspertka), Asma Mohamed Sharif (Imam Abdulrahman Bin Faisal University), Neel Sharma (Szpital Królowej Elżbiety w Birmingham, University of Birmingham), Karolina Socha-Dietrich (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju OECD), Anna Stavdal (WONCA World), Alessandro Stievano (Międzynarodowa Rada Pielęgniarek), Kazumi Tanaka (Gunma University Graduate School of Medicine), Andrea Tenner (University of California San Francisco), Denise Traicoff (Centers for Disease Control and Prevention, Center for Global Health), Kate Tulenko (Corvus Health), Barbara Westwood (niezależna ekspertka), Geoff Westwood (niezależny ekspert) i David Williams (Światowa Federacja Dentystyczna).

Na koniec WHO dziękuje następującym pracownikom, którzy przyczynili się do powstania ram: Jonathan Abrahams (Departament Gotowości Bezpieczeństwa Zdrowia), Ayat Abu-Agla (Departament Pracowników Służby Zdrowia), Onyema Ajuebor (Departament Pracowników Służby Zdrowia), Jhilmil Bahl (Departament Szczepień, Szczepionek i Produktów Biologicznych), Anshu Banerjee (Departament Zdrowia Matki i Dziecka), Shannon Barkley (Departament Zintegrowanych Usług Zdrowotnych), Melissa Kleine-Bingham (Jakość Opieki), Annie Chu (Krajowe Biuro WHO w Wietnamie), Laurence Codjia (Departament Pracowników Służby Zdrowia), Vania de la Fuente-Nunez (Departament Społecznych Determinant Zdrowia), Khassoum Diallo (Departament Pracowników Służby Zdrowia), Meg Doherty (Globalne Programy ds. HIV, WZW i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową), Guy St John Douds Fones Illanes (Departament Chorób Niezakaźnych), Nathan Ford (Globalne Programy ds. HIV, WZW i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową), Jose Garcia Gutierrez (Departament Systemów Ochrony Zdrowia i Usług Zdrowotnych, Panamerykańska Organizacja Zdrowia), Julie Gustavs (Akademia WHO), Luther Gwaza (Departament Regulacji i Kwalifikacji Wstępnej), Minna Hakkinen (Flagowanie Bezpieczeństwa Pacjenta), Qudsia Huda (Departament Gotowości Bezpieczeństwa Zdrowia), Andre llbawi (Programy ds. Raka), Robert Jakob (Departament Danych i Analityki), Richard James (Krajowe Biuro WHO w Wietnamie), Catherine Kane (Departament Pracowników Służby Zdrowia), Umit Kartolgu (Departament Szczepień, Szczepionek i Produktów Biologicznych), Rania Kawar (Departament Pracowników Służby Zdrowia), Lindsey Lee (Departament Chorób Niezakaźnych), Paul Marsden (Departament Pracowników Służby Zdrowia), Carey McCarthy (Departament Pracowników Służby Zdrowia), Frances McConville (Departament Zdrowia Matki i Dziecka), Megan McCoy (Departament Leków i Produktów Zdrowotnych), Michelle Mclsaac (Departament Pracowników Służby Zdrowia), Nana Mensah Abrampah (Jakość Opieki), Lorenzo Moja (Lista Podstawowych Leków), Allyson Moran (Departament Zdrowia Matki i Dziecka), Manjulaa Narasimhan (Departament Zdrowia i Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych), Asiya Odugleh-Kolev (Jakość Opieki), Giulia Oggero (Polityka i Standardy dotyczące Produktów Zdrowotnych), Irina Papieva (Flagowanie Bezpieczeństwa Pacjenta), Mercedes Perez Gonzalez (Sekretariat Listy Podstawowych Procedur Diagnostycznych), Peter Preziosi (Akademia WHO), Annette Pruss-Ustun (Departament Środowiska, Zmian Klimatu i Zdrowia), Teri Reynolds (Departament Zintegrowanych Usług Zdrowotnych), David Ross (Departament Zdrowia Matki i Dziecka), Julia Samuelson (Globalne Programy ds. HIV, WZW i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową), Kylie Shae (Polityka i Standardy dotyczące Produktów Zdrowotnych), David Schellenberg (Globalne Programy ds. HIV, WZW i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową), Amani Siyam (Departament Pracowników Służby

PODZIĘKOWANIA vii

Zdrowia), EmmaTebbutt (Polityka i Standardy dotyczące Produktów Zdrowotnych), Nicole Valentine (Departament Społecznych Determinant Zdrowia), Benoit Varenne (Departament Chorób Niezakaźnych), Cherian Varghese (Departament Chorób Niezakaźnych), Adriana Velazquez Berumen (Urządzenia Medyczne i Procedury In-Vitro), Kerri Viney (Globalne Programy ds. Gruźlicy), Temo Waqanivalu (Departament Chorób Niezakaźnych) i Pascal Zurn (Departament Pracowników Służby Zdrowia).

WHO dziękuje również uczestnikom i współpracownikom za ich opinie podczas następujących spotkań i warsztatów: WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases Working Group on Health Education (luty 2018 r.), Midwifery Education Global Advisory Group (marzec 2018 r.), Malaria Capacity Working Group (marzec 2018 r.), G20 Health Working Group (maj 2018 r.), WHO Working Group on Ensuring Quality in Psychological Support (maj 2018 r.), African Forum for Research and Education in Health (lipiec 2018 r.), Towards Unity for Health Network (sierpień 2018), WHO First Global Conference on Air Pollution and Health (sierpień 2018), WHO Informal Consultation on Vision (październik 2018), Reseau International Francophone pour la Responsabilite Sociale en Sante (marzec 2019) oraz Global Symposium on Health Workforce Accreditation and Regulation (grudzień 2019).

Finansowanie

Opracowanie niniejszego dokumentu było możliwe dzięki wsparciu finansowemu Niemiec, Norwegii, Partnerstwa dla UHC (Belgia, Unia Europejska, Francja, Irlandia, Japonia, Luksemburg, Wielka Brytania i WHO) oraz Amerykańskiej Agencji ds. Rozwoju Międzynarodowego (USAID).

viii GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Skróty

|  |  |
| --- | --- |
| **CBE**  **CHW**  **IPC**  **ISCO**  **PPE**  **SDG**  **UHC**  **UNESCO**  **WHO** | edukacja oparta na kompetencjach [ang. *Competency-Based Education*]  społeczny pracownik służby zdrowia [ang. *Community Health Worker*]  zapobieganie zakażeniom i ich kontrola [ang. *Infection Prevention and Control*]  Międzynarodowy Standard Klasyfikacji Zawodów [ang. *International Standard Classification of Occupation*]  środki ochrony indywidualnej [ang. *Personal Protective Equipment*]  cel zrównoważonego rozwoju [ang. *Sustainable Development Goal*]  powszechny dostęp do opieki zdrowotnej [ang. *Universal Health Coverage*]  Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Oświaty, Nauki i Kultury [*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*]  Światowa Organizacja Zdrowia [ang. *World Health Organization*] |
|  |  |

ix

# Słowniczek

Skuteczne stosowanie Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC w różnych warunkach wymaga klarownego rozumienia terminów, definicji i pojęć. Terminy zdefiniowane tutaj i przyjęte w całych Ramach zostały opracowane i zatwierdzone przez równoległe procesy w ramach WHO *(1),* stanowiącepodstawę ram koncepcyjnych. Tam, gdzie przyjęto istniejące definicje, podano odniesienie.

Edukacja

|  |  |
| --- | --- |
| **Postawa** | Uczucia, wartości i przekonania danej osoby, które wpływają na jej zachowanie i wykonywanie przez nią zadań. |
| **Zachowanie** | Obserwowalne postępowanie wobec innych osób lub zadań, które wyraża daną kompetencję. Zachowania są mierzalne podczas wykonywania zadań. |
| **Kompetentność (też kompetencja)** | Stan biegłości osoby w zakresie wykonywania wymaganych czynności praktycznych zgodnie z określonym standardem. Obejmuje to posiadanie wymaganych kompetencji do wykonania tego w danym kontekście. Kompetentność jest wielowymiarowa i dynamiczna. Zmienia się wraz z upływem czasu, doświadczeniem i otoczeniem. |
| **Kompetencje** | Zdolności danej osoby do integrowania wiedzy, umiejętności i postaw podczas wykonywania zadań w danym kontekście. Kompetencje są trwałe, możliwe do wyuczenia oraz - poprzez wyrażanie zachowań - mierzalne. |
| **Program nauczania oparty na kompetencjach** | Program nauczania, który kładzie nacisk na złożone wyniki uczenia się, a nie koncentruje się głównie na tym, czego uczniowie powinni się nauczyć w zakresie tradycyjnie zdefiniowanych treści przedmiotowych. Zasadniczo taki program nauczania jest skoncentrowany na uczniu i dostosowuje się do zmieniających się potrzeb uczniów, nauczycieli i społeczeństwa. Oznacza to, że czynności i środowiska uczenia się są wybierane tak, aby uczniowie mogli zdobywać i stosować wiedzę, umiejętności i postawy w sytuacjach, które napotykają w środowisku pracy *(2).* |
| **Edukacja oparta na kompetencjach** | Podejście do przygotowania [pracowników służby zdrowia] do praktyki, które jest zasadniczo zorientowane na umiejętności wynikowe i zorganizowane zgodnie z kompetencjami. Zmniejsza znaczenie przywiązywane do szkolenia opartego na czasie i ułatwia większą odpowiedzialność, elastyczność i koncentrację na uczniu *(3).* |
| **Ramy kompetencji** | Zorganizowana i ustrukturyzowana reprezentacja zestawu wzajemnie powiązanych i celowych kompetencji *(4).* |
| **Kompetentny(a)** | Opisuje osobę, która ma zdolność do wykonywania wyznaczonych czynności praktycznych zgodnie z określonym standardem. Jest to równoznaczne z posiadaniem wymaganych kompetencji. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Program nauczania** | Całość zorganizowanych działań edukacyjnych i środowisk, które mają na celu osiągnięcie określonych celów edukacyjnych. Program nauczania obejmuje treści nauczania, organizację i sekwencjonowanie treści, doświadczenia edukacyjne, metody nauczania, formaty oceny oraz poprawę jakości i ocenę programową.) |
| **Domena** | Szeroki, rozróżnialny obszar treści; domeny, łącznie, stanowią ogólne ramy opisowe *(6)*. |
| **Kształcenie w miejscu pracy** | Wszelkie zorganizowane działania edukacyjne dla osób już zatrudnionych przy świadczeniu usług *(7)*. |
| **Edukacja międzybranżowa** | Sytuacja, w której uczniowie z dwóch lub więcej zawodów uczą się o sobie nawzajem, od siebie nawzajem i ze sobą razem *(8)*. |
| **Wiedza** | Przywoływanie szczegółów i uniwersaliów, przywoływanie metod i procesów i/lub przywoływanie wzorca, struktury lub konfiguracji *(9).* |
| **Wykonanie (indywidualny poziom wykonania i wydajność pracy)** | To, po co organizacja zatrudnia pracownika, żeby to robił i żeby to robił dobrze (*10).* Wykonaniejest funkcją kompetencji, motywacji i możliwości uczestnictwa lub wniesienia wkładu *(11).* Podczas gdy kompetencje odzwierciedlają to, co pracownik służby zdrowia umie zrobić, wykonanie jest tym, co pracownik służby zdrowia robi. |
| **Czynności praktyczne** | Podstawowa funkcja praktyki zdrowotnej obejmująca grupę powiązanych zadań. Czynności praktyczne są ograniczone czasowo, możliwe do wyuczenia i - poprzez wydajność w wykonywaniu zadań - mierzalne. Osoby mogą być certyfikowane do wykonywania czynności praktycznych. |
| **Kształcenie wstępne** | Wszelkie zorganizowane działania edukacyjne, które mają miejsce przed i jako warunek wstępny zatrudnienia w miejscu świadczenia usług ft. |
| **Biegłość** | Poziom wydajności danej osoby (na przykład nowicjusz lub ekspert). |
| **Umiejętność** | Określona zdolność poznawcza lub motoryczna, która jest zazwyczaj rozwijana poprzez trening i ćwiczenia, i nie jest zależna od kontekstu. |
| **Odpowiedzialność społeczna**  **w edukacji** | Zobowiązanie instytucji do ukierunkowania swojej działalności edukacyjnej, badawczej i usługowej na rozwiązywanie priorytetowych problemów zdrowotnych społeczności, regionu i/lub społeczeństwa, któremu mają służyć *(12).* |
| **Standard** | Poziom wymaganej biegłości. |
| **Nadzór** | Udzielanie wskazówek i wsparcia w nauce i efektywnej pracy w opiece zdrowotnej poprzez obserwację i kierowanie wykonywaniem zadań lub czynności oraz upewnianie się, że wszystko jest wykonywane prawidłowo i bezpiecznie, z pozycji osoby odpowiedzialnej *(13).* |
| **Zadanie** | Obserwowalna jednostka pracy w ramach działania praktycznego, która opiera się na wiedzy, umiejętnościach i postawach. Zadania są ograniczone czasowo, możliwe do wyuczenia i mierzalne. |

SŁOWNICZEK xi

Zdrowie

|  |  |
| --- | --- |
| **Podmiotowość** | Władza i autonomia, jaką mają ludzie, aby myśleć i działać samodzielnie. Podmiotowość może przybierać formy indywidualne i zbiorowe. |
| **Podejmowanie decyzji oparte na współpracy** | Proces zaangażowania, w którym pracownicy służby zdrowia i osoby indywidualne, opiekunowie, rodziny i społeczności współpracują, aby zrozumieć kwestie zdrowotne i określić najlepszy sposób działania, wykraczający poza dwukierunkową wymianę wiedzy w ramach wspólnego podejmowania decyzji *(14).* |
| **Praktyka oparta na współpracy** | Proces, w którym wielu pracowników służby zdrowia z różnych środowisk zawodowych współpracuje z osobami indywidualnymi, opiekunami, rodzinami i społecznościami w celu zapewnienia najwyższej jakości opieki. Pozwala pracownikom służby zdrowia zaangażować każdą osobę, której umiejętności mogą pomóc w osiągnięciu lokalnych celów zdrowotnych *(8).* |
| **Społeczność (wspólnota)** | Grupa osób, które mają wspólne zainteresowania, obawy lub tożsamość, które mogą, ale nie muszą być połączone przestrzennie *(15).* |
| **Dyskryminacja** | Jakiekolwiek rozróżnienie, wykluczenie, ograniczenie lub preferencja lub inne odmienne traktowanie, które jest bezpośrednio lub pośrednio oparte na zakazanych podstawach dyskryminacji i które ma na celu lub skutkuje zniweczeniem lub naruszeniem uznania, stosowania lub wykonywania, na równych zasadach, praw wynikających z Konwencji. Dyskryminacja obejmuje również podżeganie do dyskryminacji, nękanie i molestowanie *(16).* |
| **Zapobieganie chorobom i urazom** | Konkretne interwencje populacyjne lub indywidualne w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej (wczesnego wykrywania), mające na celu zminimalizowanie obciążenia chorobami i związanymi z nimi czynnikami ryzyka oraz zapobieganie lub zredukowanie powagi urazów ciała spowodowanych przez mechanizmy zewnętrzne, takie jak wypadki, przed ich wystąpieniem *(17).* |
| **Praktyka oparta na dowodach** | Integracja najlepszych dostępnych dowodów z wiedzą i przemyślanymi osądami interesariuszy i ekspertów w celu zaspokojenia potrzeb populacji *(18).* |
| **Zdrowie** | Zdrowie to stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności *(19).* |
| **Interwencja zdrowotna** | Czynność wykonywana na rzecz, z, w imieniu lub przez osobę, rodzinę lub społeczność, której celem jest ocena, poprawa, utrzymanie, promowanie lub modyfikacja zdrowia, funkcjonowania lub warunków zdrowotnych *(20).* |
| **Świadomość zdrowotna** | Umiejętności poznawcze i społeczne, które określają motywację i zdolność jednostek do uzyskiwania dostępu, rozumienia i wykorzystywania informacji w sposób promujący i utrzymujący dobry stan zdrowia *(21).* |
| **Promocja zdrowia** | Proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem i jego uwarunkowaniami poprzez wysiłki w zakresie świadomości zdrowotnej i wielosektorowe działania mające na celu zwiększenie liczby zachowań prozdrowotnych *(17).* |
| **Pracownik służby zdrowia** | Każda osoba zaangażowana w działania, których głównym celem jest poprawa zdrowia *(22).* |

xii GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

|  |  |
| --- | --- |
| **Koncentracja na ludziach** | Podejście do opieki, które świadomie przyjmuje perspektywę jednostek, opiekunów, rodzin i społeczności jako uczestników i beneficjentów zaufanych systemów opieki zdrowotnej, które są zorganizowane zgodnie z kompleksowymi potrzebami ludzi, a nie poszczególnymi chorobami i szanują preferencje społeczne. Opieka skoncentrowana na ludziach wymaga również, aby pacjenci otrzymywali edukację i wsparcie potrzebne do podejmowania decyzji i uczestniczenia w opiece nad sobą oraz aby opiekunowie byli w stanie osiągnąć maksymalną funkcjonalność we wspierającym środowisku pracy. Opieka skoncentrowana na ludziach jest szersza niż opieka skoncentrowana na pacjencie i opieka skoncentrowana na osobie, obejmując nie tylko spotkania kliniczne, ale także zwracając uwagę na zdrowie ludzi w ich społecznościach i ich kluczową rolę w kształtowaniu polityki zdrowotnej i usług zdrowotnych *(23).* |
| **Społeczne uwarunkowania zdrowia** | Warunki, w których ludzie rodzą się, dorastają, żyją, pracują i starzeją się. Okoliczności te są kształtowane przez dystrybucję pieniędzy, władzy i zasobów na poziomie globalnym, krajowym i lokalnym *(24).* |
| **Piętnowanie (stygmatyzacje)** | Piętnowanie (stygmatyzacja) to potężny proces społeczny polegający na dewaluacji osób lub grup w oparciu o rzeczywiste lub postrzegane różnice, takie jak płeć, wiek, orientacja seksualna, zachowanie lub pochodzenie etniczne *(25).* |
| **Powszechny dostęp do opieki zdrowotnej** | Powszechny dostęp do opieki zdrowotnej oznacza, że wszystkie osoby i społeczności otrzymują usługi zdrowotne, których potrzebują, bez ponoszenia trudności finansowych. Obejmuje ono pełne spektrum podstawowych, wysokiej jakości usług zdrowotnych, od promocji zdrowia po profilaktykę, leczenie, rehabilitację i opiekę paliatywną *(26).* |

Bibliografia

1. Mills JA, Middleton J, Schafer A, Fitzpatrick S, Short S, Cieza A. Proposing a reconceptualisation of competency framework terminology for health: a scoping review. Human Resources for Health. 2020;18:15.

2. UNESCO International Bureau of Education. IBE glossary of curriculum terminology. Geneva: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2013.

3. Frank J, Mugroo R, Ahmad Y, Wang M, De Rossi S, Horsley T. Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. Medical Teacher. 2010;32(8):631-7.

4. Englander R, Frank J, Carraccio C, Sherbino J, Ross S, Snell L et al. Towards a shared language for competency-based medical education. Medical Teacher. 2013;39(6):582-7.

5. Van Melle E, Frank J, Holmboe E, Dragone D, Stockley D, Sherbino J et al. A core components framework for evaluating implementation of competency-based medical education programs. Academic Medicine. 2019;94(7):1002-9.

6. Englander R, Cameron T, Ballard A, Dodge J, Bull J, Aschenbrener C. Towards a common taxonomy of competency domains for the health professions and competencies for physicians. Academic Medicine. 2013;88(8):1088-94.

7. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): planning, implementing and evaluating pre-service training. Geneva: World Health Organization; 2001

SŁOWNICZEK xiii

8. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Geneva: World Health Organization; 2010.

9. Bloom B. Taxonomy of educational objectives, handbook: the cognitive domain. New York: David McKay; 1956.

10. Campbell J. Modeling the performance prediction problem in industrial and organizational psychology. W: Handbook of industrial and organizational psychology. California: Consulting Psychologists Press; 1990:687-732.

11. Boxall P. HR strategy and competitive advantage in the service sector. Human Resources Management Journal. 2003;13:5-10.

12. Boelen C, Heck J. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995.

13. ten Cate O. Supervision and entrustment in clinical training: protecting patients, protecting trainees. AHRQ Web M&M. 2018;21:1 -18.

14. O'Grady L, Jadad A. Shifting from shared to collaborative decision making: a change in thinking and doing. Journal of Participatory Medicine. 2010;2:e13.

15. 7th Global Conference on Health Promotion,Track 1: community empowerment. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1>/en/, dostęp na dzień 18 czerwca 2021 r.).

16. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights General comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), 2 July 2009, E/C.12/GC/2. Geneva: UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2009.

17. Assessment of essential public health functions: health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean ([http://www.emro.who.int/about-who/public- health-functions/health-promotion-disease-prevention.html](http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html), dostęp na dzień 18 czerwca 2021 r.).

18. Evidence-based methodologies for public health. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2011.

19. International Health Conference: Constitution of the World Health Organization, 1946. Bulletin of the World Health Organization. 2002;80(12):983-4.

20. International Classification of Health Interventions (ICHI). Geneva: World Health Organization (https:// [www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions](http://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions), dostęp na dzień 18 czerwca 2021 r.).

21. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998.

22. Working together for health: the world health report. Geneva: World Health Organization; 2006.

23. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat. Sixty-ninth World Health Assembly, agenda item 16.1. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/gb/> ebwha/pdf\_files/WHA69/A69\_39-en.pdf, dostęp na dzień 18 czerwca 2021 r.).

24. Social determinants of health. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/social_> determinants/sdh\_definition/en/, dostęp na dzień 18 czerwca 2021 r.).

25. Stigma and discrimination: overview. Health Policy Project (<http://www.healthpolicyproject.com/index>. cfm?ID=topics-Stigma, dostęp na dzień 18 czerwca 2021 r.).

26. Universal health coverage (UHC) fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2019.

xiv GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJStreszczenie

Postęp w kierunku powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej (UHC) wymaga silnych systemów opieki zdrowotnej i pracowników służby zdrowia, którzy są wykształceni i upoważnieni do świadczenia usług zdrowotnych, których potrzebują populacje.

Wiele czynników wpływających na jakość UHC to elementy na poziomie systemu: placówki opieki zdrowotnej; leki, urządzenia i inne technologie; systemy informacyjne; finansowanie; oraz korpus pracowników służby zdrowia. Ramy niniejsze koncentrują się na roli edukacji i szkolenia pracowników służby zdrowia, aby wyposażyć ich w kompetencje, wiedzę, umiejętności i postawy w celu zapewnienia wysokiej jakości opieki zdrowotnej, która jest skuteczna, wydajna, sprawiedliwa, integracyjna, zintegrowana, skoncentrowana na ludziach, bezpieczna i terminowa, podczas pracy w systemie wsparcia, nadzoru i zasobów.

Celem niniejszych Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC jest przyspieszenie rozwoju w dziedzinie zdrowia i postęp w kierunku UHC poprzez dostosowanie podejścia do edukacji pracowników służby zdrowia do potrzeb zdrowotnych populacji i wymagań systemu opieki zdrowotnej. W szczególności głównym celem tego dokumentu jest zapewnienie wytycznych dla specyfikacji wyników kształcenia opartego na kompetencjach pracowników służby zdrowia przed rozpoczęciem pracy i w jej trakcie, które z kolei informują o rozwoju odpowiednich programów nauczania, działań edukacyjnych i podejść do oceny. Ponadto wyniki te mogą również stanowić podstawę dla powiązanych mechanizmów licencjonowania i akredytacji oraz promować dobre praktyki wśród menedżerów i poszczególnych pracowników służby zdrowia. W związku z tym głównym odbiorcą docelowym tego dokumentu są edukatorzy pracowników służby zdrowia, jednak może on być również istotny dla organów licencyjnych i regulacyjnych oraz menedżerów usług zdrowotnych i placówek.

Edukacja oparta na kompetencjach (CBE) to podejście oparte na wynikach, które sytuuje zdobytą wiedzę i umiejętności w kontekście praktyki i świadczonych usług zdrowotnych, podkreślając w ten sposób opanowanie uczenia się do wymaganego standardu wykonania. Zorientowane na działanie zasady CBE wiążą się z lepszym przygotowaniem do praktyki, zaangażowaniem uczniów i wydajnością pracowników służby zdrowia, z potencjałem poprawy wyników zdrowotnych populacji, którym służą pracownicy służby zdrowia. Podejście skoncentrowane na uczniu w ramach edukacji opartej na kompetencjach oraz skupienie się na osiągniętych wynikach, a nie na procesie lub czasie trwania nauki, oferują również potencjał promowania równości i integracji poprzez edukację. Perspektywa płci i równości w edukacji pracowników służby zdrowia może mieć długotrwały, transformacyjny wpływ zarówno na zatrudnienie, jak i na wyniki zdrowotne.

Rosnące oczekiwania wobec pracowników służby zdrowia obejmują potrzebę lepszego włączenia promocji zdrowia do interakcji; wspierania osób, opiekunów, rodzin i społeczności w lepszym zarządzaniu ich zdrowiem; działania jako rzecznicy; lepszego poruszania się po systemie opieki zdrowotnej i współpracy poza sektorem zdrowia, w połączeniu z postępem w zakresie leków, interwencji i technologii opieki zdrowotnej; zarządzania zagrożeniami dla zdrowia i skutkami sytuacji kryzysowych i katastrof, w tym ognisk i epidemii chorób; oraz bycia przygotowanym na zmiany w obciążeniu chorobami i wzrost chorób niezakaźnych.

Kompetencje to zdolności danej osoby do integrowania wiedzy, umiejętności i postaw, przejawiające się w zachowaniach podczas wykonywania zadań. W świadczeniu usług zdrowotnych wiedza techniczna i umiejętności proceduralne muszą być uzupełnione kompetencjami, takimi jak skuteczna komunikacja, praca zespołowa i partnerstwo z jednostkami i społecznościami. Globalne Ramy Kompetencji i Wyników dla UHC są zasadniczo zakorzenione w założeniu, że jakość usług zdrowotnych, a tym samym miara kompetencji poszczególnych

**XV**

pracowników służby zdrowia, wymaga holistycznego skupienia się na zadaniach, które mają być wykonywane, oraz kompetencjach pracowników służby zdrowia, którzy je wykonują.

CBE jest powszechnie uznawana za punkt odniesienia dla przekształcania edukacji i szkolenia pracowników służby zdrowia w celu poprawy wyników dotyczących populacji i zdrowia. Ma ona jednak potencjał poprawy zdrowia społeczności tylko w takim zakresie, w jakim wykorzystuje kontekstowe kwestie zdrowotne do określenia pożądanych rezultatów. Globalne Ramy Kompetencji i Wyników dla UHC zostały zaprojektowane z myślą o potrzebach populacji, zapewniając tym samym skuteczne podejście, dzięki któremu można dostosować strategie edukacyjne w odniesieniu do kontekstu, systemów opieki zdrowotnej i potrzeb zdrowotnych populacji. Kiedy kompetencje dostosowane do potrzeb zdrowotnych populacji i wymagań siły roboczej są wykorzystywane jako ramy organizacyjne dla programów nauczania, ocena tych kompetencji odbywa się w kontekście czynności praktycznych w ramach roli, obowiązków i odpowiedzialności, a postęp jest definiowany przez osiągnięte kompetencje, wtedy można zapewnić jakość i adekwatność umiejętności nowych absolwentów.

Wraz z rozwojem CBE w ciągu ostatnich 30 lat, nastąpiła eksplozja liczby ram kompetencji i opartych na kompetencjach przewodników programowych koncentrujących się na określonym aspekcie praktyki lub grupie zawodowej. Zakres terminologii, konceptualizacji i szczegółowych rozwiązań częściowo przyczynił się do niejednoznaczności i niespójności we wdrażaniu CBE, ograniczając osiągnięcie jej pełnego potencjału. Co więcej, zasoby niezbędne do zidentyfikowania kompetencji dla lokalnych programów nauczania wraz z niezbędnymi inwestycjami w celu aktualizacji i wdrożenia zmian w programach nauczania mogą być zaporowe.

Globalne Ramy Kompetencji i Wyników dla UHC zapewniają jasność terminów i pojęć w CBE oraz nakreślają wspólne podejście do opracowywania programów nauczania opartych na kompetencjach, zorganizowanych zgodnie z podstawowymi funkcjami praktyki zdrowotnej, integrując zachowania jako standardy efektywności. Po drugie, identyfikują kompetencje i ich zachowania składowe, które najlepiej umożliwią pracownikom służby zdrowia przyczynienie się do postępu w kierunku UHC. Po trzecie, rozwój programów nauczania opartych na kompetencjach jest zilustrowany dla pracowników służby zdrowia, którzy odbyli ścieżkę szkolenia wstępnego trwającą 12-48 miesięcy, prowadzą praktykę w ramach systemu nadzoru, wsparcia i skierowań, poprzez określenie ram działań podejmowanych w praktyce świadczenia usług zdrowotnych, nazwanych czynnościami praktycznymi.

Kompetentność to stan biegłości osoby w wykonywaniu wymaganych czynności praktycznych zgodnie z określonym standardem. Obejmuje to posiadanie wymaganych kompetencji do wykonania ich w danym kontekście. Takie podejście do identyfikacji i oceny wyników może być wykorzystane do zaprojektowania lub przeprojektowania programów nauczania w celu włączenia treści przedstawionych w niniejszych ramach, a także z innych ram i źródeł. Niniejsze ramy zostały opracowane przez pryzmat edukacji, ale mogą być również wykorzystywane do definiowania czynności praktycznych i standardów wykonania dla celów regulacji i zatrudnienia.

Rozdział 1 zawiera przegląd podstawowych zasad i podejść edukacyjnych oraz metodologii wykorzystanej do opracowania Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC.

Rozdział 2 identyfikuje 24 kompetencje, które są istotne, aby pracownicy służby zdrowia pełniący różne role przyczyniali się do postępu w kierunku UHC, oraz zachowania, poprzez które te kompetencje są demonstrowane w ich praktyce. Kompetencje te mają fundamentalne znaczenie dla świadczenia wysokiej jakości zintegrowanych usług zdrowotnych skoncentrowanych na ludziach i mają zastosowanie w różnych grupach zawodowych i środowiskach.

W rozdziale 3 zidentyfikowano 35 czynności praktycznych, obejmujących zadania, które opisują podstawowe funkcje praktyki zdrowotnej świadczonej przez pracowników służby zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej, którzy odbyli 12-48-miesięczny okres kształcenia przed rozpoczęciem pracy, a które są uważane za integralną część osiągnięcia UHC. W celu dalszego ukierunkowania rozwoju programów nauczania, do każdej czynności praktycznej dołączono ilustracyjne profile zawodowe i krótkie przewodniki programowe.

xvi GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJRozdział 4 zawiera przewodnik dotyczący korzystania z niniejszych ram i ich późniejszych zastosowań, jak zilustrowano na rysunku E.1, w następujący sposób: najpierw proces kontekstualizacji czynności praktycznych i kompetencji w celu określenia opartych na kompetencjach wyników dla określonego zawodu, otoczenia lub zestawu usług (w tym programów szkoleniowych trwających dłużej niż 48 miesięcy lub programów o krótszej długości); a następnie kroki w celu wykorzystania tych wyników do opracowania programu nauczania opartego na kompetencjach, w tym działań edukacyjnych i ocen, aby umożliwić osobom uczącym się rozwijanie wymaganych kompetencji oraz wiedzy, umiejętności i postaw leżących u podstaw UHC.

Rys. E.1 Podejście do kontekstualizacji Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC

Program nauczania oparty na kompetencjach

Kompetencje i wyniki określone dla danego kontekstu

Globalne Ramy Kompetencji i Wyników

dla UHC



Kompetencje i zachowania pracowników służby zdrowia sprzyjające UHC (Rozdział 2)

Podstawowe ramy ukierunkowujące wyniki programu nauczania na czynności praktyczne, integrujące kompetencje sprzyjające UHC jako standardy (Rozdział 3).

Specyfikacja czynności praktycznych i standardów opartych na kompetencjach dla:

-programu szkoleniowego;

-określonego zawodu; lub

-pakietu usług.

Ramy mogą być dalej „dostosowywane i przyjmowane”; standardy stanowią jednak autorytatywne oświadczenie

Opracowanie programów nauczania dostosowanych do określonych wyników opartych na kompetencjach, w tym treści programowych, sekwencji treści, działań edukacyjnych, ocen i oceniania oraz podejścia do poprawy jakości i ewaluacji programu.

Globalnym Ramom Kompetencji i Wyników dla UHC będą towarzyszyć osobne moduły dla poszczególnych usług, opisujące poszczególne usługi zdrowotne pod względem ich składowych czynności praktycznych. Będą one publikowane stopniowo, aby pomóc w kontekstualizacji programów nauczania w celu kształcenia pracowników służby zdrowia w zakresie świadczenia usług zdrowotnych, które zaspokajają potrzeby zdrowotne populacji.

STRESZCZENIE xvii

1.Wprowadzenie

1.1 Pracownicy służby zdrowia jako czynnik umożliwiający powszechny dostęp do opieki zdrowotnej (UHC)

Zdrowie zajmuje centralne miejsce w Celach Zrównoważonego Rozwoju Organizacji Narodów Zjednoczonych (SDG), które zostały przyjęte przez wszystkie państwa członkowskie ONZ w 2015 r. jako powszechne wezwanie do działania. Obecnie ponad połowa ludności świata nie ma dostępu do podstawowych usług zdrowotnych, a każdego roku 100 milionów ludzi popada w skrajne ubóstwo z powodu kosztów opieki zdrowotnej ponoszonych ze środków własnych *(1)*. Wspólne zobowiązanie do zapewnienia powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej do 2030 r. ma na celu zapewnienie wszystkim ludziom dostępu do pełnego zakresu podstawowych usług zdrowotnych, od promocji zdrowia i zapobiegania urazom, niepełnosprawności i chorobom, po leczenie, rehabilitację i opiekę paliatywną, kiedy i gdzie ich potrzebują, bez trudności finansowych *(2).* Prawie wszystkie cele zrównoważonego rozwoju są ze sobą powiązane i bezpośrednio lub pośrednio przyczyniają się do poprawy zdrowia. Wzmocnienie pracowników służby zdrowia jest bezpośrednio powiązane z celem zrównoważonego rozwoju nr 3 „Zapewnić wszystkim ludziom w każdym wieku zdrowe życie oraz promować dobrobyt” i opiera się na programie realizacji celu zrównoważonego rozwoju nr 4 dotyczącego wysokiej jakości edukacji sprzyjającej włączaniu społecznemu.

W 2016 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oszacowała niedobór pracowników służby zdrowia na 18 milionów do 2030 roku, głównie w krajach o niskim i średnim dochodzie *(3).* Państwa członkowskie potwierdziły swoje zobowiązanie do zwiększenia skali edukacji i szkoleń w celu rozwiązania problemu niedoboru pracowników służby zdrowia (w tym poprzez rezolucje Światowego Zgromadzenia Zdrowia WHA64.6, WHA66.23, WHA67.24, WHA69.24, WHA69.19, WHA70.6 i WHA72.3; decyzję Światowego Zgromadzenia Zdrowia WHA68(11); oraz decyzję Rady Wykonawczej EB140(3)). Optymalizacja dostępności, akceptowalności i jakości pracowników służby zdrowia w celu przyczynienia się do UHC może potencjalnie poprawić wyniki zdrowotne populacji, zwiększyć globalne bezpieczeństwo zdrowotne i przyczynić się do wzrostu gospodarczego *(3).* UHCwymaga nie tylko zwiększenia skali programów edukacyjnych, ale także skupienia się na jakości i adekwatności tych programów w ramach wysiłków na rzecz zapewnienia odpowiednie skomponowanego korpusu pracowników służby zdrowia o odpowiednich kompetencjach świadczących usługi we właściwych miejscach, aby lepiej reagować na zmieniające się potrzeby zdrowotne populacji *(4).*

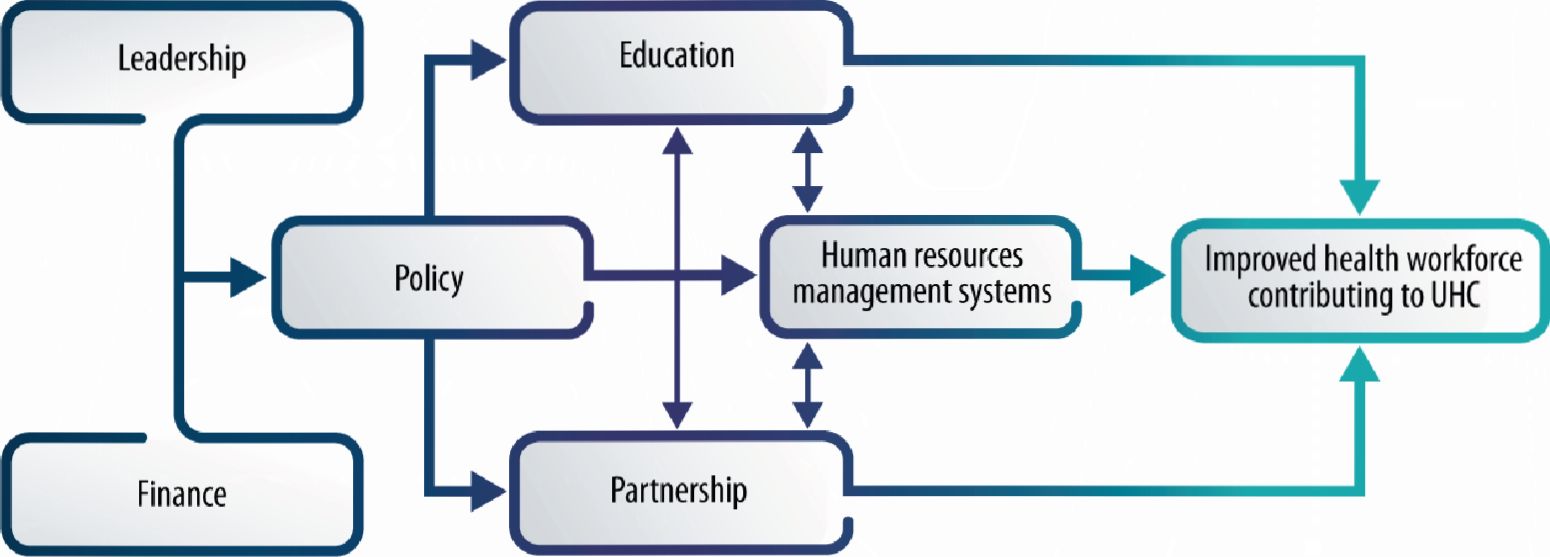
Dane pokazują, że jakość opieki w większości krajów, w szczególności w krajach o niskim i średnim dochodzie, jest mniej niż optymalna *(5).* Jakość w ramach UHC oznacza usługi zdrowotne, które są skuteczne, sprawiedliwe, efektywne, zintegrowane, skoncentrowane na ludziach, bezpieczne i terminowe *(6).* Jakość usług zdrowotnych ma kluczowe znaczenie dla osiągnięcia UHC, poprawiając zdrowie populacji i wyniki zdrowotne; jednak jakość nie przychodzi automatycznie. Pięć podstawowych elementów niezbędnych do świadczenia wysokiej jakości usług opieki zdrowotnej to: pracownicy służby zdrowia; placówki opieki zdrowotnej; leki, urządzenia i inne technologie; systemy informatyczne; oraz finansowanie *(5).* Zapewnienie jakości usług zdrowotnych to złożony i wieloaspektowy koncept, który wymaga zaprojektowania i jednoczesnego wdrożenia całego zestawu odrębnych interwencji. Niniejsze ramy koncentrują się na roli pracowników służby zdrowia w świadczeniu wysokiej jakości usług zdrowotnych, do czego powinni być przeszkoleni.

Rysunek 1.1 podkreśla edukację jako jeden z kluczowych obszarów poprawy wkładu pracowników służby zdrowia w UHC. Maksymalizacja potencjału edukacji wymaga holistycznego podejścia do rynku pracy w służbie zdrowia, aby zapewnić przyjęcie podejścia opartego na populacji do definiowania efektów programów nauczania, jak opisano w niniejszych ramach. Obejmuje to dostosowanie liczby pracowników służby zdrowia do potrzeb i wymagań systemu opieki zdrowotnej; wyposażenie pracowników służby zdrowia poprzez odpowiednią edukację w kompetencje wymagane do skutecznego zaspokajania potrzeb populacji; zapewnienie sprawiedliwego rozmieszczenia

1

geograficznego pracowników służby zdrowia z odpowiednim zestawem umiejętności w celu świadczenia usług zdrowotnych, które zaspokajają zróżnicowane potrzeby populacji; oraz zapewnienie godnych warunków[[1]](#footnote-1) , które zapewniają zatrudnienie transformujące w obszarze płci, wsparcie, nadzór, szkolenia i zasoby w celu optymalizacji motywacji, zatrzymania w zawodzie, rozlokowania i wydajności pracowników służby zdrowia *(7).*

Rys. 1.1 Kluczowe obszary dla poprawy zarządzania pracownikami służby zdrowia



Wzmocnione kadry pracowników służby zdrowia

przyczyniające się do UHC

Partnerstwo

Finanse

Systemy zarządzania

kadrami

Polityka

Edukacja

Przywództwo

*Źródło:* Dostosowane z Cometto, Buchan i Dussault *(8).*

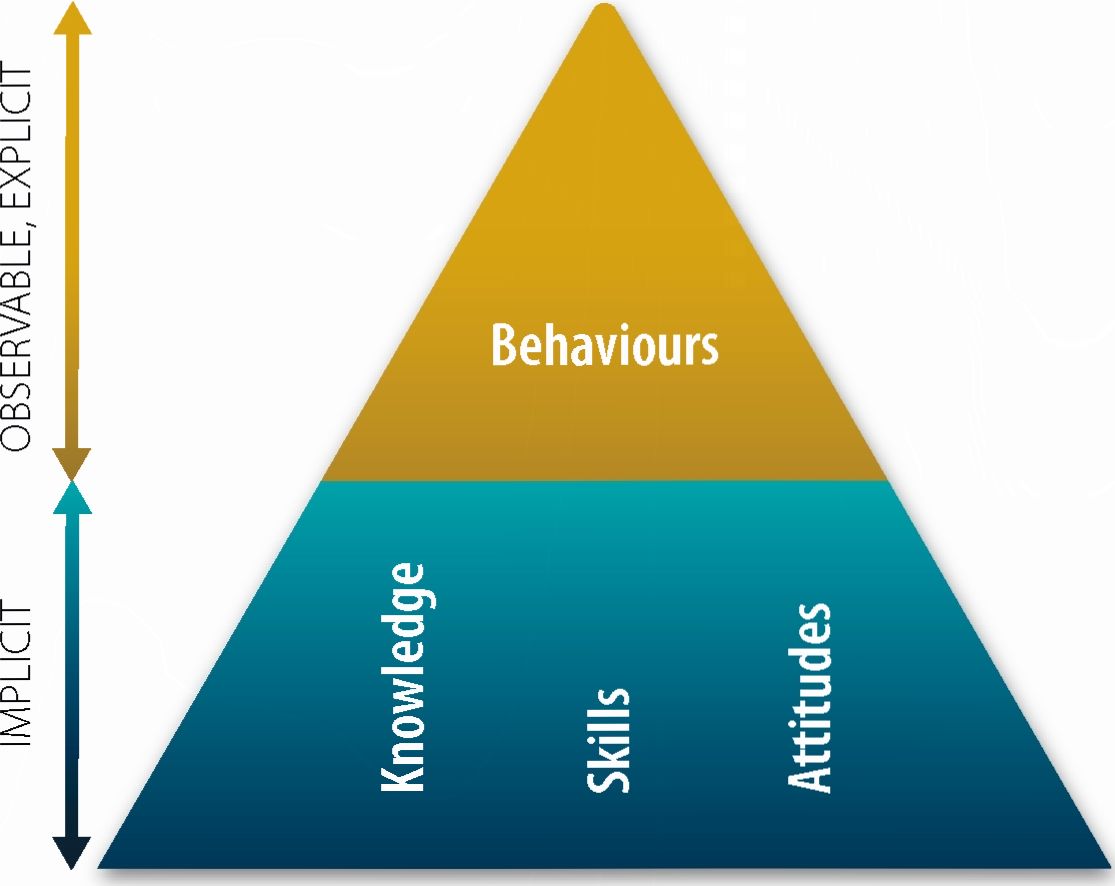
1.2 Edukacja oparta na kompetencjach: podstawa szkolenia pracowników służby zdrowia w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych populacji

Edukacja oparta na kompetencjach (CBE) to oparte na wynikach podejście do projektowania, opracowywania i wdrażania programów nauczania, które kładzie nacisk na opanowanie uczenia się oraz stosowanie wiedzy, umiejętności i postaw w kontekście wyników, a nie na proces uczenia się i zdobywania wiedzy, umiejętności i postaw *(9).* Ma towpływ na opracowywanie i projektowanie programów nauczania oraz ocenę wyników osiągniętych poprzez programy edukacyjne.

Kompetencje to zdolności danej osoby do integrowania wiedzy, umiejętności i postaw, demonstrowane poprzez zachowania, podczas wykonywania zadań w danym kontekście. Model przedstawiony na rysunku 1.2 ilustruje, w jaki sposób w praktyce zachowania są obserwowalnymi, mierzalnymi składnikami kompetencji (jawnymi) obejmującymi wiedzę, umiejętności i postawy (ukryte). Tam, gdzie wiedza stanowi podstawę informacyjną dla zadań, umiejętności są zastosowaniami wyższego rzędu, analizą, oceną i tworzeniem wiedzy. Obecność lub (częściowy) brak wiedzy, umiejętności i postaw można wywnioskować z obecności lub braku powiązanych zachowań demonstrowanych poprzez wykonywanie zadań. W CBE wiedza, umiejętności i postawy stanowią kluczowe podstawy świadczenia usług zdrowotnych - jednak nacisk kładziony jest na integrację i zastosowanie tych podstaw w kontekście wykonania.

W raporcie Komisji Lancet z 2010 roku „Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world” [„*Pracownicy służby zdrowia w nowym stuleciu: przekształcanie edukacji w celu wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej we współzależnym świecie*”] *(10)* wezwano do transformacji edukacji zawodów medycznych w celu wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej w XXI wieku, w tym włączenia podejścia opartego na kompetencjach do programów nauczania, które jest zakorzenione w potrzebach zdrowotnych i potrzebach systemu opieki zdrowotnej, która to koncepcja od tego czasu zyskała coraz większe poparcie *(7,11-13).* CBE była głównym celem reformy edukacyjnej w środowiskach bogatych w zasoby w ciągu ostatnich 30 lat *(9),* początkowo dla pracowników służby zdrowia w środowiskach o wyższych zasobach w Europie, Australii i obu Amerykach, a ostatnio w innych środowiskach i zawodach. Ma ona potencjał, aby być bardziej efektywnym sposobem strukturyzacji programów nauczania *(14)* poprzez włączanie treści istotnych dla osiągnięcia wyników.

2 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ



OBSERWOWALNE, JAWNE

UKRYTE

Postawy

Umiejętności

Wiedza

Zachowania

Rys. 1.2 Kompetencje w wykonywaniu zadań i związek z wiedzą, umiejętnościami, postawami i zachowaniami

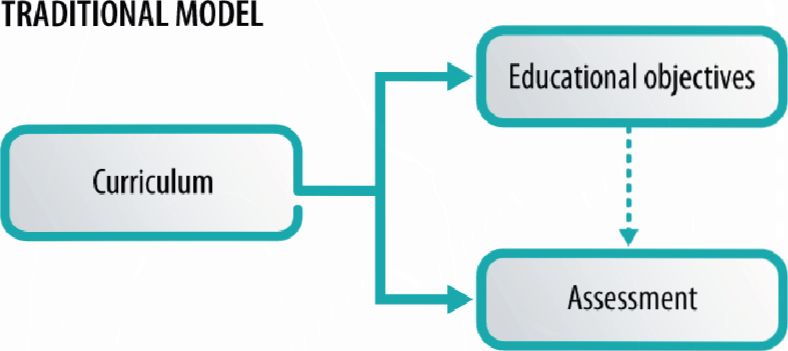
Wiąże się to z wyższymi wynikami oceny *(15),* ogólnie szybszym tempem uczenia się *(16),* zmniejszonym zróżnicowaniem wyników osób uczących się *(17),* lepszym przygotowaniem osób uczących się do oceny *(18)* i do praktyki *(19),* zadowoleniem osób uczących się z przydatności uczenia się *(18)* oraz zaspokajaniem potrzeb osób uczących się, administratorów, wykładowców i pacjentów *(20)*. Podejście skoncentrowane na osobie uczącej się w ramach edukacji opartej na kompetencjach oraz skupienie się na osiągniętych wynikach, a nie na procesie lub czasie trwania nauki, oferuje również potencjał promowania równości i integracji poprzez elastyczne ścieżki edukacyjne *(21).* Perspektywa płci i równości w edukacji pracowników służby zdrowia może mieć długotrwały, transformacyjny wpływ zarówno na zatrudnienie, jak i wyniki zdrowotne.

Rysunek 1.3 przedstawia przejście od tradycyjnych modeli edukacji, które koncentrują się na treściach programowych i kompetencjach mierzonych poprzez zdobywanie wiedzy, umiejętności i postaw oraz ukończony czas szkolenia. Modele CBE koncentrują się na zastosowaniu wiedzy, umiejętności i postaw w kontekście określonych kompetencji i wyników programu. Co więcej, kompetencje i wyniki programu są wyraźnie zdefiniowane w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych i systemów opieki zdrowotnej.

MODEL TRADYCYJNY

Ocena

Program nauczania



Rys. 1.3 Porównanie tradycyjnych modeli edukacji i CBE

**MODEL EDUKACJI OPARTY NA KOMPETENCJACH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Potrzeby zdrowotne  Systemy opieki zdrowotnej |  | Kompetencje  Wyniki |  | Program nauczania |

*Źródło:* Dostosowane na podstawie Frenk et al. *(10).*

1. WPROWADZENIE 3

CBE ma potencjał poprawy zdrowia społeczności tylko w takim zakresie, w jakim kontekstowe kwestie zdrowotne są wykorzystywane do określenia pożądanych kompetencji *(10).* Opracowywanie programów nauczania opartych na kompetencjach w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych populacji jest procesem, który rozpoczyna się najpierw od określenia potrzeb zdrowotnych populacji; potem następuje zdefiniowanie wyników potrzebnych do zaspokojenia tych potrzeb; i wreszcie dostosowanie programu nauczania do tych wyników. Osiągnięcie pełnego potencjału CBE wymaga czegoś więcej niż tylko wyrażenia kompetencji w formie ram; wymaga również szeregu metod pedagogicznych, technik edukacyjnych, doświadczeń edukacyjnych i oceny, aby wspierać uczniów w rozwijaniu kompetencji i osiąganiu określonych wyników. Zasady CBE, podsumowane w tabeli 1.1, powinny kierować (prze)projektowaniem i oceną programów nauczania opartych na kompetencjach. Bez nich CBE staje się niewiele więcej niż tradycyjnymi formami edukacji z wyraźniej zdefiniowanym zestawem efektów uczenia się *(22).*

Cele edukacyjne

**Tabela 1.1 Zasady CBE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zmienna** | **Tradycyjna edukacja** | **Edukacja oparta na kompetencjach** |
| **Siła napędowa programu nauczania** | Treść | Wynik |
| **Cel spotkania edukacyjnego** | Zdobywanie wiedzy, umiejętności i postaw | Zastosowanie wiedzy, umiejętności i postaw w działaniu |
| **Siła napędowa postępu** | Nauczyciel | Osoba ucząca się |
| **Ścieżka nauki** | Hierarchiczna (nauczyciel -> uczeń) | Niehierarchiczna (nauczyciel <-> osoba ucząca się) |
| **Odpowiedzialność za treść** | Nauczyciel | Osoba ucząca się, nauczyciel, instytucja i organ zarządzający razem |
| **Organizacja treści** | Faza przedkliniczna i kliniczna | Modułowe, progresywne sekwencjonowanie |
| **Typowe narzędzie oceny** | Pojedynczy pomiar, jeden środek | Wiele pomiarów i środków („portfolio oceny”) |
| **Narzędzia oceny** | Zastępcze | Autentyczne (naśladuje rzeczywiste zadania opieki zdrowotnej) |
| **Warunki oceny** | Podejście Gestalt (kompetencje określane jako suma części) | Bezpośrednia obserwacja (kompetencje określane jako zintegrowana całość, więcej niż suma części) |
| **Ewaluacja** | Odniesienie do normy | Standardy oparte na kryteriach |
| **Harmonogram oceny** | Na koniec programu (ocean sumatywna) | Regularna, ciągła (formatywna), jak również na koniec programu i ciągła (sumatywna). |
| **Ukończenie program** | Stały czas (niezależny od potrzeb) | Zmienny czas (dostosowany do potrzeb) |

*Źródło:* Dostosowane na podstawie Van Melle et al. *(23)* oraz Carraccio et al. *(24).*

WHO po raz pierwszy zaproponowała edukację pracowników służby zdrowia opartą na wynikach, zorganizowaną zgodnie z funkcjami pracy, w 1978 roku *(25).* Od lat 90. wiele programów edukacyjnych dla pracowników służby zdrowia w różnych grupach zawodowych i regionach zintegrowało podejście programowe oparte na kompetencjach, z coraz większym naciskiem na wyniki behawioralne obok wyników funkcjonalnych. Istnieją jednak obawy, że w niektórych krajach nadal istnieje rozbieżność między strategiami edukacyjnymi a potrzebami populacji. W niektórych przypadkach programy szkoleniowe są przestarzałe, nadal koncentrują się na zdobywaniu, a nie stosowaniu wiedzy i wykorzystują statyczne programy nauczania, które produkują źle wyposażonych pracowników służby zdrowia *(10, 26).* Jednocześnie, biorąc pod uwagę utrzymujące się różnice w dostępie do opieki zdrowotnej w wielu krajach stosujących modele CBE, oczywiste jest, że modele oparte na kompetencjach same w sobie nie zapewnią zaspokojenia potrzeb populacji. Aby tak się stało, osoby wdrażające podejście programowe oparte na kompetencjach muszą konsekwentnie stosować perspektywę potrzeb populacji do wszystkich projektów edukacyjnych. Globalne Ramy Kompetencji i Wyników dla UHC zostały zaprojektowane z naciskiem na potrzeby populacji, zapewniając tym samym niezwykle skuteczne podejście, dzięki któremu można dostosować strategie edukacyjne w odniesieniu do kontekstu krajowego, systemów opieki zdrowotnej i potrzeb zdrowotnych populacji.

4 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

1.3 Cele Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC

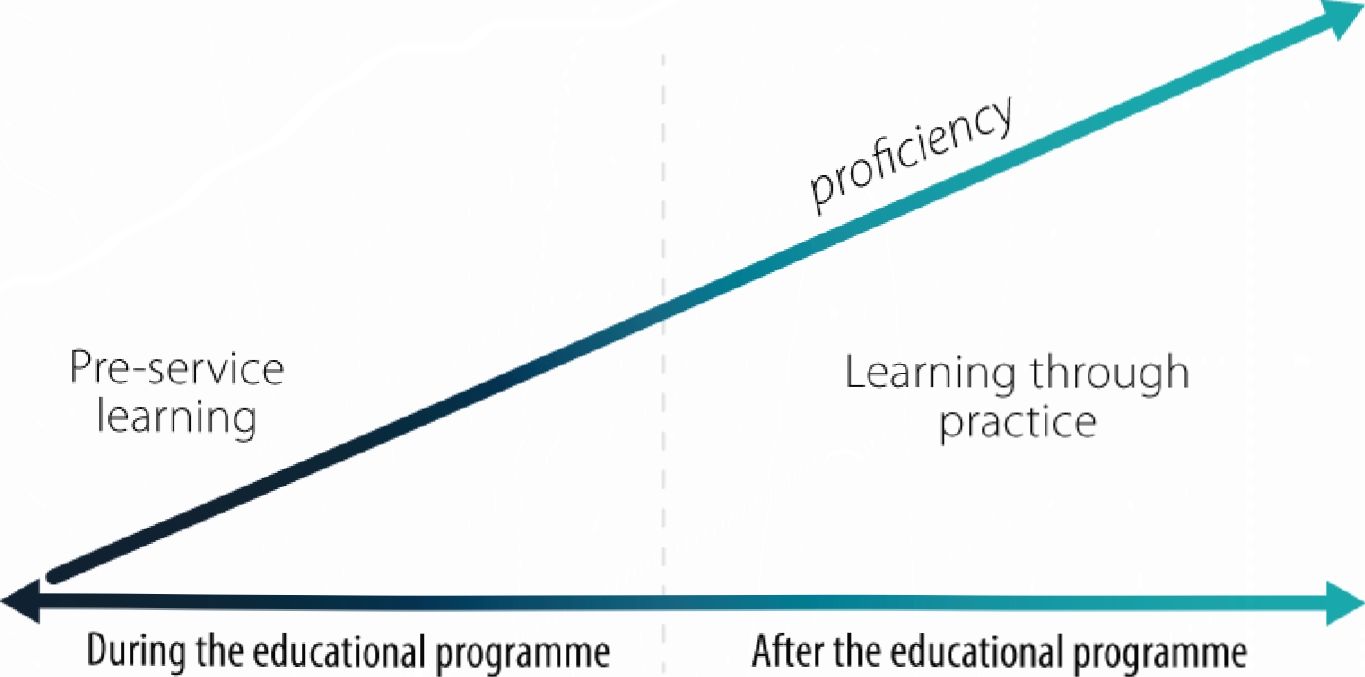
Globalne Ramy Kompetencji i Wyników dla UHC mają na celu poprawę zdrowia i postęp w kierunku UHC poprzez dostosowanie podejść do edukacji pracowników służby zdrowia do potrzeb zdrowotnych populacji i wymagań systemu opieki zdrowotnej.

Nacisk na integrację kompetencji w kształceniu przed rozpoczęciem pracy, co ma znaczenie dla kształcenia w miejscu pracy, regulacji, zatrudnienia i rozwoju kariery zawodowej.

Zastosowanie ram kompetencji i wyników rozciąga się na edukację, regulacje i zatrudnienie. Głównym celem Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC jest kształtowanie programów edukacyjnych w celu przygotowania pracowników służby zdrowia do praktyki medycznej. Ramy mogą być również wykorzystywane przez pracodawców do formułowania oczekiwań wobec pracowników służby zdrowia w praktyce; do identyfikowania potrzeb szkoleniowych; oraz do formułowania definicji ról i obowiązków zawodowych lub regulowania zakresów praktyki.

Biegłość danej osoby - jej poziom wykonania - może wzrosnąć wraz ze szkoleniem i doświadczeniem. Rysunek 1.4 ilustruje rolę edukacji wstępnej poprzedzającej podjęcie pracy w rozwijaniu wiedzy, umiejętności, postaw i kompetencji w celu osiągnięcia stanu biegłości, który spełnia wymagane standardy praktyki. Ten poziom biegłości jest znany jako kompetentność. Aby CBE była adekwatna, konieczne jest, aby kompetencje na poziomie wymaganym od absolwentów lub, w przypadku opieki zdrowotnej, od praktyki, były zdefiniowane zewnętrznie. Ponadto, poprzez zdefiniowanie wspólnego zestawu oczekiwań i wspólnego języka, wyniki zdefiniowane na poziomie kompetencji mogą zapewnić większą odpowiedniość między edukacją a zatrudnieniem.

Rys. 1.4 Kontinuum uczenia się w praktyce pracy w służbie zdrowia



Po zakończeniu programu edukacyjnego

Podczas programu edukacyjnego

Uczenie się

poprzez praktykę

Biegłość

Kształcenie przed podjęciem pracy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOWICJUSZ** | **KOMPETENTNY** | **EKSPERT** |
| (Nabywanie  Wiedza | (Stosowanie  Wiedza | (Ocena |
| wiedzy) | wiedzy) | i synteza wiedzy) |

1. WPROWADZENIE 5

| Podstawowe narzędzie do przyjęcia i adaptacji przez edukatorów i organy regulacyjne

Nie ma jednego standardu kompetencji, ponieważ standard ten musi odzwierciedlać role i obowiązki, poziom nadzoru, kulturę i kontekst oraz usługi zdrowotne, które mają być świadczone. Różnorodność usług zdrowotnych i priorytetów zdrowotnych w różnych środowiskach, a także różne środowiska zasobów i zespoły, w których praktykują pracownicy służby zdrowia, wymagają, aby Globalne Ramy Kompetencji i Wyników dla UHC były kontekstualizowane. Niniejsze ramy są zaprojektowane z myślą o ich stosowaniu w podejściu „przyjmuj i adaptuj”. Aby ułatwić tę adaptację, opublikowane zostaną towarzyszące moduły specyficzne dla usług.

| ► Kompetencje, które są istotne dla obecnej i przyszłej praktyki w służbie zdrowia

Ramy te mają na celu kierowanie rozwojem programów nauczania w celu szkolenia pracowników służby zdrowia, aby sprostać wymaganiom obecnej i przyszłej praktyki w służbie zdrowia. Powszechnie uznawaną zaletą CBE jest jej elastyczność w porównaniu z tradycyjnymi programami nauczania skoncentrowanymi na wiedzy. Elastyczność ta jest dwojaka: po pierwsze, odnosi się do modułowej organizacji programów nauczania opartych na kompetencjach, umożliwiających stopniowe sekwencjonowanie treści i nabywanie bardziej złożonych lub bardziej autonomicznych wyników; po drugie, do nacisku na rozwój indywidualnych kompetencji ucznia, tak aby zachowania były długotrwałe. To właśnie kompetencje umożliwiają uczącym się zdobywanie umiejętności i nowej wiedzy oraz angażowanie się w uczenie się przez całe życie, pomagając w ten sposób w budowaniu elastycznej i reaktywnej kadry.

Pojawiające się trendy w usługach zdrowotnych, które będą miały wpływ na przyszłą praktykę pracy w służbie zdrowia, obejmują przeprojektowanie systemu opieki zdrowotnej, rolę technologii i zmieniające się obciążenia chorobami *(10, 27-30).* Prognozy te wpłynęły na rozwój Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC oraz identyfikację kompetencji pracowników służby zdrowia pracujących w ramach skoncentrowanej na ludziach, zintegrowanej, opartej na zespołach opieki zdrowotnej. Zaleca się okresowy przegląd zarówno Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC, jak i kontekstowych programów nauczania opartych na kompetencjach opracowanych w związku z nimi, aby zapewnić ich ciągłą aktualność.

Skupienie się na podstawowych funkcjach usług zdrowotnych, ponieważ przyczyniają się one do osiągnięcia UHC, a nie na tym, kto powinien je świadczyć.

Globalne Ramy Kompetencji i Wyników dla UHC koncentrują się na świadczeniu usług zdrowotnych, a nie na tym, kto powinien je świadczyć. Różnorodność ról i umiejętności związanych z tytułami zawodowymi w różnych krajach i jurysdykcjach oraz nakładające się zakresy praktyki prowadzonej z różnymi kwalifikacjami sprawiają, że są one mniej pomocnym punktem wyjścia. Skupienie się na podstawowych funkcjach usług zdrowotnych, a nie na różnych grupach zawodowych, ma szerokie zastosowanie w różnych środowiskach i definicjach zawodowych. Profile zawodowe są dostarczane w celu zilustrowania, w jaki sposób ramy mogą być określone dla danej roli lub środowiska; nie są one nakazowe, ale stanowią punkt wyjścia do kontekstualizacji.

W wielu kontekstach użycie terminu „specjalista” oznacza regulowany zakres praktyki, co nie jest prawdą w przypadku wszystkich pracowników służby zdrowia, których ścieżka szkolenia przed podjęciem pracy trwa 12-48 miesięcy. W związku z tym termin „specjalista” nie jest używany w niniejszych ramach, które zamiast tego odnoszą się do grup zawodowych i praktyki współpracy.

Koncentracja na UHC poprzez podstawową opiekę zdrowotną

Podstawowa opieka zdrowotna to fundament UHC *(31). W* Deklaracji z Astany w sprawie podstawowej opieki zdrowotnej uznano, że jej wzmocnienie jest najbardziej inkluzywnym, skutecznym i wydajnym podejściem do poprawy zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego oraz dobrostanu ludzi *(32).* Podstawowa opieka zdrowotna jest niezbędnym fundamentem UHC poprzez skupienie się na uwarunkowaniach zdrowia i dobrostanu, wzmocnieniu pozycji ludzi i społeczności oraz zintegrowanych usługach zdrowotnych opartych na podstawowej opiece zdrowotnej i publicznych usługach zdrowotnych. Globalne Ramy Kompetencji i Wyników dla UHC zostały celowo zaprojektowane z myślą o podstawowej opiece zdrowotnej, zapewniając w ten sposób niezwykle skuteczne podejście, dzięki któremu można dostosować strategie CBE do kontekstu krajowego, systemów opieki zdrowotnej i potrzeb populacji.

6 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPEIKI ZDROWOTNEJZapewnienie, że podstawowa opieka zdrowotna w pełni przyczynia się do powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej, wymaga, aby skuteczne i skoordynowane wielodyscyplinarne zespoły o różnych kompetencjach i zakresach praktyki zajmowały się zaspokojeniem potrzeb zdrowotnych populacji, w ramach systemu skierowań do innych placówek opieki zdrowotnej. Skład zespołów podstawowej opieki zdrowotnej zależy od kontekstu każdego kraju, dostępności zasobów i możliwości inwestycyjnych i może obejmować lekarzy rodzinnych, lekarzy o dowolnej innej specjalizacji pracujących na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki, położne, farmaceutów, dentystów, rehabilitantów, pracowników środowiskowej służby zdrowia, dietetyków, pracowników opieki społecznej, pracowników socjalnych, personel administracyjny i pomocniczy oraz tradycyjnych uzdrowicieli *(28).*

Ilustracja podejścia do opracowywania programów nauczania dla pracowników służby zdrowia ze ścieżką szkolenia wstępnego trwającą od 12 do 48 miesięcy.

Podejście do opracowywania programów nauczania opartych na kompetencjach jest potencjalnie właściwe dla wszystkich grup pracowników służby zdrowia oraz programów szkolenia w miejscu pracy i przed rozpoczęciem pracy o różnym czasie trwania. Rozwój programów nauczania opartych na kompetencjach zilustrowano dla pracowników służby zdrowia ze ścieżką kształcenia wstępnego przed rozpoczęciem pracy trwającą 12-48 miesięcy, praktykujących w ramach systemu nadzoru, wsparcia i skierowań.

Wybrano koncentrację na ramach dla pracowników służby zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej ze ścieżkami kształcenia wstępnego trwającymi od 12 do 48 miesięcy, ponieważ programy te są zasadniczo spójne. Istnieją znaczne różnice w programach trwających krócej niż 12 miesięcy, a krótsze programy mogą też nie być wystarczające do pełnego rozwinięcia pożądanych kompetencji. Co więcej, istnieje już znaczna standaryzacja i regulacja treści programów szkoleniowych dłuższych niż 48 miesięcy, a programy te różnią się znacznie pod względem zakresu i długości szkolenia; włączenie do tego dokumentu grup zawodowych ze ścieżką kształcenia przed rozpoczęciem pracy dłuższą niż 48 miesięcy spowodowałoby zbyt niejednorodny zakres zastosowania i dlatego zostało wykluczone.

Zdefiniowanie zakresu niniejszych ram kompetencji w odniesieniu do grupy docelowej pracowników służby zdrowia z wykształceniem trwającym od 12 do 48 miesięcy pozwala na kompleksowe i bardziej spójne podejście do identyfikacji kompetencji, które umożliwiają skuteczne działanie. Przykładami grup zawodowych (Międzynarodowy Standard Klasyfikacji Zawodów 2008 (ISCO-08)) objętych zakresem niniejszych ram są specjaliści pielęgniarstwa (grupa ISCO-08 2221), niektórzy pracownicy środowiskowej służby zdrowia (grupa ISCO-08 3253) z wykształceniem dłuższym niż 12 miesięcy, młodszy personel pielęgniarski (grupa ISCO-08 3221) i ratownicy medyczni (grupa ISCO-08 2240) *(33).*

1.4 Metodologia

Rozwój Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC został oparty na partycypacyjnym podejściu do opracowywania, walidacji i budowania konsensusu. Konceptualizacja ram i organizacja treści reprezentują konsensus zakorzeniony w dowodach i informacjach na temat podstawowych funkcji praktyki zdrowotnej świadczonych przez pracowników służby zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej z 12-48-miesięcznym okresem kształcenia wstępnego przed rozpoczęciem pracy; wzorce zachowań wykazywane najczęściej przez pracowników służby zdrowia osiągających dobre wyniki; aktualną teorię edukacyjną i podejścia do wdrażania CBE; oraz oczekiwane przyszłe wymagania dla pracowników służby zdrowia. Chociaż kroki opisane na rysunku 1.5 sugerują liniowy rozwój ram, proces ten obejmował iteracyjne konsultacje i walidację podejścia koncepcyjnego, kompetencji i wyników oraz podejścia do kontekstualizacji.

1. WPROWADZENIE 7

**Rys. 1.5 Iteracyjny rozwój Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC**

Iteracyjne konsultacje i rozwój programu

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zdefiniuj zakres i zasady przewodnie | Gromadzenie i kodowanie informacji | Opracuj ramy koncepcyjne | Określ funkcje praktyki w służbie zdrowia (czynności praktyczne | Określ kompetencje | Opracuj wytyczne programu nauczania | Sfinalizuj |

| ► Gromadzenie informacji

Informacje zostały zebrane z szerokiego zakresu źródeł w celu opracowania konceptualizacji i treści ram. Obejmowały one informacje na temat zakresu usług zdrowotnych i priorytetów zdrowotnych; perspektywy osób zaangażowanych w otrzymywanie i świadczenie usług zdrowotnych; zachowania lub działania, które pracownik służby zdrowia może wykonać, aby zapewnić jakość opieki zdrowotnej; oraz parametry jakości opieki zdrowotnej, które są poza kontrolą pracowników służby zdrowia.

* **Role i obowiązki pracowników służby zdrowia, ścieżki usług i usługi zdrowotne jako czynniki przyczyniające się do UHC w różnych kontekstach.** Informacje zostały zebrane z istniejącej dokumentacji, w której skład weszły: Disease Control Priorities [*Priorytety Kontroli Chorób*]*,* wydanie trzecie *(34);* International Classification of Diseases [*Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób*], wydanie 11 *(35);* International Classification of Primary Care [*Międzynarodowa Klasyfikacja Podstawowej Opieki Zdrowotnej*], wydanie drugie poprawione *(36);* International Classification of Health Interventions [*Międzynarodowa Klasyfikacja Interwencji Zdrowotnych*] *(37);* InternationalStandard Classification of Occupations [*Międzynarodowa Standardowa Klasyfikacja Zawodów*] (ISCO-08) *(33);* profile ról zawodowych *(38, 39);* wczesne projekty kompendium interwencji WHO na rzecz UHC (w przygotowaniu); wskaźniki znacznikowe do pomiaru zasięgu podstawowych usług zdrowotnych dla UHC *(40);* oraz modelowanie zapotrzebowania na zasoby w krajach o niskim i średnim dochodzie *(41).*
* **Podstawy UHC.** Priorytety WHO dotyczące UHC, wyrażone w globalnych dokumentach strategicznych i globalnych priorytetach, zostały ocenione w celu zidentyfikowania wkładu poszczególnych pracowników służby zdrowia, pracowników służby zdrowia jako całości i programów edukacyjnych w przyczynianie się do postępu w kierunku UHC poprzez podstawową opiekę zdrowotną. Ocena ta obejmowała dokumentację w następujących obszarach:

-podstawowa opieka zdrowotna *(29, 31, 32)*

-gotowość na wypadek sytuacji kryzysowych i globalne bezpieczeństwo zdrowotne *(7, 42)*

-oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe *(43)*

-zintegrowane usługi zdrowotne skoncentrowane na ludziach *(6 ,44)*

-zdrowie populacji *(7)*

-determinanty zdrowia *(45)*

-promocja zdrowia i profilaktyka *(46)*

-edukacja międzybranżowa i praktyka oparta na współpracy *(46)*

-bezpieczeństwo pacjentów i jakość opieki *(5, 47, 48)*

-odpowiedzialność społeczna *(27, 49)*

-podejście do zdrowia oparte na prawach człowieka *(50, 51)*

-technologie cyfrowe i inne *(52)*

-uczenie się przez całe życie *(53).*

8 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

* **Istniejące ramy kompetencji i programy nauczania oparte na kompetencjach.** Ponad 200 ram kompetencji i ram kompetencji i zdolności dla pracowników służby zdrowia oraz kolejne 100 innych ram wyników, w tym programów nauczania i standardów opartych na kompetencjach, zostało przeanalizowanych pod kątem definicji, podejścia, zakresu i treści. Zastosowano szeroką strategię wyszukiwania, aby zidentyfikować odpowiednie ramy w różnych grupach zawodowych i w różnych kontekstach krajowych. Szczególną uwagę zwrócono na modele CanMEDS *(54)* i Accreditation Council for Graduate Medical Education [*Rady Akredytacyjnej dla Podyplomowego Kształcenia Medycznego*] *(55),* które zostały zaadaptowane odpowiednio w 23 i 9 innych ram, o których mowa w niniejszej pracy; propozycję globalnych domen kompetencji sformułowaną przez Stowarzyszenie Amerykańskich Kolegiów Medycznych [*Association of American Medical Colleges*] *(56);* trzy globalne, dostosowane do konkretnych zawodów ramy opracowane przez Międzynarodową Federację Farmaceutyczną *(57),* Międzynarodową Radę Pielęgniarek *(58)* i Międzynarodową Konfederację Położnych *(59);* oraz 31 ram opublikowanych przez WHO.
* **Literatura na temat zalet, ograniczeń i zastosowań ram kompetencji i CBE.** Przeprowadzono przegląd literatury akademickiej, pojawiających się w obrębie CBE koncepcji oraz badań dotyczących zalet i ograniczeń CBE w odniesieniu do edukacji pracowników służby zdrowia, korzystając w szczególności z wysiłków Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju *(12)*, Stowarzyszenia Amerykańskich Kolegiów Medycznych *(60)* i współpracowników Międzynarodowej Edukacji Medycznej Opartej na Kompetencjach [*International Competency-Based Medical Education*] *(56)* w celu harmonizacji kompetencji i terminologii. Szczególną uwagę zwrócono na powierzane czynności zawodowe *(61, 62).*

| (Grupa robocza pedagogów

Sformowano grupę roboczą składającą się z dziewięciu pedagogów wywodzących się ze środowisk edukacji klinicznej w stomatologii, pielęgniarstwie, medycynie, położnictwie i farmacji, i z krajów o różnych poziomach rozwoju społeczno-gospodarczego. Grupa spotkała się osobiście w grudniu 2018 r., aby doradzić w sprawie podejścia koncepcyjnego i wstępnej treści, a następnie nadal oferowała porady dotyczące wstępnych wersji iteracyjnych.

| Iteracyjne konsultacje i opracowania

Centrum Edukacyjne Globalnej Sieci Pracowników Służby Zdrowia [*Global Health Workforce Network Education Hub*] powstało jako wirtualna społeczność praktyków pracujących w sieciach, agencjach, instytucjach akademickich i indywidualnych ekspertów w dziedzinie edukacji pracowników służby zdrowia z różnych regionów i grup zawodowych. Członkowie zgłaszali się sami, do czego zachęcano za pośrednictwem mediów społecznościowych, a także poprzez spotkania, sieci i stronę internetową WHO. Członkowie Centrum Edukacyjnego Globalnej Sieci Pracowników Służby Zdrowia przekazali informacje zwrotne na temat trzech pełnych wersji roboczych oraz podzielili się przykładami i odniesieniami, wnosząc wkład w iteracyjne opracowanie ram za pośrednictwem grupowych połączeń konferencyjnych i forów dyskusyjnych. W czasie końcowych konsultacji grupa liczyła ponad 500 członków z 83 krajów.

Przeprowadzono dalsze ukierunkowane konsultacje z biurami regionalnymi WHO, działami technicznymi WHO, ośrodkami współpracującymi z WHO, indywidualnymi ekspertami, grupami interesariuszy i stowarzyszeniami zawodowymi, zachęcając wszystkie osoby i grupy interesariuszy do późniejszego zaangażowania się za pośrednictwem forów dyskusyjnych w prace Centrum Edukacyjnego Globalnej Sieci Pracowników Służby Zdrowia w celu zapewnienia przejrzystości i osiągnięcia konsensusu.

1.5 Ramy koncepcyjne

**| Jasność terminów, definicji i konceptualizacji w CBE.**

Kompetentność i kompetencja stały się jednymi z najczęściej używanych terminów w edukacji pracowników służby zdrowia, jednak niektórzy uważają je za terminy odrębne, a inni - za zamienne. Podczas przeglądu

1. WPROWADZENIE 9

istniejących ram, na podstawie których powstała niniejsza praca, zidentyfikowano 200 różnych terminów - na przykład subkompetencja, metakompetencja, element i wskaźnik - czasami oznaczających to samo, czasami oznaczających różne rzeczy i często o różnych poziomach szczegółowości i różnej konstrukcji. Co więcej, podczas opracowywania tych ram zidentyfikowano 120 różnych definicji kompetentności i 48 definicji kompetencji jako umiejętności. Podobieństwo terminów, potęgowane przez niuanse, które czasami giną w tłumaczeniu między językami, przyczyniło się do zamieszania terminologicznego i utrudniło stosowanie CBE. W ocenach i komentarzach dotyczących CBE to właśnie wskazywano jako czynnik ograniczający maksymalizację potencjału CBE: nie jest to tylko kwestia semantyki, ponieważ czynnik ten wpływa na formułowanie wyników, a tym samym doświadczeń edukacyjnych w celu osiągnięcia tych wyników i oceny kompetencji.

Wspólna dla definicji kompetentności i kompetencji jest integracja wiedzy, umiejętności i innych atrybutów (takich jak postawy, przekonania, osądy, mocne strony lub wartości), zwykle w odniesieniu do wykonywania zadań. Istnieją jednak trzy odrębne i powiązane konceptualizacje.

* Kompetencje behawioralne - to zdolność danej osoby do integrowania wiedzy, umiejętności i postaw.
* Czynności praktyczne są funkcjonalne - są to grupy zadań, które wymagają zastosowania wiedzy, umiejętności i postaw.
* Kompetentność jest holistyczną miarą wykonywania czynności praktycznych zgodnie ze standardem określonym w kategoriach zachowań - stąd kompetentność to integracja i zastosowanie wiedzy, umiejętności, postaw i kompetencji.

Tabela 1.2 podsumowuje kluczowe cechy dwóch rodzajów wyników zdefiniowanych w Globalnych Ramach Kompetencji i Wyników dla UHC: kompetencje (i zachowania, które je wykazują) oraz czynności praktyczne (obejmujące zadania).

**Tabela 1.2 Charakterystyka kompetencji, zachowań, czynności praktycznych i zadań**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Kompetencja** | **Zachowanie** | **Czynność praktyczna** | **Zadanie** |
| **Definicja** | Zdolność danej osoby do integrowania wiedzy, umiejętności i postaw podczas wykonywania zadań w danym kontekście. Kompetencje są trwałe, możliwe do wyćwiczenia i, poprzez wyrażanie zachowań, mierzalne. | Obserwowalne postępowanie wobec innych osób lub zadań, które wyraża daną kompetencję. Zachowania są mierzalne podczas wykonywania zadań. | Podstawowa funkcja praktyki zdrowotnej obejmująca grupę powiązanych zadań. Czynności praktyczne są ograniczone czasowo, możliwe do wyszkolenia i, poprzez wykonywanie zadań, mierzalne. Osoby mogą być certyfikowane do wykonywania czynności praktycznych. | Obserwowalna jednostka pracy w ramach czynności praktycznej, która opiera się na wiedzy, umiejętnościach i postawach. Zadania są ograniczone czasowo, możliwe do wyćwiczenia i mierzalne. |
| **Charakterystyka** | - Ciągłe, trwające zdolności  - Mogą się rozwijać lub zanikać wraz z upływem czasu  - Umożliwia wykonywanie wielu czynności praktycznych  - Osoba może posiadać kompetencję, która jest demonstrowana w kontekście wykonania i wyników  - Wymaga integracji wiedzy, umiejętności i postaw.  - Zachowanie demonstrujące kompetencję definiuje standard dla wykonania i wyniku | | - Ograniczone czasowo, dające się wydzielić działanie, obserwowalne od początku do końca.  - Wymaga zastosowania wiedzy, umiejętności i postaw.  - Osoba może wykonać czynność praktyczną lub zadanie, ale nie może go posiadać.  - Jednostka oceny, certyfikacji lub regulacji | |
| - Osoba może posiadać kompetencję  - Kompetencja jest wieloaspektowa  - Zachowania są mierzalnym przejawem kompetencji | - Kompetencje można wykazać poprzez kilka różnych zachowań  - Wykonanie jest mierzalne jako ocena na skali częstotliwości (nigdy, czasami, zawsze). | - Opisuje wspólny cel grupy zadań | - Mniejsza, mierzalna jednostka w ramach czynności praktycznej  - Nie osiąga celu samo w sobie; jest abstrakcyjne, chyba że jest rozpatrywane w kontekście szerszej czynności praktycznej.  - Wykonanie jest mierzalne na skali dychotomicznej (tak lub nie) |

10 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Podejście to jest zakorzenione w podejściach edukacyjnych zdefiniowanych w taksonomii efektów kształcenia Blooma (1956) *(63);* wrewizji tych efektów dokonanej przez Andersona i Krathwohla (2001) *(64);* oraz w dyskursie nauk społecznych na temat teorii aktywności[[2]](#footnote-2), która traktuje wykonywanie zadań jako część wspólnej aktywności lub praktyki. Co więcej, terminy i konceptualizacja opierają się na ostatnich wysiłkach podejmowanych przez edukatorów w celu doprecyzowania i konceptualizacji kompetencji w odniesieniu do (a tym samym w odróżnieniu od) wydajności pracy *(23, 54, 61, 65),* a w szczególności na wkładzie współpracowników Międzynarodowej Edukacji Medycznej Opartej na Kompetencjach [*International Competency-Based Medical Education*] *(60,66).*

Ta dwoista koncentracja zarówno na behawioralnych, jak i funkcjonalnych komponentach kompetencji i ich związku ma na celu wykorzystanie obietnicy CBE i zapewnienie jasności w zakresie wdrażania ram kompetencji i programów nauczania opartych na kompetencjach.

| Kompetencje to zdolności danej osoby do integrowania wiedzy, umiejętności i postaw, przejawiające się w zachowaniach.

Kompetencje to zdolności danej osoby do integrowania wiedzy, umiejętności i postaw podczas wykonywania zadań w danym kontekście. Kompetencje są trwałe, możliwe do wyćwiczenia i, poprzez wyrażanie zachowań, mierzalne. Reprezentują one stałe nawyki, które nie są specyficzne dla zadania, ale raczej umożliwiają wykonywanie różnych ról i obowiązków w różnych sytuacjach. Kompetencje są ze sobą powiązane i często demonstrowane jednocześnie, na przykład komunikacja, podejmowanie decyzji i współpraca w kontekście opracowywania planu zarządzania leczeniem.

Kompetencje danej osoby można zaobserwować poprzez demonstrowanie określonych zachowań w kontekście wykonywanych zadań. Wyrażanie zachowań leży w zakresie władzy lub kontroli pracownika służby zdrowia; pracownik służby zdrowia kontroluje swoje działania lub reakcję na sytuację, ale nie może kontrolować wyniku. Kompetencje, które są istotne dla skutecznej praktyki zdrowotnej, same w sobie nie są unikalne dla sektora. Jednak zachowania, które wykazują kompetencje wymagane dla UHC, są opisane w kontekście świadczenia usług zdrowotnych.

| Czynności praktyczne to podstawowe funkcje praktyki zdrowotnej, obejmujące grupy powiązanych ze sobą zadań.

Wykonanie tych powiązanych zadań zgodnie ze standardami wymaganymi dla UHC wymaga integracji i zastosowania wiedzy, umiejętności, postaw i zachowań. W celu wykorzystania w roli przewodniej dla opracowania programu nauczania, czynności praktyczne wymagają specyfikacji zgodnie z rolą, odpowiedzialnością i kontekstem. Dzięki tym specyfikacjom czynności praktyczne są jednostkami oceny, certyfikacji i, w niektórych przypadkach, regulacji.

Czynności praktyczne opisują podstawowe funkcje usług zdrowotnych, które dążą do osiągnięcia UHC, takie jak zarządzanie planem leczenia, zapisywanie uwag w dokumentacji pacjenta lub zamawianie materiałów eksploatacyjnych. W sumie czynności praktyczne opisują podstawowe funkcje praktyki opieki zdrowotnej dla zespołu opieki zdrowotnej, z których każda obejmuje wiele składowych i sekwencyjnych zadań. Poszczególne czynności praktyczne mogą być wykonywane indywidualnie lub przez zespół, w zależności od podziału ról i obowiązków.

Czynności praktyczne są opisane w sposób ogólny i mają zastosowanie w różnych usługach zdrowotnych i w różnych środowiskach. Wymagają one specyfikacji zgodnie z rolą, obowiązkami i odpowiedzialnością osoby, która będzie świadczyć te usługi zdrowotne, oraz zgodnie z kontekstem, w którym będą one świadczone. Czynności praktyczne mogą różnić się rozmiarem; odzwierciedlają one funkcje praktyki opieki zdrowotnej, a nie miejsce w programie nauczania.

Świadczenie usług zdrowotnych nie jest w rzeczywistości podzielone na jednostki pracy, które są opisane przez czynności praktyczne. W pojedynczej interakcji ten sam pracownik służby zdrowia może zbierać informacje, dokonywać oceny klinicznej, przeprowadzać test, dostarczać wstępne wyniki, przekazywać trudne wiadomości i organizować skierowanie. Ze względu na użyteczność w edukacji i pomiarze wyników, wykonywanie czynności praktycznych może być obserwowane i mierzone poprzez wykonywanie zadań, integrując kompetencje jako standardy wykonania.

Kompetentność to stan biegłości, obejmujący kompetencje. Kompetentność to stan biegłości osoby w wykonywaniu wymaganych zadań w ramach czynności praktycznych zgodnie z określonym standardem, co jest równoznaczne z posiadaniem wymaganych do tego kompetencji. Kompetentność jest wielowymiarowa i dynamiczna, odnosi się do zdolności do wykonywania czynności praktycznych zgodnie ze standardem dla danego kontekstu. Wraz ze zmianą kontekstu - prezentacją objawów, zespołem, dostępnością zasobów - dana osoba korzysta ze swoich kompetencji, aby podejmować decyzje, współpracować i skutecznie komunikować się w tym kontekście.

Podczas gdy kompetencje w izolacji mogą być uważane za abstrakcyjne, a zadania w izolacji za redukcjonistyczne, to połączone skupienie się na zdolnościach jednostki w odniesieniu do wykonywania przez nią zadań oferuje bogactwo w interpretacji kompetentności, która leży u podstaw świadczenia wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Kompetencje nabierają znaczenia w kontekście czynności praktycznych; zachowania są standardami wykonania czynności praktycznych. Wyniki programów kształcenia przed szkoleniem powinny odzwierciedlać to, co uczący się zrobi w praktyce (czynności praktyczne obejmujące wykonywanie zadań) oraz standardy, zgodnie z którymi są one wykonywane (kompetencje demonstrowane poprzez zachowania). Projektując program nauczania, często zaleca się podzielenie złożonych kompetencji na zestawy wiedzy i umiejętności, zapewniając opanowanie każdego z nich przed przejściem do zastosowania i oceny kompetencji w kontekście.

|  |  |
| --- | --- |
| **KOMPETENCJE** | **CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE** |
| (wykazane poprzez |  |
| zachowania) | (obejmujące zadania) |
| **WIEDZA, UMIEJĘTNOŚCI i POSTAWY** | |
|  | j |

CBE koncentruje się na opanowaniu efektów uczenia się określonych w programach, zdefiniowanych w kategoriach zastosowania wiedzy, umiejętności, postaw i zachowań w praktyce. Rysunek 1.6 ilustruje, w jaki sposób wiedza, umiejętności i postawy stanowią podstawę zarówno kompetencji (i zachowań), jak i czynności praktycznych (obejmujących zadania).

**Rys. 1.6 Związek między kompetencjami a czynnościami praktycznymi oraz ich podstawą w postaci wiedzy, umiejętności i postaw.**

Wiedza, umiejętności i postawy są rozwijane współzależnie. Nie można zakładać, że osoby uczące się będą intuicyjnie reagować na różne sytuacje; skuteczne zachowania są integralną częścią skutecznego wykonywania zadań, a różne konteksty i oczekiwane wyniki w tych kontekstach wymagają wyraźnego skupienia się na nich w programach nauczania.

Zgodnie z zasadami CBE, skutecznych zachowań nie uczy się w izolacji, ale w kontekście zadań i sytuacji w praktyce.

| Wspierający nadzór jest kluczem do sukcesu we wdrażaniu ram.

Nadzór może być prowadzony przez i pomiędzy różnymi grupami zawodowymi lub przez pracowników służby zdrowia w ramach tej samej grupy zawodowej. Skuteczny nadzór wymaga, aby osoby zaangażowane w ten nadzór osiągnęły kompetencje w zakresie nadzorowanej czynności praktycznej, a także w zakresie czynności praktycznej jaką jest sprawowanie nadzoru. Wiedza specjalistyczna w danym temacie nie jest równoznaczna z kompetencjami w zakresie sprawowania nadzoru.

12 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Idealnym rozwiązaniem byłoby świadczenie usług zdrowotnych przez zespoły opieki zdrowotnej składające się z młodszych pracowników (nowicjuszy, którzy potrzebują ciągłej edukacji i nadzoru), doświadczonych pracowników służby zdrowia (którzy są zachęcani do analizy i refleksji nad swoją praktyką poprzez nadzór) oraz przełożonych (doświadczonych pracowników służby zdrowia, którzy mogą zaoferować praktyczne porady i know-how).

Odpowiedzialność za świadczenie usług zdrowotnych narasta stopniowo i rozpoczyna się w ramach formalnego programu szkoleniowego pod odpowiednim nadzorem, a nawet po ukończeniu programów kształcenia przed rozpoczęciem pracy nadzór w miejscu pracy może być przez pewien czas nadal wymagany. W praktyce zdarzają się sytuacje, w których pracownik służby zdrowia osiąga próg swojej biegłości i musi zasięgnąć porady lub przekazać zadanie przełożonemu lub bardziej wyspecjalizowanym pracownikom służby zdrowia w zespole, posiadającym przeszkolenie i kompetencje do wykonania tego zadania. Uczący się mają obowiązek zidentyfikować takie sytuacje i przyznać, kiedy nie wiedzą, co robić lub potrzebują wsparcia. Ważne jest, aby standardy kompetencji odzwierciedlały kontekst, w którym oczekuje się, że osoba ucząca się będzie praktykować, w tym poziom niezbędnego nadzoru.

13

2. Kompetencje dla powszechnego

dostępu do opieki zdrowotnej (UHC)

Jakość usług opieki zdrowotnej ma kluczowe znaczenie dla osiągnięcia UHC; jednak jakość nie przychodzi automatycznie. Niniejszy rozdział koncentruje się na wymaganych kompetencjach pracowników służby zdrowia, które umożliwiają im świadczenie usług zdrowotnych, które są skuteczne, sprawiedliwe, wydajne, zintegrowane, skoncentrowane na ludziach, bezpieczne i terminowe, przyczyniając się w ten sposób do postępu w kierunku UHC w ramach całego systemu opieki zdrowotnej.

Kompetencje to zdolności danej osoby do integrowania wiedzy, umiejętności i postaw, demonstrowane poprzez zachowania podczas wykonywania zadań w danym kontekście. Podczas opracowywania programów nauczania opartych na kompetencjach oznacza to, że zachowania opisane w tym rozdziale są uczone i oceniane w kontekście zadań w ramach roli i odpowiedzialności. Wymaga to celowego włączenia wymaganych zachowań dla UHC do standardów wykonania dla działań praktycznych, obejmujących zadania.

W niniejszych ramach proponowane są 24 kompetencje, zorganizowane w sześciu domenach przedstawionych na rysunku 2.1, które pracownicy służby zdrowia powinni włączyć do swojej praktyki, aby przyczynić się do świadczenia wysokiej jakości usług zdrowotnych. Wiele kompetencji ma indywidualne zastosowanie poza sektorem zdrowia: niniejsze ramy określają zakres zachowań, które ucieleśniają te kompetencje w świadczeniu wysokiej jakości usług zdrowotnych, przyczyniając się do osiągnięcia UHC.

Zachowania osobiste

Praktyka oparta

na dowodach

Współpraca

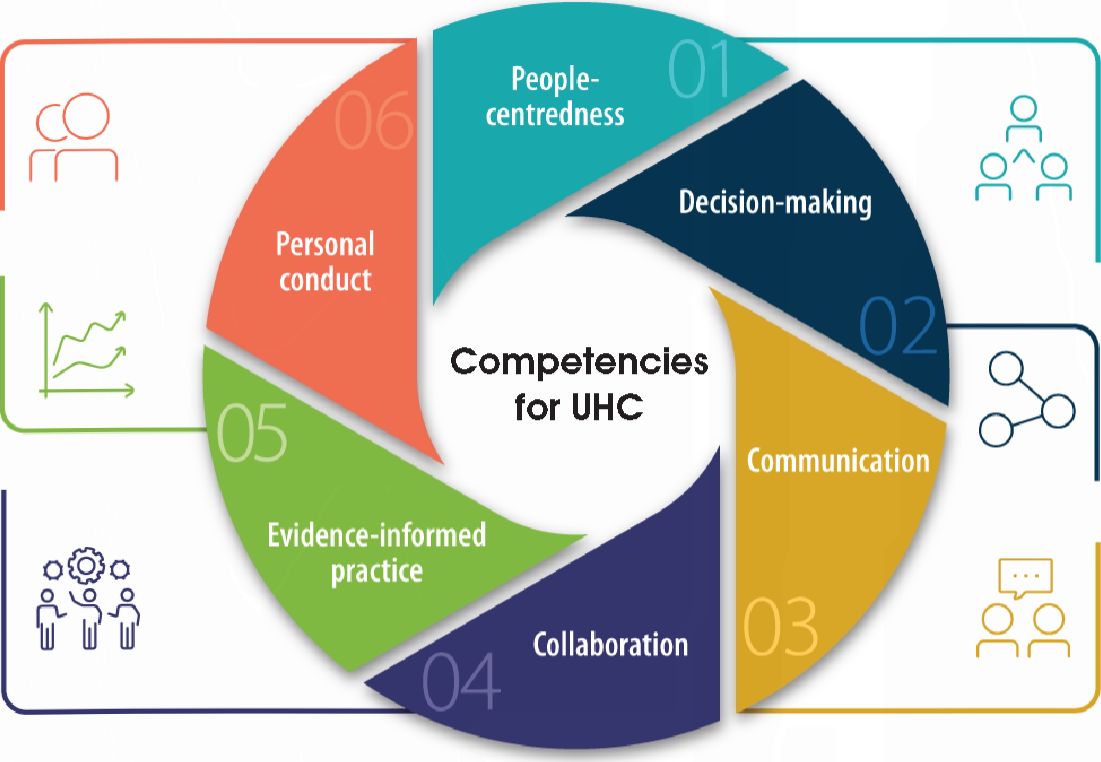
Komunikacja

Podejmowanie

decyzji

Koncentracja na ludziach

Kompetencje dla UHC



Rys. 2.1 Domeny kompetencji w Globalnych Ramach Kompetencji i Wyników dla UHC

Kompetencje związane z zachowaniami dotyczącymi samokontroli

Kompetencje związane z generowaniem dowodów i informacji oraz ich integracją z praktyką

Kompetencje związane z praktyczną filozofią pracy zespołowej

Kompetencje związane ze świadczeniem usług zdrowotnych, które uwzględniają perspektywę jednostek, opiekunów, rodzin i społeczności jako uczestników i beneficjentów systemów opieki zdrowotnej.

Kompetencje związane z podejściem do podejmowania decyzji

Kompetencje związane z efektywną komunikacją

Kompetencje są ze sobą powiązane i nakładają się na siebie. Na przykład komunikacja ma fundamentalne znaczenie dla współpracy, a podejmowanie decyzji nie może odbywać się bez interpretowania i stosowania dowodów i informacji. Kompetencje nie są specyficzne dla poszczególnych zadań lub czynności praktycznych. W związku z tym dana sytuacja może wymagać integracji wielu kompetencji, a każda kompetencja może stanowić podstawę wykonywania każdej czynności praktycznej w ramach roli i odpowiedzialności danej osoby.

2.1 Wykorzystanie kompetencji do zdefiniowania standardów opartych na kompetencjach

Kompetentność to wykonywanie zadań w ramach czynności praktycznych zgodnie z wymaganymi standardami. Istotne jest zatem, aby standardy te odzwierciedlały zastosowanie i integrację kompetencji na wymaganym poziomie.

14 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zachowania zdefiniowane w tym rozdziale są opisane na poziomie ogólnym, tak aby były odpowiednie dla pracowników służby zdrowia ze ścieżką szkolenia przed rozpoczęciem pracy trwającą 12-48 miesięcy, niezależnie od miejsca, roli lub odpowiedzialności. Zachowania te mogą mieć również zastosowanie do innych grup zawodowych związanych z ochroną zdrowia.

Zakres, w jakim pracownicy służby zdrowia korzystają z wymaganych kompetencji, różni się w zależności od zadań praktyki opieki zdrowotnej (czynności praktycznych) i kontekstu. Na przykład wszyscy pracownicy służby zdrowia muszą być w stanie skutecznie podejmować decyzje na różnych poziomach, od decyzji o podaniu szczepionki, kierując się pomocą w podejmowaniu decyzji, przez podejmowanie trudnych etycznie decyzji związanych z opieką nad pacjentem, po podejmowanie decyzji przywódczych dotyczących alokacji zasobów. W tych sytuacjach proces podejmowania decyzji może być taki sam, ale kontekst i poziom odpowiedzialności oznaczają, że standardy oparte na kompetencjach są bardzo różne. Zachowania zdefiniowane w tych ramach podkreślają różne elementy kompetencji oczekiwanych dla jakości usług UHC, ale wymagają dodatkowej specyfikacji, aby mogły być wykorzystane jako miara wykonania (adaptacja i przyjęcie). Aby można je było wykorzystać jako standard wykonywania zadań, zachowania opisane w tym rozdziale muszą zostać uzupełnione o szczegóły istotne dla czynności praktycznej, a mianowicie narzędzia, techniki, sytuacje, których napotkanie jest prawdopodobne, kontekst (na przykład placówka, społeczność, strefa konfliktu), osoby, z którymi interakcje są prawdopodobne, poziom odpowiedzialności i poziom nadzoru.

Kompetentny pracownik służby zdrowia konsekwentnie włącza wymagane kompetencje do swojej praktyki na określonym poziomie. W miarę jak pracownicy służby zdrowia zwiększają swoją biegłość (poziom wykonania), zachowania stają się bardziej intuicyjne i mniej świadome. Biegłość może nadal wzrastać w praktyce po ukończeniu dowolnego programu kształcenia przed rozpoczęciem pracy, w miarę upływu czasu, zdobywania doświadczenia lub uczenia się przez całe życie. Standardy mogą się różnić w zależności od etapu szkolenia lub odpowiedzialności w praktyce. Odnosząc nabywanie kompetencji przez ucznia do modelu nabywania umiejętności Dreyfusa i Dreyfusa (1986*),* który opisuje hipotetyczne etapy rozwoju kompetencji, można wykorzystać deskryptory do zilustrowania rozwoju kompetencji w kontekście czynności praktycznych (Rysunek 2.2).

Rys. 2.2 Demonstracja zachowań zgodnie z modelem nabywania umiejętności Dreyfusa i Dreyfusa (1986)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **EDUKACJA** | | | **PRAKTYKA** | | |
|  | **NOWICJUSZ** | **ZAAWANSOWANY** | **KOMPETENTNY** | | **BIEGŁY** | **EKSPERT** |
| Demonstracja zachowania | Z podpowiedziami | Czasem | Stale | | Stale | Stale |
| Narzędzia i techniki | Z podpowiedziami | Ograniczone | Cały zakres | | Cały zakres | Cały zakres |
| Sytuacje rutynowe | Z podpowiedziami | Z zastanowieniem | Z zastanowieniem | | Intuicyjne | Intuicyjne |
| Adaptacja: kompleksowa, w nieoczekiwanych sytuacjach | Z podpowiedziami | Z podpowiedziami | Z zastanowieniem | | Z zastanowieniem | Intuicyjne |

Kompetencje te mogą być wykorzystywane do definiowania treści programowych oprócz wiedzy i umiejętności związanych z działaniami praktycznymi (patrz Rozdział 3). Postawy i zachowania można nabyć poprzez podejścia szkoleniowe, które uzasadniają wyraźne skupienie się na rozwoju programu nauczania i ocenie kompetencji (Tabela 2.1) *(68-70).*

**Tabela 2.1 Pytania przewodnie do opracowania treści programowych dla kompetencji w programie nauczania opartym na kompetencjach**

|  |  |
| --- | --- |
| **Treści programowe** | **Pytania przewodnie** |
| **Wiedza** | -Koncepcje i teorie odnoszące się do każdego zachowania  -Wpływ każdego zachowania na praktykę zdrowotną, zachowania związane z poszukiwaniem zdrowia i efekty zdrowotne.  -Przykłady pozytywnych i negatywnych zachowań w kontekście czynności praktycznych |
| **Umiejętności** | - Korzystanie z narzędzi i technik w celu włączenia zachowań do praktyki, odpowiednio do roli i odpowiedzialności. |
| **Postawy** | -Znaczenie każdego zachowania  -Motywacja do wykonywania każdego zachowania |

Należy zauważyć, że rozdział 3 zapewnia ramy do identyfikacji i definiowania czynności praktycznych w ramach roli i odpowiedzialności oraz wiedzy i umiejętności związanych z wykonywaniem zadań. Rozdział 4 zawiera przegląd procesu kontekstualizacji zarówno kompetencji, jak i czynności praktycznych w celu informowania o wynikach programu nauczania, a także zasad i rozważań dotyczących wdrażania CBE, w tym oceny kompetencji.

2 KOMPETENCJE 15

2.2 Kompetencje dla powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej: przegląd

Globalne Ramy Kompetencji dla UHC identyfikują 24 kompetencje podzielone na sześć domen. Choć przedstawione w formie listy, kompetencje te są ze sobą powiązane i współzależne.

Domena I: **Koncentracja na ludziach**

*Kompetencje związane ze świadczeniem usług zdrowotnych, które uwzględniają perspektywę jednostek, opiekunów, rodzin i społeczności jako uczestników i beneficjentów systemów opieki zdrowotnej.*

1. umieszcza ludzi w centrum wszystkich praktyk

2. promuje podmiotowość indywidualną i społeczną

3. zapewnia opiekę wrażliwą kulturowo, pełną szacunku i współczucia

4. uwzględnia holistyczne podejście do zdrowia

Domena II: **Podejmowanie decyzji**

*Kompetencje związane z podejściem do podejmowania decyzji*

5. przyjmuje adaptacyjne, oparte na współpracy i rygorystyczne podejście do podejmowania decyzji

6. uwzględnia systemowe podejście do podejmowania decyzji

7. przyjmuje zorientowane na rozwiązania podejście do rozwiązywania problemów

8. dostosowuje się do nieoczekiwanych lub zmieniających się sytuacji

Domena III: **Komunikacja**

*Kompetencje związane z efektywną komunikacją*

9. proaktywnie zarządza interakcjami z innymi osobami

10. dostosowuje komunikację do celów, potrzeb, pilności i delikatności interakcji

11. słucha aktywnie i uważnie

12. celowo przekazuje informacje

13. zarządza udostępnianiem informacji i dokumentacją

Domena IV: **Współpraca**

*Kompetencje związane z praktyczną filozofią pracy zespołowej*

14. angażuje się w praktykę opartą na współpracy

15. buduje i utrzymuje oparte na zaufaniu relacje partnerskie

16. uczy się od innych, z innymi i o innych

17. konstruktywnie zarządza napięciami i konfliktami

Domena V: **Praktyka oparta na dowodach**

*Kompetencje związane z generowaniem dowodów i informacji oraz ich integracją z praktyką*

18. stosuje zasady praktyki opartej na dowodach naukowych

19. ocenia dane i informacje pochodzące z różnych źródeł

20. przyczynia się do kultury bezpieczeństwa i ciągłego doskonalenia jakości

Domena VI: **Postępowanie osobiste**

*Kompetencje związane z zachowaniami dotyczącymi samokontroli*

21. działa w granicach kompetencji i zakresu praktyki

22. wykazuje wysokie standardy etycznego postępowania

23. angażuje się w uczenie się przez całe życie i refleksyjną praktykę

24. zarządza własnym zdrowiem i dobrym samopoczuciem

16 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

2.3 Kompetencje i zachowania sprzyjające UHC

Domena I: **Koncentracja na ludziach**

Wszyscy pracownicy służby zdrowia odgrywają rolę w świadczeniu usług zdrowotnych, które stawiają ludzi i społeczności, a nie choroby, w centrum systemów opieki zdrowotnej i upoważniają ludzi do przejęcia odpowiedzialności za własne zdrowie, zamiast być biernymi odbiorcami zdrowia *(44).* Wymaga tood pracowników służby zdrowia świadomego przyjęcia podejścia do swojej praktyki zdrowotnej, która obejmuje perspektywę jednostek, rodzin i społeczności jako uczestników i beneficjentów obdarzanych zaufaniem systemów opieki zdrowotnej. Podczas gdy wiele czynników sprzyjających świadczeniu zintegrowanych usług zdrowotnych skoncentrowanych na ludziach opiera się na systemie, kompetencje w tej domenie i zachowania, dzięki którym można je wykazać w praktyce odzwierciedlają zdolność wszystkich pracowników służby zdrowia do świadczenia zintegrowanych usług zdrowotnych skoncentrowanych na ludziach. Kompetencje te odnoszą się do interakcji ze wszystkimi osobami korzystającymi z usług zdrowotnych.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kompetencja 1: Umieszcza ludzi w centrum wszystkich działań.** | | | |
| Zachowania | | 1.1. | Zapewnia najlepszą możliwą opiekę zdrowotną, która wspiera podejście do usług zdrowotnych, które jest skuteczne, sprawiedliwe, wydajne i integracyjne, zintegrowane, skoncentrowane na ludziach, bezpieczne i terminowe. |
| 1.2. | Dostosowuje praktykę do jednostki, rodziny i społeczności, w tym do ich potrzeb fizycznych, poznawczych, kulturowych, emocjonalnych, językowych, zdrowotnych i sensorycznych oraz innych czynników wpływających na ich zaangażowanie w usługi zdrowotne |
| **Kompetencja 2: Promuje podmiotowość indywidualną i społeczną** | | | |
| Zachowania | 2.1. | | Wspiera ludzi w rozwijaniu ich kompetencji zdrowotnych |
| 2.2. | | Wykazuje szacunek dla autonomii, celów, perspektyw, preferencji, priorytetów i praw jednostek, opiekunów, rodzin i społeczności |
| 2.3. | | Wspiera ludzi w opracowywaniu strategii lub uzyskiwaniu dostępu do narzędzi w celu zarządzania własnym zdrowiem i samopoczuciem. |
| **Kompetencja 3: Zapewnia opiekę wrażliwą kulturowo, pełną szacunku i współczucia.** | | | |
| Zachowania | 3.1. | | Okazuje współczucie, empatię i szacunek wobec wszystkich ludzi[[3]](#footnote-3) |
| 3.2. | | Przyjmuje podejście do praktyki, które nie obwinia, nie dyskryminuje, nie osądza i nie stygmatyzuje. |
| 3.3. | | Utrzymuje samoświadomość w zakresie własnych przekonań, uprzedzeń, reakcji emocjonalnych i wartości. |
| 3.4. | | Okazuje wrażliwość kulturową |
| 3.5. | | Akceptuje indywidualne różnice i różnorodność kulturową |
| 3.6. | | Zwalcza przyczyny i konsekwencje dyskryminacji, wykluczenia, uprzedzeń, stygmatyzacji i innych barier w dostępie do usług zdrowotnych i korzystaniu z nich. |
| **Kompetencja 4: Demonstruje holistyczne podejście do zdrowia** | | | |
| Zachowania | 4.1. | | Wspiera ludzi w wysiłkach na rzecz zmiany lub poprawy ekonomicznych środowiskowych, politycznych i społecznych uwarunkowań zdrowia, które mają na nich wpływ |
| 4.2. | | Wspiera ludzi w zarządzaniu swoim zdrowiem w ramach ograniczeń systemu opieki zdrowotnej i swoich uwarunkowań zdrowotnych |
| 4.3. | | Uwzględnia w interakcjach promocję zdrowia oraz zapobieganie niepełnosprawności, chorobom i urazom |
| 4.4. | | Wspiera osoby, opiekunów, rodziny i społeczności w przyjmowaniu zdrowych zachowań |
| 4.5. | | Przyczynia się do ochrony wrażliwych populacji |

Domena II: **Podejmowanie decyzji**

Wszystkie działania podejmowane przez pracowników służby zdrowia w trakcie ich praktyki obejmują decyzje mające konsekwencje dla zdrowia innych osób, wykorzystania zasobów, lub dla doświadczeń innych osób związanych z usługami zdrowotnymi. Podejmowanie decyzji klinicznych wiąże się z interpretacją dowodów dla danego kontekstu, przy wykorzystaniu oceny istotności, terminowości, wpływu na zasoby oraz potrzeb i preferencji innych osób, czasami dysponując niepełnymi informacjami. Złożoność decyzji, które należy podjąć, konsekwencje tych decyzji oraz poziom osądu różnią się w zależności od roli i odpowiedzialności. Aby jednak świadczyć wysokiej jakości usługi zdrowotne, wszyscy pracownicy służby zdrowia powinni posiadać kompetencje do podejmowania skutecznych i terminowych decyzji w różnych okolicznościach, umiejętności korzystania z narzędzi i środków pomocy w podejmowaniu decyzji oraz świadomości tego, które decyzje mogą podejmować samodzielnie, a które - w porozumieniu z innymi.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kompetencja 5: Przyjmuje adaptacyjne, oparte na współpracy i rygorystyczne podejście do podejmowania decyzji**. | | |
| Zachowania | 5.1. | Promuje podejmowanie decyzji oparte na współpracy |
| 5.2. | Wyszukuje informacje i dowody z różnych źródeł przy podejmowaniu decyzji |
| 5.3. | Podchodzi do podejmowania decyzji w sposób analityczny i metodyczny |
| 5.4. | Dostosowuje podejście do podejmowania decyzji tak, by odzwierciedlało złożoność, pilność i konsekwencje decyzji. |
| 5.5. | Demonstruje krytyczne myślenie w celu podejmowania decyzji, które są dobrze uzasadnione, etyczne, oparte na dowodach, wykonalne, terminowe i oparte na najlepszych dostępnych informacjach. |
| **Kompetencja 6: Stosuje systemowe podejście do podejmowania decyzji** | | |
| Zachowania | 6.1. | Efektywnie wykorzystuje zasoby fizyczne, ludzkie i finansowe |
| 6.2. | Unika nadmiernego lub niewłaściwego wykorzystywania zasobów |
| 6.3. | Efektywnie organizuje własny czas i obciążenie pracą |
| 6.4. | Przyjmuje odpowiedzialność za własne decyzje i ich konsekwencje |
| **Kompetencja 7: Przyjmuje podejście do rozwiązywania problemów zorientowane na rozwiązania** | | |
| Zachowania | 4.1. | Podejmuje inicjatywę w celu złagodzenia przewidywanych problemów |
| 4.2. | Koncentruje się na rozwiązaniach, celach końcowych i wynikach |
| 4.3. | Tworzy pragmatyczne rozwiązania zidentyfikowanych problemów |
| **Kompetencja 8: Dostosowuje się do nieoczekiwanych lub zmieniających się sytuacji** | | |
| Zachowania | 4.1. | Wykazuje się elastycznością i cierpliwością |
| 4.2. | Dostosowuje priorytety do zmieniających się sytuacji i wymagań |
| 4.3. | Wykazuje się spokojną postawą pod presją |

.

18 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Domena III: **Komunikacja**

Komunikacja ma fundamentalne znaczenie dla sposobu, w jaki pracownicy służby zdrowia kierują, informują, wspierają i współpracują z osobami, opiekunami, rodzinami i społecznościami, dla których świadczą usługi zdrowotne, a także z innymi członkami zespołu medycznego. Skuteczna komunikacja to proces, który wymaga od pracowników służby zdrowia zarządzania własną komunikacją werbalną i niewerbalną, reagowania na komunikację werbalną i niewerbalną innych osób oraz wypełniania dokumentacji. Nie każda komunikacja odbywa się twarzą w twarz lub na piśmie, a różne sytuacje mogą wymagać od pracowników służby zdrowia komunikowania się za pomocą narzędzi i metod komunikacji wspomagającej i alternatywnej, telefonów, tłumaczy ustnych i technologii cyfrowych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kompetencja 9: Proaktywnie zarządza interakcjami z innymi** | | |
| Zachowania | 9.1. | Określa cele komunikacyjne[[4]](#footnote-4) dla interakcji |
| 9.2. | Rozpoznaje, kiedy i w jaki sposób zainicjować, przeprowadzić i zakończyć interakcję. |
| 9.3. | Radzi sobie z barierami komunikacyjnymi wynikającymi z upośledzenia poznawczego, fizycznego lub sensorycznego, kultury, etapu rozwoju, położenia geograficznego lub języka |
| 9.4. | Wspiera innych w samodzielnym komunikowaniu się |
| 9.5. | Zarządza fizycznym środowiskiem interakcji, biorąc pod uwagę wpływ komfortu, prywatności, hałasu, przestrzeni i temperatury. |
| **Kompetencja 10: Dostosowuje komunikację do celów, potrzeb, pilności i delikatności interakcji** | | | |
| Zachowania | | 10.1. | Dostosowuje styl, język i metodę komunikacji do interakcji. |
| 10.2. | Utrzymuje podejście do komunikacji, które charakteryzuje się spokojem, współczuciem, empatią, szacunkiem, wrażliwością i taktem. |
| 10.3. | Stara się łagodzić wpływ własnych przekonań, uprzedzeń, reakcji emocjonalnych, opinii i wartości na werbalną i niewerbalną komunikację. |
| 10.4. | Stosuje odpowiednie skróty, język i terminologię, w razie potrzeby tłumacząc złożone i kliniczne treści na język potoczny. |
| 10.5. | Korzysta z szeregu narzędzi i technik komunikacji werbalnej, niewerbalnej, wizualnej, pisemnej i cyfrowej. |
| **Kompetencja 11: Aktywnie i uważnie słucha** | | | |
| Zachowania | | 11.1. | Używa szeregu niewerbalnych wskazówek i słownych afirmacji |
| 11.2. | Wspiera innych w zadawaniu pytań i otwartym wyrażaniu doświadczeń, uczuć, pomysłów i opinii |
| 11.3. | Wrażliwie reaguje na to, co wyrażają inni |
| **Kompetencja 12: Przekazuje informacje w sposób celowy** | | | |
| Zachowania | | 12.1. | Przekazuje istotne, dokładne i kompletne informacje |
| 12.2. | Przedstawia informacje w sposób jasny, spójny, zwięzły i logicznie zorganizowany. |
| 12.3. | Rozróżnia pomiędzy informacjami, które są faktami, dowodami kontekstowymi, opiniami i dezinformacją. |
| 12.4. | Wyraża własne opinie i punkty widzenia w sposób jasny, pewny i z szacunkiem. |
| 12.5. | Przyjmuje strategie, które zachęcają do wspólnego rozumienia informacji i decyzji |
| **Kompetencja 13: Zarządza udostępnianiem informacji i dokumentacją** | | | |
| Zachowania | | 13.1. | Korzysta z szeregu narzędzi zarządzania informacjami związanymi ze zdrowiem, w tym z indywidualnych kart zdrowia |
| 13.2. | Informuje ludzi o zagrożeniach dla zdrowia i istotnych aspektach ich opieki zdrowotnej |
| 13.3. | Dzieli się informacjami z odpowiednimi osobami w odpowiednim czasie |
| 13.4. | Przestrzega wymogów etycznych i prawnych dotyczących uzyskiwania, rejestrowania, udostępniania, przechowywania i niszczenia informacji uzyskanych w ramach wykonywania obowiązków zawodowych |

Domena IV: **Współpraca**

Filozofia pracy zespołowej leży u podstaw praktyki zdrowotnej *(5),* obejmując współpracę z innymi pracownikami służby zdrowia, współpracę międzysektorową oraz współpracę z osobami, opiekunami, rodzinami i populacjami jako świadomymi członkami zespołu opieki zdrowotnej. Niektórzy pracownicy służby zdrowia będą odpowiedzialni za kierowanie zespołami i mogą przyjąć bardziej formalną rolę w celu ułatwienia pracy zespołów, co zostało zbadane w ramach czynności praktycznych; jednak wszyscy pracownicy służby zdrowia są częścią wielu formalnych i nieformalnych zespołów w trakcie swojej praktyki.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kompetencja 14: Angażuje się w praktykę opartą na współpracy** | | | | |
| Zachowania | | 14.1. | | Współpracuje z innymi ponad granicami kulturowymi, geograficznymi, organizacyjnymi i sektorowymi, a także z osobami, opiekunami, rodzinami i społecznościami jako partnerami. |
| 14.2. | | Wspólnie negocjuje role i obowiązki, aby zmaksymalizować mocne strony w zespole |
| 14.3. | | Działa zgodnie z uzgodnionymi sposobami pracy w zespole medycznym |
| 14.4. | | Daje innym możliwość wniesienia swojego wkładu do zespołu |
| 14.5. | | Celebruje wspólne wyniki, cele i wartości |
| **Kompetencja 15: Buduje i utrzymuje oparte na zaufaniu relacje partnerskie** | | | | |
| Zachowania | | 15.1. | | Utrzymuje konstruktywne i oparte na współpracy relacje z innymi, niezależnie od tego, czy istnieje formalny zespół, czy też nie. |
| 15.2. | | Dąży do rozwijania pozytywnych relacji z innymi, charakteryzujących się szacunkiem, wsparciem i zaufaniem. |
| 15.3. | | Zachowuje granice etyczne w relacjach z innymi członkami zespołu medycznego |
| 15.4. | | Minimalizuje wpływ różnic hierarchicznych na wyniki zdrowotne |
| **Kompetencja 16: Uczy się od innych, z innymi i o innych[[5]](#footnote-5)** | | | | |
| Zachowania | 16.1. | | Wykazuje gotowość do uczenia się na podstawie doświadczeń innych osób w zakresie systemu opieki zdrowotnej, warunków zdrowotnych i środowiska życia. | |
| 16.2. | | Poszukuje konstruktywnych, wrażliwych i terminowych informacji zwrotnych, wsparcia i porad | |
| 16.3. | | Zapewnia konstruktywne, wrażliwe i terminowe informacje zwrotne, wsparcie i porady | |
| 16.4. | | Uczy się na podstawie interakcji z innymi i procesów przekazywania informacji zwrotnych | |
| 16.5. | | Angażuje się w możliwości poprawy współpracy w zespołach i między nimi | |
| **Kompetencja 17: Konstruktywnie zarządza napięciami i konfliktami** | | | | |
| Zachowania | 17.1. | | Przewiduje, identyfikuje, podejmuje działania i wyciąga wnioski z napięć lub potencjalnych obszarów konfliktu. | |
| 17.2. | | Koncentruje się na źródłach napięć, a nie na powstających konfliktach. | |
| 17.3. | | Wspiera środowisko wolne od obwiniania, w którym można bezpiecznie zadawać pytania i szukać wsparcia i wskazówek. | |
| 17.4. | | Bierze pod uwagę różne punkty widzenia podczas poszukiwania kompromisu, konsensusu lub podejmowania decyzji | |
| 17.5. | | Wykorzystuje dyplomację do mediacji, negocjacji lub perswazji | |
| 17.6 | | Podejmuje pozytywne działania w celu uniknięcia i wyeliminowania nadużyć, nękania lub innych destrukcyjnych zachowań | |

5

Domena V: **Praktyka oparta na dowodach**

Praktyka oparta na dowodach umożliwia jednostkom i społecznościom otrzymywanie najlepszej możliwej opieki niezależnie od miejsca zamieszkania, poprawia jakość i bezpieczeństwo oraz przyczynia się do lepszych wyników zdrowotnych *(71).* Pracownicy służby zdrowia rutynowo pozyskują i interpretują duże ilości danych, informacji i dowodów od osób, opiekunów, rodzin, społeczności i innych pracowników służby zdrowia, a także od ekspertów, z czasopism, wytycznych, od rządu, ze stron internetowych i mediów. Informacje te różnią się pod względem przydatności, szczegółowości i dokładności. W kontekście zdrowia dowody są zazwyczaj wysokiej jakości informacjami uzyskanymi z badań, a zatem są bardziej przewidywalne i wiarygodne. Podczas gdy wszystkie dowody są informacjami, nie wszystkie informacje są dowodami. Aby zapewnić najlepszą możliwą opiekę zdrowotną, świadczenie usług musi być oparte na dowodach. Sposób, w jaki poszczególni pracownicy służby zdrowia wdrażają praktykę opartą na dowodach, zależy od ich roli i obowiązków: od ścisłego przestrzegania protokołów i wytycznych opartych na dowodach, po integrację dowodów z doświadczeniem i wartościami jednostki w zależności od okoliczności. Ta domena koncentruje się na kompetencjach związanych z zastosowaniem najlepszych dostępnych dowodów z badań naukowych lub opublikowanych opracowań wyników badań w praktyce; oceną i integracją danych i informacji; oraz rolą pracownika służby zdrowia w generowaniu i wykorzystywaniu informacji oraz dostosowywaniu ich w celu kierowania jakością opieki, bezpieczeństwem i wysiłkami na rzecz poprawy w kontekście lokalnym.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kompetencja 18: Stosuje zasady praktyki opartej na dowodach** | | |
| Zachowania | 18.1. | Utrzymuje świadomość praktyki opartej na dowodach |
| 18.2. | Uwzględnia w praktyce najlepsze dostępne dowody |
| 18.3. | Promuje wśród współpracowników praktykę opartą na dowodach |
| 18.4. | Uczestniczy w generowaniu i stosowaniu dowodów |
| **Kompetencja 19: Ocenia dane i informacje pochodzące z różnych źródeł** | | |
| Zachowania | 19.1. | Identyfikuje zapotrzebowanie na dodatkowe dane i informacje |
| 19.2. | Promuje dostęp do danych, informacji i dowodów |
| 19.3. | Poszukuje danych, informacji i dowodów z różnych źródeł |
| 19.4. | Krytycznie ocenia ograniczenia, jakość, przydatność i znaczenie danych, informacji i dowodów |
| 19.5. | Zarządza ryzykiem szkód wynikających z dezinformacji |
| **Kompetencja 20: Przyczynia się do rozwoju kultury bezpieczeństwa i ciągłego doskonalenia jakości** | | |
| Zachowania | 14.1. | Przestrzega protokołów bezpieczeństwa, które pozwalają uniknąć zdarzeń niepożądanych, błędów w opiece zdrowotnej oraz incydentów szkód i niebezpiecznych praktyk |
| 14.2. | Uczy się na podstawie tego, co działa, a co nie działa dobrze |
| 14.3. | Oferuje propozycje ulepszeń w celu rozwiązania zidentyfikowanych problemów |
| 14.4. | Uczestniczy w pomiarach jakości i procesach ciągłego doskonalenia jakości |

2. KOMPETENCJE 21

Domena VI: **Postępowanie osobiste**

Sposób, w jaki pracownicy służby zdrowia postępują w trakcie swojej praktyki, ma wpływ na bezpieczeństwo i jakość opieki zdrowotnej oraz budowanie zaufania. Kompetencje w tej dziedzinie opisują zasady etyczne, którymi kierują się pracownicy służby zdrowia w codziennej praktyce i w różnych sytuacjach, a także ich prawa i obowiązki w zakresie zarządzania własnym zdrowiem, angażowania się w uczenie się przez całe życie i pracy w ramach regulowanego zakresu praktyki. Pracownicy służby zdrowia mogą przyjąć proaktywną rolę w identyfikowaniu i rozwiązywaniu wyzwań, gdy pojawiają się problemy, ostatecznie w celu zapewnienia własnego zdrowia, dobrego samopoczucia i kompetencji, co z kolei służy osobom i społeczności, którym służą.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kompetencja 21: Pracuje w granicach kompetencji i zakresu praktyki** | | |
| Zachowania | 21.1. | Utrzymuje świadomość własnych kompetencji i zakresu praktyki |
| 21.2. | Przestrzega obowiązków, zobowiązań i kodeksów postępowania określonych w standardach zawodowych, przepisach prawnych i procedurach organizacyjnych. |
| 21.3. | Poszukuje wskazówek w sytuacjach wykraczających poza kompetencje lub zakres praktyki |
| **Kompetencja 22: Prezentuje wysokie standardy etycznego postępowania** | | |
| Zachowania | 22.1. | Działa uczciwie, rzetelnie i przejrzyście |
| 22.2. | Przestrzega zasad prawnych i etycznych, w tym zdolności, poufności, zgody, konfliktu interesów, obowiązku opieki, godności, prywatności i ochrony. |
| 22.3. | Konsultuje się z innymi w sytuacjach mających implikacje etyczne |
| 22.4. | Odmawia przyjmowania indywidualnych prezentów lub innych form wpływu mających na celu wymuszenie lub uzyskanie osobistej przychylności. |
| **Kompetencja 23:** Angażuje się w uczenie się przez całe życie i refleksyjną praktykę | | |
| Zachowania | 23.1. | Szuka i angażuje się w ciągłe formalne i nieformalne uczenie się związane z bieżącymi i pojawiającymi się obowiązkami praktycznymi **o** |
| 23.2. | Angażuje się w samokształcenie i refleksyjną praktykę |
| 23.3. | Stara się zaradzić wszelkim negatywnym skutkom własnych postaw, zachowań i luk w kompetencjach lub praktyce. |
| **Kompetencja 24: Zarządza własnym zdrowiem i dobrym samopoczuciem** | | |
| Zachowania | 24.1. | Monitoruje własne zdrowie psychiczne, fizyczne i społeczne oraz dobre samopoczucie |
| 24.2. | Używa szeregu strategii radzenia sobie ze zmęczeniem, złym stanem zdrowia, stresem i wpływem narażenia na niepokojące i nagłe sytuacje. |
| 24.3. | W razie potrzeby szuka pomocy lub wsparcia dla własnego zdrowia i dobrego samopoczucia |
| 24.4. | Angażuje się w praktyki samoopieki, które promują odporność emocjonalną, zdrowie i dobre samopoczucie |

22 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

3. Czynności praktyczne: ramy organizacyjne dla integracji kompetencji z programami nauczania opartymi na wynikach

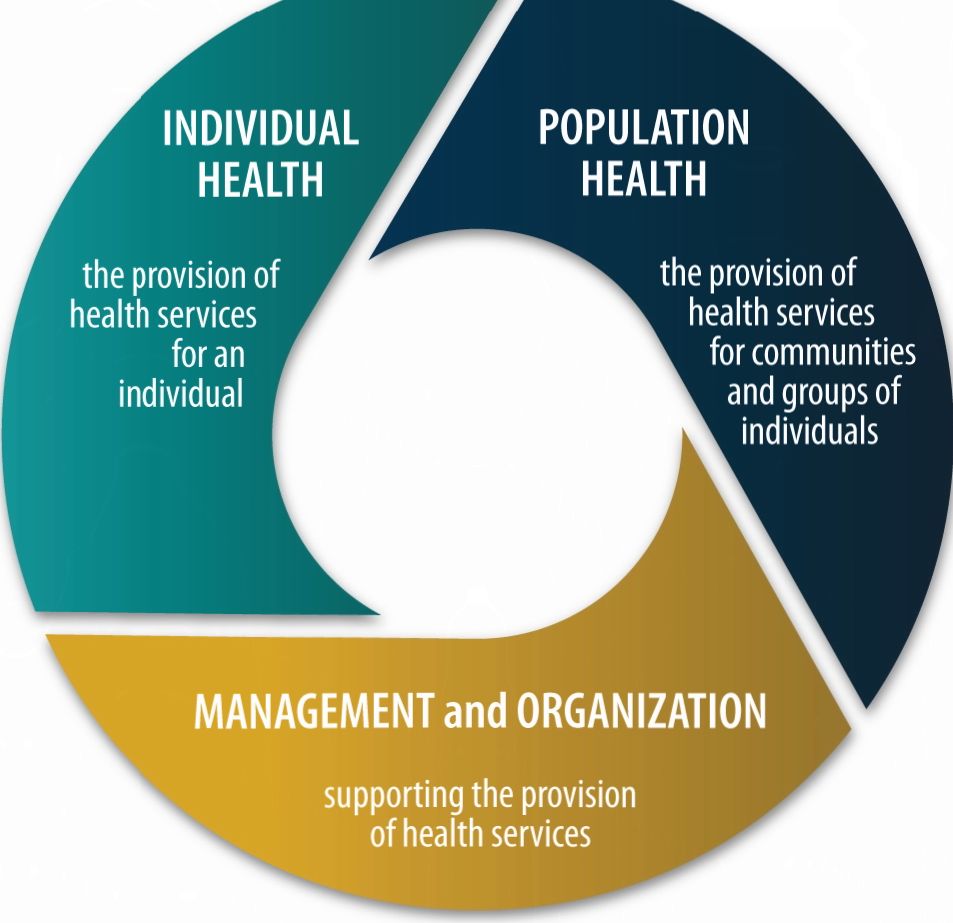
Ta sekcja dotycząca czynności praktycznych zapewnia ramy organizacyjne o dwóch szerokich zastosowaniach: (a) do opisywania ról i obowiązków w zespole przy użyciu wspólnego języka; oraz (b) do (prze)projektowania programów nauczania opartych na kompetencjach, aby umożliwić wykonywanie tych zdefiniowanych obowiązków. Każda czynność praktyczna opisuje podstawową funkcję praktyki służby zdrowia obejmującą grupy powiązanych zadań. Czynności praktyczne są ograniczone czasowo, możliwe do wyszkolenia i, poprzez wykonywanie zadań, mierzalne. Poszczególne osoby mogą być certyfikowane do wykonywania czynności praktycznych, z określonymi ograniczeniami.

Niniejsze ramy zostały stworzone w celu zastosowania ich do pracowników służby zdrowia ze ścieżką kształcenia trwającą od 12 do 48 miesięcy, z wyborem i specyfikacją zgodnie z rolami i obowiązkami. Alternatywne specyfikacje lub dodatkowe czynności praktyczne mogą być wykorzystane w celu dostosowania do szerszych obowiązków w zakresie świadczenia usług zdrowotnych poza obowiązkami tych grup pracowników służby zdrowia, na przykład opracowywania programów nauczania, sprzątania lub konserwacji obiektów, zarządzania, usług badań laboratoryjnych, planowania systemów i zarządzania łańcuchem dostaw.

Zazwyczaj pojedyncza grupa zawodowa nie ma obowiązków obejmujących wszystkie czynności praktyczne. Wiele zadań w ramach czynności praktycznych może być również wykonywanych przez innych pracowników służby zdrowia z krótszymi lub dłuższymi lub bardziej wyspecjalizowanymi programami kształcenia, a zadania z wyższego poziomu lub rozszerzony zakres obowiązków mogą być również częścią rozwoju kariery.

**Rys. 3.1 Domeny czynności praktycznych**

Zakres usług zdrowotnych i poziom nadzoru  **w zakresie świadczenia usług zdrowotnych**

dla wykonywania tych czynności praktycznych muszą zostać zdefiniowane, aby można je było wykorzystać do opracowania programów nauczania opartych na wynikach.

Świadczenie usług zdrowotnych dla społeczności i dla grup jednostek

Świadczenie usług zdrowotnych dla jednostek

Zdrowie jednostki

Zdrowie populacji

Czynności praktyczne są podzielone na trzy domeny - zdrowie jednostki, zdrowie populacji oraz zarządzanie i organizacja (Rysunek 3.1) – z punktu widzenia podstawowej opieki zdrowotnej. Podczas gdy każda czynność praktyczna opisuje odrębną funkcję praktyki pracy w służbie zdrowia, pojedyncze spotkanie kliniczne może wymagać dowolnej liczby czynności praktycznych w dowolnej kolejności, bez przerwy lub bez potwierdzenia ich rozpoczęcia lub zakończenia.

Wsparcie dla świadczenia usług zdrowotnych

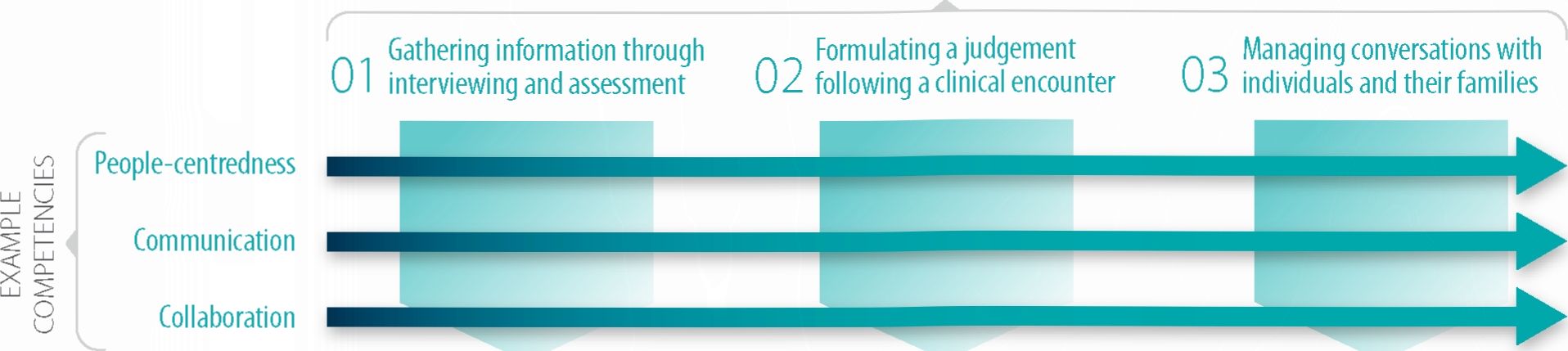
Zarządzanie i organizacja

23

Rys. 3.2 Definiowanie standardów wykonania opartych na kompetencjach dla czynności praktycznych

PRZYKŁADOWE CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE

Zarządzanie rozmowami z jednostkami i ich rodzinami



Współpraca

Komunikacja

Koncentracja

na ludziach

Przykładowe kompetencje

Formułowanie osądu po spotkaniu klinicznym

Zbieranie informacji przez wywiad i badanie

Kompetencje (wyrażone poprzez zachowania) umożliwiają wykonywanie czynności praktycznych (obejmujących zadania) o jakości wymaganej do skutecznego świadczenia usług zdrowotnych, które w pełni przyczyniają się do osiągnięcia UHC. Należy je zatem interpretować łącznie, jak pokazano na rysunku 3.2.

3.1 Wytyczne programowe dotyczące czynności praktycznych

Kluczową cechą CBE jest powiązanie treści programowych z wynikami. Oznacza to, że każde uczenie się związane z wiedzą, umiejętnościami, postawami lub zachowaniami jest zakorzenione w jego znaczeniu dla wykonywania czynności praktycznych na wymaganym poziomie biegłości. Istnieją cztery wymiary czynności praktycznych w tych ramach, aby wspierać rozwój programów nauczania, w których czynności praktyczne odzwierciedlają rolę, obowiązki i odpowiedzialność - nazwa; zadania składowe; wytyczne dla treści programowych; oraz ilustracyjne profile zawodowe, które łączą wybór treści programowych z zadaniami.

Wytyczne programowe dla każdej czynności praktycznej stanowią odniesienie do wiedzy i umiejętności. Te mniej lub bardziej uniwersalne wytyczne dotyczące wiedzy i umiejętności wymaganych do wykonywania zadań w ramach czynności praktycznych mogą być uzupełnione lokalną wiedzą i dookreślone w odniesieniu do zakresu zadań w ramach wyników programu jako element kontekstualizacji ram.

Przedstawiamy przykładowe profile, aby pomóc w dostosowaniu czynności praktycznych i wytycznych programowych do konkretnego kontekstu. Cztery przykładowe profile zostały opracowane tak, aby odzwierciedlić różne poziomy autonomii w podejmowaniu decyzji klinicznych i różny czas trwania kształcenia wstępnego przed podjęciem pracy: młodszy specjalista pielęgniarstwa, środowiskowy pracownik służby zdrowia (CHW), specjalista pielęgniarstwa (pielęgniarka) i ratownik medyczny, jak opisano w tabeli 3.1.

Tam, gdzie dany obszar treści programowych jest istotny dla wszystkich czterech profili, może on nadal różnić się w zależności od roli, obowiązków i odpowiedzialności w systemie opieki zdrowotnej. Na przykład, w ramach „czynności praktycznej nr 14: „zapewnianie niefarmakologicznych interwencji zdrowotnych”, znajomość „metod i technik interwencji, w tym kontroli bezpieczeństwa i jakości oraz zarządzania potencjalnymi powikłaniami lub zdarzeniami niepożądanymi” jest zaznaczona dla wszystkich czterech profili zawodowych. Niemniej jednak liczba i zakres procedur lub terapii jest różna, a metody zarządzania będą się wahać od poszukiwania pomocy do wykonywania dodatkowych interwencji klinicznych.

24 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

**Tabela 3.1 Przykładowe profile pracowników służby zdrowia dla czynności praktycznych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZMIENNA** | **Profil A** | **Profil B** | **Profil C** | **Profil D** |
| **Profil** | Krótkie kształcenie przed rozpoczęciem pracy, ograniczona autonomia w podejmowaniu decyzji klinicznych:  np. Młodszy specjalista pielęgniarstwa  (ISC0-08 3221) | Krótkie kształcenie przed rozpoczęciem pracy, ograniczona autonomia w podejmowaniu decyzji klinicznych: np. środowiskowy pracownik służby zdrowia (ISCO-O8 3253) | Dłuższa edukacja przed rozpoczęciem pracy, pewna autonomia w podejmowaniu decyzji klinicznych: np. specjalista pielęgniarstwa  (ISC0-08 2221) | Dłuższa edukacja przed rozpoczęciem pracy, znaczna autonomia w podejmowaniu decyzji klinicznych: np. ratownik medyczny  (ISCO 08-2240)a |
| **Główna grupa ISCO** | Młodszy pracownik służby zdrowia | Młodszy pracownik służby zdrowia | Pracownik służby zdrowia | Pracownik służby zdrowia |
| **Typowy czas trwania kształcenia** | 12-24 miesiące | 12-24 miesiąceb | 24-48 miesięcy | 24-48 miesięcy |
| **Krótki przegląd obowiązków** | Dominująca rola we wspieraniu leczenia oraz promocji zdrowia i profilaktyce  Może wykonywać podstawowe procedury wspierające plan zarządzania | Wąski zakres praktyki jeśli chodzi o leczenie i klasyfikację schorzeń  Dominująca rola w zakresie wsparcia leczenia, skierowań, opieki domowej oraz promocji zdrowia i profilaktyki. | Szeroki zakres praktyki w odniesieniu do profilaktyki, promocji i opieki; zakres praktyki odnoszący się do nie-medycznej diagnostyki i leczenia, zwykle w kontekście planu zarządzania uzgodnionego z innymi osobami.  Może pełnić rolę przywódczą lub kierowniczą | Szerszy zakres praktyki w odniesieniu do profilaktyki, promocji i opieki; zakres praktyki obejmuje diagnostykę i leczenie, zwykle z określonymi ograniczeniami (świadczenie rutynowych podstawowych procedur lub określonych złożonych lub chirurgicznych procedur lub diagnostyki).  Może pełnić rolę przywódczą lub kierowniczą |
| **Poziom nadzoru** | Praca pod ścisłym nadzorem i monitoringiem | | Przez większość czasu pracuje samodzielnie, pod pewnym nadzorem lub z obowiązkami delegowanymi przez starszego pracownika służby zdrowia w zespole. | |
| **Złożoność procesu podejmowania decyzji klinicznych** | Ograniczony proces podejmowania decyzji klinicznych | Podejmowanie decyzji klinicznych zgodnie ze standardowymi protokołami i opcjami nakazowymi | Podejmowanie decyzji związanych z realizacją planu leczenia | Diagnoza medyczna; decyzje związane z zarządzaniem, ustalaniem priorytetów lub racjonalizacją zasobów |
| **Rola w podejmowaniu decyzji klinicznych** | Głównie w oparciu o protokoły |  | Dostosowuje protokoły do poszczególnych osób |  |

a Niektórzy specjaliści pielęgniarstwa nabywają poprzez dodatkowe szkolenia i licencje dodatkowe obszary kompetencji, które dają im większą autonomię w podejmowaniu decyzji klinicznych. Wyspecjalizowany personel pielęgniarski powinien być traktowany dla celów niniejszego dokumentu jako część przykładowej kategorii w grupie profilu D.

b W kontekstach, w których CHW otrzymują mniej niż 12-miesięczne szkolenie, ich rola jest węższa i zazwyczaj ograniczona do standardowego stosowania protokołów zdrowia publicznego, diagnostyki lub zarządzania przypadkami.

Rozdział 4 zawiera przegląd zasad i wskazówek dotyczących wdrażania CBE. Korzystając z tych wytycznych w celu opracowania programów nauczania, należy wziąć pod uwagę następujące kwestie.

* Jaka jest specyfikacja czynności praktycznej - Jakie są zadania w ramach roli, obowiązków i odpowiedzialności? Jakie są interwencje zdrowotne lub prezentacja objawów istotnych dla tej czynności praktycznej? Jakie narzędzia i techniki mają być stosowane? Jaki jest poziom nadzoru?
* Jaka jest wiedza i umiejętności, które umożliwiają wykonanie tej czynności praktycznej zgodnie z powyższą specyfikacją? Może to obejmować całą wiedzę i umiejętności opisane w wytycznych, w zależności od zakresu wybranych zadań. Jaki jest poziom wiedzy lub zrozumienia? Jaka jest wiedza lokalna lub kontekstowa?
* Jakie treści programowe pokrywają się lub są wspólne dla wielu czynności praktycznych? Może to być przydatne do rozważenia przy stopniowym budowaniu działań edukacyjnych sekwencyjnie, zamiast wielokrotnego powtarzania podobnych treści w całym programie.

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 25

3.2 Czynności praktyczne a powszechny dostęp do opieki zdrowotnej: przegląd

Czynności praktyczne to podstawowe funkcje praktyki służby zdrowia. Obejmują one grupy powiązanych zadań, które mogą być podejmowane przez jedną osobę lub grupy osób i które reprezentują integrację i zastosowanie wiedzy, umiejętności i postaw w praktyce. Czynności praktyczne są ograniczone czasowo, możliwe do wyszkolenia i, poprzez wykonywanie zadań, mierzalne.

Globalne Ramy Kompetencji i Wyników dla UHC identyfikują 35 czynności praktycznych podzielonych na trzy domeny, w których pracownicy służby zdrowia ze ścieżką szkoleniową trwającą 12-48 miesięcy mogą mieć obowiązki, w zależności od miejsca i zakresu praktyki. Zazwyczaj pojedyncza grupa zawodowa nie miałaby obowiązków obejmujących wszystkie czynności praktyczne.

Domena I: Zdrowie jednostki

*Czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych na rzecz osoby fizycznej*

1. zbieranie informacji poprzez wywiad i ocenę stanu zdrowia

2. formułowanie oceny po spotkaniu klinicznym

3. zarządzanie rozmowami z osobami i ich rodzinami

4. rzecznictwo na rzecz potrzeb zdrowotnych jednostki

5. dostarczanie informacji i wsparcia w celu wpływania na zachowania zdrowotne jednostki

6. uzyskiwanie świadomej zgody

7. zamawianie i przeprowadzanie procedur diagnostycznych i przesiewowych oraz interpretacja wyników

8. opracowanie i dostosowanie planu zarządzania

9. przepisywanie leków lub środków terapeutycznych

10. przygotowywanie i wydawanie leków lub środków terapeutycznych

11. podawanie leków lub środków terapeutycznych

12. wybór produktów wspomagających

13. dostarczanie produktów wspomagających

14. świadczenie niefarmakologicznych interwencji zdrowotnych

15. świadczenie wsparcia dla jednostek w zakresie leczenia i opieki

16. zarządzanie opieką u schyłku życia i w żałobie

17. zgłaszanie chorób, stanów lub zdarzeń podlegających obowiązkowi zgłoszenia

18. dostarczanie lub otrzymywanie prezentacji klinicznej

19. przenoszenie i transport osób

20. koordynowanie przeniesienia do innego środowiska opieki

Domena II: Zdrowie populacji

*Czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla społeczności i grup osób.*

21. ocena potrzeb zdrowotnych społeczności

22. planowanie i realizacja programów zdrowotnych dla społeczności

23. zarządzanie komunikacją w zakresie zdrowia publicznego

24. rozwijanie gotowości na nagłe wypadki i katastrofy zdrowotne, w tym epidemie chorób

25. reagowanie na sytuacje kryzysowe i katastrofy zdrowotne, w tym epidemie chorób

26. rzecznictwo na rzecz potrzeb zdrowotnych społeczności

26 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Domena III: Zarządzanie i organizacja

*Czynności praktyczne związane z efektywnym wykorzystywaniem zasobów ludzkich, fizycznych i finansowych*

27. dostęp do informacji i ich dokumentowanie

28. rejestrowanie osób fizycznych w celu uzyskania przez nie usług zdrowotnych

29. prowadzenie działań na rzecz poprawy jakości

30. zapewnienie nauki i nadzoru w miejscu pracy

31. zarządzanie zasobami ludzkimi

32. zarządzanie zasobami finansowymi

33. zarządzanie zasobami fizycznymi

34. udział w ewakuacji i badaniach

35. opracowywanie, ocena i wdrażanie lokalnych polityk, procedur i wytycznych

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 27

**Domena I: Zdrowie jednostki - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki**

**CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 1**

ZBIERANIE INFORMACJI POPRZEZ WYWIAD I OCENĘ STANU ZDROWIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Ustalenie celu interakcji  2. Gromadzenie i potwierdzanie informacji poprzez wywiad  3. Określenie celów klinicznych, charakteru i czasu przeprowadzenia oceny poznawczej, emocjonalnej, umysłowej, fizycznej i społecznej  4. Przeprowadzenie oceny poznawczej, emocjonalnej, umysłowej, fizycznej lub społecznej  5. Rozwijanie wspólnego zrozumienia potrzeb zdrowotnych |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Uzyskanie podstawowego wywiadu przy użyciu predefiniowanego protokołu lub kwestionariusza.  - Przeprowadzenie oględzin i podstawowej oceny fizycznej i psychicznej, zwykle w celu przeprowadzenia krótkich procedur lub określenia zakresu obrażeń. |
| Profil B (np. CHW) |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Uzyskanie pełnego i kompleksowego wywiadu poprzez ukierunkowane zadawanie pytań  - Przeprowadzenie oceny poznawczej, emocjonalnej, umysłowej, fizycznej lub społecznej przy użyciu szeregu narzędzi i technik w celu oceny ryzyka, objawów i priorytetów.  - Zbieranie informacji w trudnych sytuacjach, takich jak brak współpracy, obniżona świadomość lub upośledzenie funkcji poznawczych. |
| Profil D (np. ratownik medyczny) |

**Treści programowe A B C D**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Rola informacji zebranych od jednostki poprzez wywiad i ocenę w kierowaniu interakcjami i osądami klinicznymi dotyczącymi usług zdrowotnych, które mają być świadczone. | V | V | V | V | V |
| 2. Rola otoczenia w zapewnieniu prywatności, poufności i spokoju jednostki | V | V | V | V | V |
| 3. Znaczenie dostosowania interakcji do celu; pilność (która może pojawić się w procesie gromadzenia informacji); oraz dostępność zasobów (czas i sprzęt). | V | V | V | V | V |
| 4. Informacje, które należy zebrać, które mogą obejmować historię bieżącej choroby lub epizodu; przeszłość rodzinną, medyczną, lekową, położniczą, ginekologiczną, psychologiczną, seksualną, społeczną lub chirurgiczną; szczepienia; alergie; ból; objawy. | V | V | V | V | V |
| 5. Informacje kliniczne, które należy zebrać, które mogą obejmować parametry życiowe i elementy badania fizykalnego | V | V | V | V | V |
| 6. Zebrane informacje niekliniczne, które mogą obejmować okoliczności osobiste, dostęp do finansowania opieki zdrowotnej,  postawy, obawy oraz priorytety i oczekiwania | V | V | V | V | V |
| 7. Metody, narzędzia i techniki uzyskiwania wywiadu klinicznego i nieklinicznego związanego z zakresem praktyki | V | V | V | V | V |
| 8. Metody, narzędzia i techniki badania wizualnego oraz oceny poznawczej, emocjonalnej, umysłowej, fizycznej i społecznej związane z zakresem praktyki. | V | V | V | V | V |
| 9. Objawy lub wskazania wymagające pilnej eskalacji opieki | V | V | V | V | V |
| 10. Wpływ choroby, urazu lub chorób współistniejących na prezentację objawów klinicznych |  |  | V | V | V |
| 11. Wpływ uwarunkowań zdrowotnych; kultury; mitów, błędnych przekonań, stereotypów i postaw kulturowych; sytuacji osobistej (w tym rodziny, zatrudnienia lub finansów); oraz poglądów religijnych lub politycznych na informacje, których jednostka udziela. |  |  | V | V | V |
| 12. Możliwość problemów zdrowotnych nieujawnionych w czasie wywiadu. | V | V | V | V | V |
| 13. Oznaki fizycznych, psychologicznych lub seksualnych nadużyć, handlu ludźmi lub zażywania substancji odurzających oraz odpowiednie działania i reakcje w przypadku podejrzenia. | V | V | V | V | V |
| 14. Cały zakres emocjonalnych i fizycznych reakcji, których może doświadczyć dana osoba, jej rodzina i świadkowie, oraz sposoby reagowania na nie. | V | V | V | V | V |
| 15. Wskaźniki zdrowia i dobrostanu odpowiednie dla grupy wiekowej, rasy, płci i innych cech. | V | V | V | V | V |
| 16. Dodatkowe potrzeby słabszych grup społecznych w zakresie dostępu do usług zdrowotnych i korzystania z nich, w tym w sytuacjach kryzysowych | V | V | V | V | V |
| 17. Anatomia i fizjologia ludzkiego ciała w odniesieniu do prezentowanych problemów | V | V | V | V | V |
| 18. Etiologia powszechnych schorzeń oraz ich oznaki, objawy i czynniki ryzyka | V | V | V | V | V |
| 19. Środki bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganie zakażeniom i ich kontrola (IPC) oraz stosowanie i utylizacja środków ochrony indywidualnej (PPE) | V | V | V | V | V |
| 20. Łańcuch zakażeń, rola higieny i warunków sanitarnych oraz zapobieganie zakażeniom związanym z opieką zdrowotną | V | V | V | V | V |
| 21. Zasady bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki | V | V | V | V | V |

28 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

| Zadania | | 1. Interpretowanie informacji zebranych od i na temat danej osoby oraz jej potrzeb zdrowotnych  2. Ocena stopnia pilności reakcji  3. Potwierdzanie lub wykluczanie hipotez (w tym badania przesiewowe, diagnoza)  4. Dokonywanie oceny klinicznej (w tym diagnozy) |
| --- | --- | --- |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Interpretowanie obiektywnych informacji z krótkiego wywiadu i monitorowanie parametrów życiowych w ograniczonym zakresie celów, takich jak  - Rozpoznawanie i reagowanie na pilne i nagłe przypadki  - Ocena bieżącego stanu osoby objętej opieką  - Badania przesiewowe pod kątem schorzeń wymagających skierowania na diagnostykę |
| Profil B (np. CHW) | - Interpretacja subiektywnych i obiektywnych informacji z wywiadu, oceny wizualnej lub fizykalnej oraz niektórych testów diagnostycznych w ograniczonym zakresie celów, takich jak  - Rozpoznawanie i reagowanie na pilne i nagłe przypadki  - Ocena podatności na rozwój choroby lub schorzenia  - Klasyfikowanie i leczenie określonych chorób lub schorzeń zgodnie z pomocami decyzyjnymi  - Badania przesiewowe pod kątem schorzeń wymagających skierowania na diagnostykę |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Interpretacja subiektywnych i obiektywnych informacji z wywiadu, oceny wizualnej lub fizykalnej oraz niektórych testów diagnostycznych w punktach opieki dla różnych celów, w tym  - Rozpoznawanie i reagowanie na pilne i nagłe przypadki  - Ocena podatności na rozwój choroby lub schorzenia  - Postawienie określonej, ograniczonej diagnozy na odpowiedzialność pracownika służby zdrowia wyższego szczebla |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Interpretowanie subiektywnych i obiektywnych informacji z różnych źródeł do różnych celów, takich jak  - Rozpoznawanie i reagowanie na pilne i nagłe przypadki  - Stwierdzenie zgonu i jego przyczyny na odpowiedzialność pracownika służby zdrowia wyższego szczebla  - Podejmowanie decyzji klinicznych w złożonych sytuacjach, na przykład w przypadku chorób współistniejących lub, w przypadku braku pełnych informacji, na odpowiedzialność pracownika służby zdrowia wyższego szczebla  - Stawianie diagnozy różnicowej lub klinicznej na odpowiedzialność pracownika służby zdrowia wyższego szczebla |

**Domena I: Zdrowie jednostki – czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki**

A. Trzcińska

**CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 2**

FORMUŁOWANIE OCENY PO SPOTKANIU KLINICZNYM

**Treści programowe A B C D**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Oznaki i objawy pilnych i nagłych stanów klinicznych oraz zagrożenia życia | V | V | V | V |
| 2. | Cel, dla którego potrzebna jest ocena kliniczna | V | V | V | V |
| 3. | Uzasadnienie, korzyści i zagrożenia związane z diagnostyką | V | V | V | V |
| 4. | Rola dowodów, informacji kontekstowych, obserwacji, refleksji i podejmowania decyzji w dokonywaniu oceny klinicznej |  |  | V | V |
| 5. | Ramy do interpretacji i oceny informacji i dowodów w kontekście | V | V | V | V |
| 6. | Korzystanie z pomocy w podejmowaniu decyzji i rozpoznawanie wzorców | V | V | V | V |
| 7. | Podejścia do oceny pewności i kompletności zebranych informacji |  |  | V | V |
| 8. | Zakres, w jakim można dokonać oceny klinicznej na podstawie uzyskanych informacji | V | V | V | V |
| 9. | Zakres i konsekwencje prawidłowych i nieprawidłowych wyników odpowiednich procedur diagnostycznych lub badań. |  |  | V | V |
| 10. | Kluczowe uprzedzenia diagnostyczne, typowe błędy i kwestie związane z diagnozą w obliczu niejednoznaczności i niekompletnych danych |  |  | V | V |
| 11. | Anatomia i fizjologia ludzkiego ciała w odniesieniu do prezentowanych problemów | V | V | V | V |
| 12. | Etiologia powszechnych schorzeń oraz ich oznaki, objawy i czynniki ryzyka | V | V | V | V |
| 13. | Kryteria diagnostyczne, a mianowicie oznaki, objawy i wskazania określonych stanów zdrowia, w tym stopień zaawansowania, jeśli dotyczy |  |  | V | V |
| 14. | Oznaki, objawy i wskazania, które mogą mieć podobne objawy w przypadku wielu schorzeń |  |  | V | V |
| 15. | Wielochorobowość i nietypowe objawy odpowiednie do wieku, płci, rasy i innych cech. |  |  | V | V |

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 29

**Domena I: Zdrowie jednostki - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki**

**CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 3**

ZARZĄDZANIE ROZMOWAMI Z OSOBAMI I ICH RODZINAMI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Planowanie rozmowy  2. Inicjowanie rozmowy  3. Zbieranie informacji na temat aktualnego rozumienia sytuacji, oczekiwań i obaw danej osoby  4. Dostarczanie informacji  5. Odpowiadanie drugiej osobie  6. Omawianie, podsumowywanie informacji i zapewnianie wsparcia lub wskazówek  7. Zamknięcie rozmowy |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Zarządzanie rozmowami na temat praktycznych ustaleń dotyczących uzgodnionego planu zarządzania; słuchanie indywidualnych obaw lub uczuć |
| Profil B (np. CHW) | - Zarządzanie rozmowami, które mogą obejmować przekazywanie diagnozy w oparciu o kryteria badań przesiewowych, omawianie uzgodnionego planu postępowania, powiadamianie o kontaktach w przypadku chorób zakaźnych. |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Zarządzanie trudnymi rozmowami, na przykład ułatwianie partnerowi lub rodzinie powiadomienia o diagnozie; omawianie uzgodnionego planu postępowania, w tym opieki u schyłku życia; przekazywanie złych wiadomości (w tym o śmierci). |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Zarządzanie trudnymi rozmowami, na przykład ułatwianie partnerowi lub rodzinie powiadomienia o diagnozie; omawianie proponowanego planu postępowania, w tym opieki u schyłku życia; podejmowanie wspólnych decyzji; przekazywanie złych wiadomości (w tym o śmierci); omawianie dawstwa i pobierania narządów. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Metody dostosowania rozmowy do osiągnięcia celu, w tym informacje, które należy przekazać lub zebrać, wsparcie, które należy zapewnić, oraz podejmowanie decyzji oparte na współpracy. | V | V | V | V |
| 2. Znaczenie przygotowania do rozmowy, w tym fakty i ich implikacje; poziom ujawnienia, na przykład komu i kiedy; środowisko fizyczne; jak radzić sobie z potencjalnymi barierami w komunikacji; oraz prawa i uprawnienia jednostki. | V | V | V | V |
| 3. Wszelkie prawdopodobne wyzwania podczas spotkania oraz zwroty, podejścia i metody zapewniające wsparcie danej osobie i osiągnięcie celu rozmowy. | V | V | V | V |
| 4. Wpływ złych wiadomości i potencjalne reakcje emocjonalne, w tym etapy smutku oraz mechanizmy radzenia sobie i reagowania. |  |  | V | V |
| 5. Wpływ złych wiadomości na zrozumienie, zadowolenie z opieki zdrowotnej, poziom nadziei i późniejsze przystosowanie psychologiczne | V | V | V | V |
| 6. Terminologia kliniczna, w tym skróty i sposób ich tłumaczenia na język potoczny |  |  | V | V |
| 7. Wpływ kultury, finansów, religii i polityki na poglądy i zachowania w odniesieniu do zdrowia, choroby, schorzenia, poszukiwania opieki zdrowotnej | V | V | V | V |

**Treści programowe A B C D**

30 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

**CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 4**

RZECZNICTWO NA RZECZ POTRZEB ZDROWOTNYCH JENDNOSTKI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Wyjaśnienie świadomości zdrowotnej i potrzeb zdrowotnych danej osoby  2. Identyfikacja problemu i potencjalnych rozwiązań  3. zapewnienie wsparcia danej osobie, aby pomóc jej zarządzać własnym zdrowiem lub uzyskać dostęp do usług zdrowotnych  4. Reprezentowanie jednostki i jej praw w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki nad nią |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Zapewnienie aspektów praktycznej pomocy, kontaktowanie danej osoby z innymi świadczeniodawcami innych usług zdrowotnych  - Pomoc w zrozumieniu informacji na temat stanu zdrowia i dostępnych opcji  - Pomoc osobie w wyrażaniu siebie, zadawaniu pytań lub proszeniu o pomoc  - Reprezentowanie jednostki i jej praw w podejmowaniu decyzji, w szczególności podczas przekazywania opieki |
| Profil B (np. CHW) |
| Profil C (np. pielęgniarka) |
| Profil D (np. ratownik medyczny) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Zakres czynników, które mogą wpływać na świadomość zdrowotną jednostki | V | V | V | V |
| 2. | Zakres czynników, które mogą wpływać na zdolność jednostki do zaspokojenia własnych potrzeb zdrowotnych. | V | V | V | V |
| 3. | Zakres barier w dostępie do usług zdrowotnych, których może doświadczyć jednostka | V | V | V | V |
| 4. | Dodatkowe potrzeby określonych populacji znajdujących się w trudnej sytuacji w zakresie dostępu do usług zdrowotnych i angażowania się w nie | V | V | V | V |
| 5. | Społeczne i środowiskowe uwarunkowania zdrowia i dobrostanu | V | V | V | V |
| 6. | Metody wspierania osoby w wyrażaniu siebie lub proszeniu o pomoc | V | V | V | V |
| 7. | Podejścia i zasoby do zapewniania praktycznej pomocy | V | V | V | V |
| 8. | Możliwości wspierania osób podejmujących decyzje dotyczące opieki zdrowotnej danej osoby | V | V | V | V |
| 9. | Narzędzia i techniki wspierania, przekonywania i negocjowania | V | V | V | V |
| 10. | Źródła dalszych informacji i wsparcia, w tym programy społecznościowe | V | V | V | V |
| 11. | Struktury, funkcje i uprawnienia podmiotów w ramach systemu opieki zdrowotnej | V | V | V | V |
| 12. | Informacje kontekstowe związane z potrzebami zdrowotnymi danej osoby | V | V | V | V |

**Domena I: Zdrowie jednostki - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki**

**Treści programowe A B C D**

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 31

3

**Domena I: Zdrowie jednostki – czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki**

**CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 5**

DOSTARCZANIE INFORMACJI I WSPARCIA W CELU WPŁYWANIA NA ZACHOWANIA ZDROWOTNE JEDNOSTKI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Ocena informacji w celu zidentyfikowania docelowych obszarów lub zachowań danej osoby  2. Dostarczanie informacji o pozytywnych i szkodliwych zachowaniach  3. Współpraca z daną osobą w celu określenia zmian zachowań zdrowotnych  4. Dystrybucja materiałów niemedycznych, takich jak moskitiery lub krokomierze  5. Kierowanie do usług wspierających zmianę zachowań, takich jak ośrodki rzucania palenia tytoniu  6. Monitorowanie i śledzenie zmiany zachowań |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Odpowiadanie na ogólne prośby o informacje zdrowotne  - Dystrybucja materiałów niemedycznych  - Kierowanie do usług wspierających zmianę zachowań |
| Profil B (np. CHW) | - Zapewnienie ukierunkowanej i dostosowanej edukacji, informacji, doradztwa i poradnictwa  - Dystrybucja materiałów niemedycznych  - Kierowanie do usług wspierających zmianę zachowań |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Dostarczanie ukierunkowanych i dostosowanych informacji, doradztwo i terapie motywacyjne  - Wspieranie jednostki w identyfikowaniu motywacji i barier do zmiany, polepszaniu postrzegania ryzyka zdrowotnego, które ponosi i sprawowaniu kontroli nad własnymi wyborami dotyczącymi zdrowia.  - Dystrybucja materiałów niemedycznych  - Kierowanie do usług wspierających zmianę zachowań  - Monitorowanie i śledzenie zmiany zachowań i ich wpływu na zdrowie |
| Profil D (np. ratownik medyczny) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Zasady i cel promocji zdrowia oraz zapobiegania chorobom, niepełnosprawności i urazom | V | V | V | V |
| 2. Koncepcje i teorie zmiany zachowania |  | V | V | V |
| 3. Metody identyfikacji i zrozumienia poziomu świadomości zdrowotnej danej osoby | V | V | V | V |
| 4. Pozytywne i bezpieczne zachowania odpowiednie dla grupy wiekowej i etapu życia | V | V | V | V |
| 5. Populacje zagrożone określonymi schorzeniami i potrzeby różnych osób na różnych etapach życia |  | V | V | V |
| 6. Wpływ różnych czynników na zdrowie, w tym konfliktu lub wojny; dieta i odżywianie; ćwiczenia; czynniki środowiska gospodarstwa domowego, takie jak elektryczność, schronienie, woda i warunki sanitarne; używanie alkoholu, narkotyków i substancji odurzających; broń palna; higiena; szczepienia; brak aktywności; zanieczyszczenie i czynniki środowiskowe; profilaktyczne kontrole zdrowotne; przemoc fizyczna, psychiczna lub seksualna; bezpieczeństwo na drodze. | V | V | V | V |
| 7. Wskazania rzeczywistych lub potencjalnych zagrożeń dla zdrowia danej osoby | V | V | V | V |
| 8. Oznaki fizycznych, psychologicznych lub seksualnych nadużyć, handlu ludźmi lub zażywania substancji odurzających oraz odpowiednie działania i reakcje w przypadku podejrzenia. | V | V | V | V |
| 9. Rola różnych organizacji w interweniowaniu, gdy dana osoba jest podatna na zagrożenia lub zagrożona |  |  | V | V |
| 10. Konsekwencje prawne i środki bezpieczeństwa dla własnej ochrony w przypadku interwencji, gdy dana osoba jest podatna na zagrożenia lub zagrożona. | V | V | V | V |
| 11. Czynniki wpływające na rzeczywistą i postrzeganą podatność danej osoby na zagrożenia dla zdrowia i ich dotkliwość |  | V | V | V |
| 12. Działania, które dana osoba może podjąć w celu zmniejszenia ryzyka lub powagi (jak, co, kiedy i gdzie) szkodliwych zachowań oraz rzeczywiste i postrzegane korzyści i bariery w podejmowaniu działań (dlaczego). | V | V | V | V |
| 13. Zakres motywacji ludzi do zmiany swoich zachowań |  | V | V | V |
| 14. Wpływ postrzegania przez jednostkę ryzyka, zagrożeń, barier i skuteczności na jej gotowość do wprowadzania zmian |  | V | V | V |
| 15. Zakres sygnałów do działania, które mogą aktywować gotowość do zmiany |  | V | V | V |
| 16. Odpowiednie materiały edukacyjne i informacyjne w formatach dostosowanych do umiejętności danej osoby w zakresie zdrowia. | V | V | V | V |
| 17. Dostępność i dostęp do materiałów niemedycznych oraz wszelkie instrukcje dotyczące prawidłowego użytkowania | V | V | V | V |
| 18. Dostępność ukierunkowanych usług zdrowotnych, takich jak usługi środowiskowe, doradztwo i usługi psychologiczne, programy żywieniowe, opieka hospicyjna, grupy wsparcia peer-to-peer lub wirtualne, schroniska. | V | V | V | V |
| 19. Dodatkowe potrzeby słabszych grup społecznych w zakresie dostępu do usług zdrowotnych i korzystania z nich | V | V | V | V |
| 20. Dostępność usług i leków uzupełniających i alternatywnych |  | V | V | V |
| 21. Metody i techniki umożliwiające zmianę zachowania, takie jak rozmowy motywacyjne, metody poznawczo-behawioralne, techniki wzmacniania zachowań, wsparcie rówieśnicze, metody uczenia się dorosłych, terapia skoncentrowana na rozwiązaniach, wyznaczanie celów i rozpoznawanie stopniowych sukcesów. |  |  | V | V |

**Treści programowe A B C D**

32 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

**CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 6**

UZYSKIWANIE ŚWIADOMEJ ZGODY

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Wyjaśnienie informacji na temat danej osoby i jej obaw  2. Udostępnianie informacji o procedurach lub zabiegach  3. Rozwiązywanie problemów poszczególnych osób  4. potwierdzenie zrozumienia danej osoby  5. Potwierdzenie ustnej zgody lub ponowne wyrażenie zgody  6. Dokumentowanie pisemnej zgody lub ponownej zgody |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Uzyskiwanie świadomej zgody na procedury lub zabiegi w ramach roli, obowiązków i odpowiedzialności |
| Profil B (np. CHW) |
| Profil C (np. pielęgniarka) |
| Profil D (np. ratownik medyczny) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Etyczne i prawne aspekty opieki, w tym cele opieki, decyzje dotyczące opieki podejmowane w najlepszym interesie, instrukcje pacjenta dotyczące postępowania z jego zdrowiem w przypadku utraty przez niego możliwości podejmowania / komunikowania decyzji (w tym dotyczące odmowy leczenia), zastępcze podejmowanie decyzji | V | V | V | V |
| 2. | Zasady i elementy świadomej zgody | V | V | V | V |
| 3. | Prawne i etyczne implikacje ustnej lub pisemnej świadomej zgody | V | V | V | V |
| 4. | Moralna i prawna autonomia jednostki w podejmowaniu decyzji dotyczących jej zdrowia. | V | V | V | V |
| 5. | Sytuacje, w których należy uzyskać dobrowolną świadomą zgodę i ponowną zgodę oraz kiedy można założyć, że zgoda została wyrażona | V | V | V | V |
| 6. | Metody określania zdolności do podejmowania decyzji przez daną osobę oraz etapy uzyskiwania świadomej zgody od opiekuna | V | V | V | V |
| 7. | Czynniki kulturowe wpływające na to, od kogo należy uzyskać zgodę | V | V | V | V |
| 8. | Wpływ kultury, finansów, religii i polityki na poglądy i zachowania związane ze zdrowiem, poszukiwaniem opieki, chorobami i dolegliwościami. | V | V | V | V |
| 9. | Zakres indywidualnych preferencji dotyczących rozważania opcji, w tym prawo do odmowy udzielenia informacji i czas na zastanowienie się. | V | V | V | V |
| 10. | Charakter, cel, ryzyko i korzyści związane z proponowaną interwencją zdrowotną | V | V | V | V |
| 11. | Potencjalne alternatywy metody, w tym charakter, cel, ryzyko i korzyści | V | V | V | V |
| 12. | Rola pracownika służby zdrowia w pomaganiu pacjentowi w podjęciu dobrowolnej decyzji | V | V | V | V |
| 13. | Różnice między obiektywizmem, przymusem, manipulacją i perswazją | V | V | V | V |
| 14. | Podejścia do zarządzania sytuacjami, w których zgoda nie została wyrażona | V | V | V | V |
| 15. | Dowody i dokumentacja wymagane do wyrażenia świadomej zgody | V | V | V | V |

**Domena I: Zdrowie jednostki – czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki**

**Treści programowe A B C D**

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 33

Domena I: Zdrowie jednostki - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki

**CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 7**

ZAMAWIANIE I PRZEPROWADZANIE PROCEDUR DIAGNOSTYCZNYCH I PRZESIEWOWYCH ORAZ INTERPRETACJA WYNIKÓW

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Ocena informacji w celu określenia, kiedy potrzebna jest procedura  2. Wyjaśnienie ryzyka i korzyści związanych z proponowaną procedurą  3. Zamówienie procedury (jeśli jest przeprowadzana zewnętrznie)  4. Planowanie administrowania procedurą  5. Fizyczne i psychiczne przygotowanie pacjenta do zabiegu  6. Przeprowadzanie procedury, promowanie lub wspieranie osoby w korzystaniu z interwencji w zakresie samoopieki  7. Ocena wyników procedury w celu ustalenia, czy są one zadowalające dla interpretacji diagnostycznej  8. Interpretacja wyników procedury |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Wykonywanie zadań pomocniczych, takich jak organizowanie udziału danej osoby w procedurze  - Udzielanie pomocy podczas bardziej złożonych procedur, na przykład przygotowywanie, pomoc w przyjęciu właściwej pozycji lub monitorowanie pacjenta |
| Profil B (np. CHW) | - Pobieranie próbek do badań  - Procedowanie i interpretowanie wyników określonych testów lub procedur diagnostycznych w punkcie opieki lub wspieranie stosowania interwencji w zakresie samoopieki  - Realizacja zadań wspierających, takich jak zorganizowanie udziału danej osoby w procedurze |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Pobieranie próbek do badań  - Procedowanie i interpretowanie wyników określonych testów lub procedur diagnostycznych w punkcie opieki lub wspieranie stosowania interwencji w zakresie samoopieki  - Udzielanie pomocy podczas bardziej złożonych procedur, na przykład przygotowywanie, pomoc w przyjęciu właściwej pozycji lub monitorowanie pacjenta |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Pobieranie próbek do badań lub wspieranie stosowania interwencji w zakresie samoopieki  - Zamawianie i interpretowanie raportów z procedur i zabiegów, czasami pod nadzorem pracownika służby zdrowia wyższej rangi  - Procedowanie i interpretowanie wyników określonych badań diagnostycznych lub procedur pod nadzorem pracownika służby zdrowia wyższej rangi  - Zamawianie i interpretowanie wyników określonych badań diagnostycznych lub procedur pod nadzorem pracownika służby zdrowia wyższej rangi |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Rola procedur diagnostycznych w potwierdzaniu lub eliminowaniu hipotez diagnostycznych | V | V | V | V |
| 2. | Wskazania do procedury / zabiegu |  |  | V | V |
| 3. | Zakres potencjalnych diagnoz związanych z występującymi objawami |  |  | V | V |
| 4. | Objawy, które mogą być wtórną manifestacją podstawowej przyczyny |  |  | V | V |
| 5. | Zakres badań odpowiednich do występujących objawów |  |  | V | V |
| 6. | Znane i potencjalne przeciwwskazania do przeprowadzenia szeregu badań, ryzyko i korzyści, koszty, dostęp i dostępność |  |  | V | V |
| 7. | Podejścia do oceny skuteczności, trafności i konsekwencji postępowania, z należytym uwzględnieniem powiązanego ryzyka. |  |  | V | V |
| 8. | Anatomia, fizjologia, patologia i powiązane struktury, istotne dla badania i charakterystyki danej osoby. |  |  | V | V |
| 9. | Kroki niezbędne do przeprowadzenia procedury | V | V | V | V |
| 10. | Techniki i umiejętności proceduralne związane z procedurą | V | V | V | V |
| 11. | Konieczne zasoby niezbędne do przeprowadzenia procedury i dalszej opieki, w tym personel, narzędzia i sprzęt oraz leki. |  |  |  | V |
| 12. | Metody dostosowywania sposobu przeprowadzania procedury lub badania do charakterystyki danej osoby |  |  | V | V |
| 13. | Optymalne warunki do uzyskania najlepszych wyników, w tym procesy zapewniania jakości, pozycjonowanie lub przygotowanie jednostki | V | V | V | V |
| 14. | Zakres oczekiwanych i nieoczekiwanych indywidualnych reakcji na określone badanie oraz oznaki działań niepożądanych. | V | V | V | V |
| 15. | Metody zarządzania zdarzeniami niepożądanymi i ich zgłaszania | V | V | V | V |
| 16. | Możliwości i ograniczenia wszelkich używanych narzędzi lub sprzętu | V | V | V | V |
| 17. | Znaczenie kalibracji i rutynowej konserwacji narzędzi lub sprzętu; wskaźniki nieprawidłowego działania lub tego, że nie nadają się one do użytku. | V | V | V | V |
| 18. | Interpretacja wyników testu diagnostycznego |  | V | V | V |

**Treści programowe**

**A B C D**

34 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

**CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 7, ciąg dalszy z poprzedniej strony**

ZAMAWIANIE I PRZEPROWADZANIE PROCEDUR DIAGNOSTYCZNYCH I PRZESIEWOWYCH ORAZ INTERPRETACJA WYNIKÓW

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 19. Kluczowe uprzedzenia diagnostyczne, typowe błędy i kwestie związane z diagnozą w obliczu niejednoznaczności i niekompletnych danych |  |  | V | V |
| 20. Łańcuch zakażeń, rola higieny i warunków sanitarnych oraz zapobieganie zakażeniom związanym z opieką zdrowotną | V | V | V | V |
| 21. Zasady bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki | V | V | V | V |
| 22. Odpowiednia terminologia kliniczna i pomiary, które mogą być stosowane przez różnych pracowników służby zdrowia lub w różnych środowiskach opieki. | V | V | V | V |

**Domena I: Zdrowie jednostki - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki**

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 35

Jaciubek

**Domena I: Zdrowie jednostki - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki**

**CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR NR 8**

OPRACOWANIE I DOSTOSOWANIE PLANU ZARZĄDZANIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Ocena informacji zebranych na temat potrzeb zdrowotnych danej osoby  2. Ocena dostępnych opcji i ścieżek zarządzania zdrowiem  3. Zaproponowanie planu postępowania w porozumieniu z daną osobą i innymi członkami zespołu opieki zdrowotnej, w stosownych przypadkach  4. Identyfikacja zasobów dla planu zarządzania  5. Nadzorowanie wdrażania i monitorowania planu zarządzania  6. Dostosowanie planu zarządzania |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Zaproponowanie planu postępowania po przeprowadzeniu oceny potrzeb zdrowotnych, zazwyczaj o charakterze promocyjnym lub profilaktycznym. |
| Profil B (np. CHW) | - Opracowanie standardowego planu postępowania w przypadku określonych potrzeb zdrowotnych, które zwykle można zidentyfikować lub sklasyfikować podczas pierwszej wizyty, w tym typowych dolegliwości lub drobnych urazów  - Monitorowanie reakcji danej osoby na plan zarządzania opracowany przez inne osoby i wydawanie zaleceń dotyczących przeglądu |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Opracowywanie i wdrażanie planów zarządzania we współpracy z innymi pracownikami służby zdrowia  - Podejmowanie decyzji dotyczących ścieżek opieki, w tym przeniesienia do opieki paliatywnej lub innych środowisk opieki  - Monitorowanie reakcji danej osoby na plany zarządzania i formułowanie zaleceń dotyczących przeglądu |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Opracowywanie, weryfikacja, dostosowywanie i wdrażanie planów postępowania we współpracy z innymi pracownikami służby zdrowia w odniesieniu do szeregu okoliczności lub warunków.  - Podejmowanie decyzji dotyczących ścieżek opieki, w tym przeniesienia do opieki paliatywnej lub innych środowisk opieki. |

**Treści programowe A B C D**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Rola i cechy planu zarządzania opartego na zespole i skoncentrowanego na ludziach | V | V | V | V |
| 2. Etyczne i prawne aspekty opieki, w tym cele opieki, decyzje dotyczące opieki podejmowane w najlepszym interesie pacjenta, instrukcje pacjenta na wypadek utraty przez niego możliwości podejmowania lub przekazywania decyzji (w tym dotyczące odmowy leczenia), zastępcze podejmowanie decyzji | V | V | V | V |
| 3. Osoby, które należy zaangażować w osiągnięcie porozumienia w sprawie planu postępowania, włączając w to skierowania, w tym sam pacjent, inni pracownicy służby zdrowia i inne osoby w innych placówkach opieki. |  | V | V | V |
| 4. Zakres potencjalnych barier w skutecznym wdrażaniu planów zarządzania zdrowiem i ich łagodzenie | V | V | V | V |
| 5. Znaczenie osobistych okoliczności danej osoby, w tym jej postaw, przekonań i praktyk kulturowych; obaw, priorytetów i oczekiwań dotyczących opieki; barier i akceptowalności opcji leczenia; oraz powiązanych błędnych przekonań, mitów, stereotypów lub stygmatyzacji związanych z planem postępowania. | V | V | V | V |
| 6. Dostęp danej osoby do zasobów finansowych lub zdolność do opłacenia usług zdrowotnych i innych kosztów (np. utrata zarobków, transport). | V | V | V | V |
| 7. Znaczenie prawdopodobnej diagnozy dla planu postępowania; czynniki przyczynowe; stan kliniczny danej osoby, reakcja lub przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w przeszłości; alergie; oraz dostęp do niezbędnych narzędzi, metod leczenia lub pomocy w sytuacjach rutynowych lub nagłych. | V | V | V | V |
| 8. Kompletność i poziom zaufania do informacji uzyskanych na podstawie dostępnych subiektywnych i obiektywnych informacji | V | V | V | V |
| 9. Podstawa dowodowa dla interwencji farmakologicznych i niefarmakologicznych w ramach indywidualnego planu postępowania. |  |  | V | V |
| 10. Adekwatność interwencji farmakologicznych i niefarmakologicznych do indywidualnych potrzeb zdrowotnych oraz możliwości wyeliminowania niepotrzebnych interwencji, na przykład podczas porodu. |  |  | V | V |
| 11. Normalny przebieg choroby, powszechne zakażenia oportunistyczne, zakres okresów rekonwalescencji, skutki uboczne i przybliżony harmonogram powrotu do normalnej aktywności (w stosownych przypadkach). |  | V | V | V |
| 12. Różne etapy określonego stanu zdrowia, w tym prawdopodobny krótko-, średnio- i długoterminowy wpływ na fizjologiczne, psychologiczne i umysłowe stany i funkcje danej osoby (w stosownych przypadkach). | V | V | V | V |
| 13. Czynniki przyczynowe i czynniki ryzyka diagnozy, w tym przenoszenie zakażenia |  | V | V | V |
| 14. Odpowiednia anatomia, funkcje, fizjologia, patologia i struktury odpowiedniej części ciała |  | V | V | V |
| 15. Etiologia prawdopodobnej diagnozy wszelkich chorób współistniejących oraz ich oznaki, objawy i czynniki ryzyka |  | V | V | V |
| 16. Zakres promujących, zapobiegawczych, leczniczych, rehabilitacyjnych i paliatywnych opcji i ścieżek leczenia i opieki, kryteria kwalifikowalności, ich koszty, wymagania dotyczące zasobów (personel, produkty pomocnicze, sprzęt), dostępność, cel, korzyści, skutki uboczne i ryzyko. |  |  | V | V |
| 17. Źródła dalszych informacji i wsparcia dla danej osoby, w tym programy społecznościowe |  | V | V | V |
| 18. Dodatkowe potrzeby słabszych grup społecznych w zakresie dostępu do usług zdrowotnych i korzystania z nich, w tym w sytuacjach kryzysowych | V | V | V | V |

36 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

**CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 8, ciąg dalszy z poprzedniej strony**

OPRACOWANIE I DOSTOSOWANIE PLANU ZARZĄDZANIA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 19. | Potencjalne konsekwencje fałszywie dodatniego rozpoznania i nadmiernego leczenia |  |  | V | V |
| 20. | Różne powody, dla których mogą wystąpić odstępstwa od uzgodnionego planu leczenia oraz metody wspierania osób w przestrzeganiu planu leczenia. | V | V | V | V |
| 21. | Wskazania dotyczące działań niepożądanych, odstępstw od planu leczenia lub zmian w stanie klinicznym lub preferencjach danej osoby. | V | V | V | V |
| 22. | Reakcje zarządcze na działania niepożądane, odstępstwa od uzgodnionego planu leczenia lub zmiany stanu klinicznego lub preferencji danej osoby (możliwe działania w ramach dostępnego zakresu, oraz okoliczności, w których należy zalecić skierowanie) |  | V | V | V |

**Domena I: Zdrowie jednostki – czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki**

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 37

**Domena I: Zdrowie jednostki - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki**

**CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 9**

PRZEPISYWANIE LEKÓW LUB ŚRODKÓW TERAPEUTYCZNYCH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Potwierdzenie informacji o potrzebach zdrowotnych danej osoby i celu terapeutycznym  2. Przeprowadzenie przeglądu wykorzystania leków  3. Ocena ryzyka i korzyści dla danej osoby wynikających z niefarmakologicznych i farmakologicznych opcji leczenia  4. Dostarczenie osobie informacji na temat proponowanego planu leczenia  5. Uzgodnienie planu leczenia z daną osobą  6. Obliczanie dawek medycznych  7. Wypisanie recepty  8. Pisanie instrukcji dotyczących przyjmowania lub podawania przepisanych leków  9. Podejmowanie działań w celu zapewnienia działań kontrolnych lub monitorowania w razie potrzeby |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | [Nie dotyczy] |
| Profil B (np. CHW) | - Oparte na protokole wydawanie ograniczonego zakresu leków lub środków terapeutycznych zgodnie z przepisami zawodowymi, pod nadzorem starszego rangą pracownika służby zdrowia. |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Przepisywanie ograniczonego zakresu leków lub środków terapeutycznych zgodnie z przepisami zawodowymi, pod nadzorem starszego rangą pracownika służby zdrowia. |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Przepisywanie leków lub środków terapeutycznych zgodnie z przepisami zawodowymi, pod nadzorem starszego rangą pracownika służby zdrowia. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Kiedy, dlaczego i jak stosować podejścia niefarmakologiczne i farmakologiczne w leczeniu lub modyfikowaniu chorób i promowaniu zdrowia? |  |  | V | V |
| 2. Oznaki, objawy i przyczyny choroby, która ma być leczona, oraz jej powszechny naturalny przebieg. |  | V | V | V |
| 3. Dostęp do niefarmakologicznych i farmakologicznych metod leczenia oraz ich dostępność, np. poradnie lekarskie, lista leków podstawowych |  |  | V | V |
| 4. Dostęp danej osoby do środków finansowych lub zdolność do zapłaty za niefarmakologiczne i farmakologiczne opcje leczenia |  |  | V | V |
| 5. Powszechne postawy kulturowe wobec leków, medycyny tradycyjnej i homeopatii |  | V | V | V |
| 6. Farmakodynamika, farmakokinetyka (biodostępność, monitorowanie leku terapeutycznego i klirens), farmakologia i terapeutyka istotne dla praktyki przepisywania leków (dawka, częstotliwość dawkowania oraz sposób, w jaki mogą one ulec zmianie w przypadku stosowania w szczególnych populacjach, na przykład w zależności od wieku, płci, zaburzeń czynności wątroby, zaburzeń czynności nerek, rozmiaru, laktacji lub ciąży). |  |  | V | V |
| 7. Istotność informacji dotyczących historii, podróży, alergii i stanu klinicznego danej osoby; jej sytuacji osobistej, postaw, przekonań i praktyk kulturowych; jej obaw, priorytetów i oczekiwań; barier i akceptowalności opcji leczenia; oraz związanych z nimi błędnych przekonań, mitów, stereotypów lub stygmatyzacji. |  | V | V | V |
| 8. Dostępność opcji leczenia farmakologicznego, w tym krajowa lub instytucjonalna lista leków podstawowych; metody zarządzania zakłóceniami dostaw; koszty i ograniczenia dotyczące leków i leków generycznych; oraz dostępność i dostęp do leków w sytuacjach nagłych. |  |  | V | V |
| 9. Metody oceny powagi, pilności i tempa pogarszania się stanu pacjenta oraz przewidywanej reakcji na leczenie. |  | V | V | V |
| 10. Potencjalne skutki uboczne i przeciwwskazania planowanego przepisanego leku oraz kroki mające na celu ich zminimalizowanie i zarządzanie nimi |  | V | V | V |
| 11. Częste niepożądane interakcje wraz ze strategiami ich unikania |  | V | V | V |
| 12. Ramy prawne, etyczne i zawodowe związane z lekami kontrolowanymi, przepisywaniem leków poza wskazaniami i przepisywaniem leków nielicencjonowanych. |  |  | V | V |
| 13. Metody określania wymaganego poziomu monitorowania skutków klinicznych |  |  | V | V |
| 14. Powszechne błędy w przepisywaniu, podawaniu i wydawaniu leków, związane z nimi ryzyko i skutki oraz metody ich wykrywania i eliminowania. |  | V | V | V |
| 15. Zasady stosowania, nadzoru i zarządzania środkami przeciwdrobnoustrojowymi |  | V | V | V |
| 16. Rozwój, przyczyny i zagrożenia dla zdrowia związane z opornością na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz wpływ oporności na wybór terapii przeciwdrobnoustrojowej |  |  | V | V |
| 17. Kwestie zdrowia publicznego związane ze stosowaniem leków, w tym oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe, leki niespełniające norm lub sfałszowane oraz niewłaściwe stosowanie leków, takie jak przepisywanie zbyt dużej lub zbyt małej liczby leków. |  |  | V | V |
| 18. Zasady bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki | V | V | V | V |

**Treści programowe A B C D**

38 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

**CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 10**

PRZYGOTOWYWANIE I WYDAWANIE LEKÓW LUB ŚRODKÓW TERAPEUTYCZNYCH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Potwierdzenie walidacji recepty  2. Potwierdzenie stosowności terapeutycznej dla danej osoby  3. Przygotowanie leków lub środków terapeutycznych do wydania  4. Edukowanie pacjenta i rodziny w zakresie samodzielnego podawania leku i tego, kiedy należy szukać pomocy  5. Dostarczanie leków lub środków terapeutycznych |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Przygotowywanie i wydawanie ograniczonej liczby leków lub środków terapeutycznych zgodnie z określonymi kryteriami |
| Profil B (np. CHW) | - Wydawanie ograniczonej liczby leków lub środków terapeutycznych zgodnie z określonymi kryteriami |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Przygotowywanie i wydawanie leków lub środków terapeutycznych zgodnie z określonymi kryteriami, w tym leków wymagających wymieszania przed podaniem. |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | -Sprawdzanie leków lub środków terapeutycznych przygotowanych przez inne osoby  -Przygotowywanie i wydawanie leków lub środków terapeutycznych w ramach zakresu praktyki |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Powszechne błędy w przepisywaniu, podawaniu i wydawaniu leków, ich ryzyko i skutki oraz metody ich wykrywania i eliminowania. | V | V | V | V |
| 2. Informacje, które należy zamieścić na recepcie | V | V | V | V |
| 3. Typowe oznaki i objawy leczonego schorzenia oraz jego najczęstszy naturalny przebieg. | V | V | V | V |
| 4. Dostępność opcji leczenia farmakologicznego, metody radzenia sobie z zakłóceniami dostaw oraz koszty i ograniczenia dotyczące leków i leków generycznych. |  |  | V | V |
| 5. Powszechne postawy kulturowe i błędne przekonania dotyczące leków, medycyny tradycyjnej i homeopatii | V | V | V | V |
| 6. Farmakodynamika, farmakokinetyka (biodostępność, monitorowanie leku terapeutycznego i klirens), farmakologia i terapeutyka istotne dla praktyki przepisywania leków (dawka, częstotliwość dawkowania oraz sposób, w jaki mogą one ulec zmianie w przypadku stosowania w szczególnych populacjach, na przykład w zależności od wieku, płci, zaburzeń czynności wątroby, zaburzeń czynności nerek, rozmiaru, laktacji lub ciąży). |  |  | V | V |
| 7. Potencjalne skutki uboczne, przeciwwskazania i typowe działania niepożądane leków lub środków terapeutycznych oraz kroki mające na celu ich zminimalizowanie i zarządzanie nimi. | V | V | V | V |
| 8. Dostępność opcji leczenia farmakologicznego, w tym krajowa lub instytucjonalna lista leków podstawowych, metody radzenia sobie z zakłóceniami dostaw oraz koszty i ograniczenia dotyczące leków i leków generycznych. |  |  | V | V |
| 9. Ramy prawne, etyczne i zawodowe związane z lekami kontrolowanymi, mieszaniem leków, przepisywaniem leków poza ich wskazaniami i przepisywaniem leków nielicencjonowanych. |  |  | V | V |
| 10. Prawidłowe metody i harmonogramy podawania leków lub środków terapeutycznych | V | V | V | V |
| 11. Znaczenie, jakie dla danej osoby ma przestrzeganie przepisanego schematu leczenia oraz nieudostępnianie ani nie gromadzenie leków lub środków terapeutycznych. | V | V | V | V |
| 12. Kwestie zdrowia publicznego związane ze stosowaniem leków, w tym oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe, leki niespełniające norm lub sfałszowane oraz niewłaściwe stosowanie leków, takie jak przepisywanie zbyt dużej lub zbyt małej liczby leków. |  |  | V | V |
| 13. Informacje, które należy przekazać pacjentowi lub osobie odpowiedzialnej za podawanie leków lub środków terapeutycznych | V | V | V | V |
| 14. Metody i rola w kontroli zapasów leków lub środków terapeutycznych | V | V | V | V |
| 15. Metody przygotowywania i pozbywania się leków lub środków terapeutycznych | V | V | V | V |
| 16. Środki bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym środki zapobiegania zakażeniom (IPC) oraz stosowanie i usuwanie środków ochrony indywidualnej (PPE) | V | V | V | V |
| 17. Łańcuch zakażeń, rola higieny i warunków sanitarnych oraz zapobieganie zakażeniom związanym z opieką zdrowotną | V | V | V | V |
| 18. Zasady bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki | V | V | V | V |

**Treści programowe A B C D**

**Domena I: Zdrowie jednostki – czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki**

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 39

Domena I: Zdrowie jednostki – czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 11

PODAWANIE LEKÓW LUB ŚRODKÓW TERAPEUTYCZNYCH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Ocena instrukcji administracyjnych  2. Potwierdzenie stosowności terapeutycznej dla danej osoby  3. Przygotowanie leków lub środków terapeutycznych do podania  4. Podawanie leków lub środków terapeutycznych  5. Monitorowanie odpowiedzi i zarządzanie działaniami niepożądanymi |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Podawanie leków lub środków terapeutycznych, zwykle zgodnie ze ścisłymi kryteriami. |
| Profil B (np. CHW) |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Podawanie dawek początkowych, nasycających i podtrzymujących leków (z wyłączeniem znieczulenia) lub środków terapeutycznych, w tym pozajelitowych lub innych dróg podawania, zgodnie z receptą.  - Zarządzanie podawaniem wielu leków lub środków terapeutycznych |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Podawanie dawek początkowych, nasycających i podtrzymujących leków lub środków terapeutycznych, w tym domięśniowo, dożylnie lub innymi drogami podawania (może obejmować znieczulenie miejscowe w określonych okolicznościach).  - Podawanie leków bez recepty w sytuacjach nagłych  - Zarządzanie podawaniem wielu leków lub środków terapeutycznych |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Ogólne zastosowania terapeutyczne podawanego leku | V | V | V | V |
| 2. | Instrukcje dotyczące dawkowania, drogi podania i czasu podawania leków lub środków terapeutycznych | V | V | V | V |
| 3. | Metody podawania leków lub środków terapeutycznych odpowiednie dla wybranej drogi podania | V | V | V | V |
| 4. | Możliwe skutki uboczne, oznaki działań niepożądanych oraz strategie reagowania na działania niepożądane i radzenia sobie z nimi. | V | V | V | V |
| 5. | Główne wskazania do stosowania leku lub środka terapeutycznego | V | V | V | V |
| 6. | Metody oceny ciężkości, pilności, tempa pogarszania się stanu i przewidywanej reakcji na leki | V | V | V | V |
| 7. | Poziom monitorowania wymagany podczas i po podaniu leków lub środków terapeutycznych | V | V | V | V |
| 8. | Powszechne błędy w przepisywaniu, wydawaniu i podawaniu leków oraz metody ich wykrywania i eliminowania | V | V | V | V |
| 9. | Ramy prawne, etyczne i zawodowe związane z lekami kontrolowanymi, terapetyką, mieszaniem leków, przepisywaniem leków poza ich wskazaniami i przepisywaniem leków nielicencjonowanych. |  |  | V | V |
| 10. | Konsekwencje niespełniających norm lub sfałszowanych leków dla zdrowia osobistego i publicznego oraz znaczenie pozyskiwania leków od wiarygodnych dostawców. | V | V | V | V |
| 11. | Środki bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym środki ochrony indywidualnej oraz stosowanie i utylizacja środków ochrony indywidualnej | V | V | V | V |
| 12. | Łańcuch zakażeń, rola higieny i warunków sanitarnych oraz zapobieganie zakażeniom związanym z opieką zdrowotną | V | V | V | V |
| 13. | Zasady bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki | V | V | V | V |

**Treści programowe A B C D**

40 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Domena I: Zdrowie jednostki - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 12

WYBÓR PRODUKTÓW WSPOMAGAJĄCYCH

| Zadania | | 1. Przeprowadzanie badań przesiewowych w celu zidentyfikowania osób, które mogą skorzystać z produktów wspomagających  2. Przeprowadzanie oceny w celu wybrania produktów wspomagających i ich wymaganych cech, które najlepiej spełniają potrzeby poszczególnych osób  3. Skierowanie do innej placówki usług zdrowotnych w razie potrzeby  4. Uzgodnienie z daną osobą planu wyboru i dostarczenia produktu wspomagającego  5. Zamawianie produktu  6. Pisanie instrukcji montażu i użytkowania produktu  7. Podejmowanie działań w celu zapewnienia monitorowania i działań następczych |
| --- | --- | --- |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Przeprowadzanie badań przesiewowych pod kątem potrzeb w zakresie produktów wspomagających i ocena określonego, ograniczonego zakresu prostych produktów wspomagających (np. okulary do czytania, organizery na tabletki lub kule łokciowe)  - Wykorzystanie informacji z badań przesiewowych i oceny w celu zidentyfikowania potrzeby i wypisania skierowania na produkty wspomagające lub inne usługi oraz wybrania najlepszego produktu wspomagającego i powiązanych funkcji (spośród dostępnych produktów w zakresie praktyki).  - Zamawianie wybranych produktów wspomagających z istniejących zapasów |
| Profil B (np. CHW) | - Przeprowadzanie badań przesiewowych pod kątem potrzeb w zakresie produktów wspomagających i ocena określonego, ograniczonego zakresu prostych produktów wspomagających (np. okulary do czytania, organizery na tabletki lub kule łokciowe) przy użyciu wcześniej zdefiniowanych protokołów.  - Wykorzystanie informacji z badań przesiewowych i oceny w celu zidentyfikowania potrzeby i wypisania skierowania na produkty wspomagające lub inne usługi oraz wybrania najlepszego produktu wspomagającego i powiązanych funkcji (spośród dostępnych produktów w zakresie praktyki).  - Zamawianie wybranych produktów wspomagających z istniejących zapasów |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Przeprowadzanie badań przesiewowych pod kątem potrzeb w zakresie produktów wspomagających i ocena określonego, szerszego zakresu prostych produktów wspomagających (np. obuwia terapeutycznego, białych lasek, tablic komunikacyjnych) przy użyciu standardowych procedur oceny.  - Wykorzystanie informacji z badań przesiewowych i oceny w celu zidentyfikowania potrzeby i wypisania skierowania na produkty wspomagające lub inne usługi oraz wybrania najlepszego produktu wspomagającego i powiązanych funkcji (spośród dostępnych produktów w zakresie praktyki).  - Zamawianie wybranych produktów wspomagających z istniejących zapasów |
| Profil D (np. ratownik medyczny) |

**Treści programowe A B C D**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | W jaki sposób produkty wspomagające mogą wspierać osoby z ograniczeniami poznawczymi, komunikacyjnymi, słuchu, mobilności lub wzroku? | V | V | V | V |
| 2. | Znaczenie indywidualnej oceny w celu wybrania najbardziej odpowiedniego produktu wspomagającego spełniającego ich potrzeby. | V | V | V | V |
| 3. | Zakres dostępnych produktów wspomagających (w zakresie praktyki), w tym ich cechy i możliwe adaptacje, z których można skorzystać w celu dostosowania do indywidualnych potrzeb. | V | V | V | V |
| 4. | Zalecenia produkcyjne, wymagania dotyczące kontroli zakażeń i protokoły dotyczące użytkowania, czyszczenia, przechowywania i utylizacji produktów | V | V | V | V |
| 5. | Zakres osób, które mogą skorzystać z dostępnych produktów wspomagających oraz kryteria włączenia i wyłączenia | V | V | V | V |
| 6. | Powszechne kulturowe i indywidualne postawy, postrzeganie i wrażliwość, które mogą być związane z upośledzeniem i korzystaniem z produktów wspomagających. | V | V | V | V |
| 7. | Wpływ potrzeb fizycznych, zdrowotnych, środowiskowych, kulturowych i związanych ze stylem życia na wybór, specyfikację i korzystanie z produktu wspomagającego. | V | V | V | V |
| 8. | Podstawowy cel określonego produktu wspomagającego w zakresie poprawy zdrowia, funkcjonowania, włączenia i uczestnictwa, niezależności i ogólnego dobrostanu oraz korzyści w zapobieganiu wtórnym schorzeniom i kompensowaniu pogorszenia stanu funkcjonalnego. | V | V | V | V |
| 9. | Potencjalne zagrożenia dla osób fizycznych związane z niewłaściwym wyborem produktu lub nieprawidłowym użytkowaniem oraz strategie ograniczania ryzyka, w tym edukacja i monitorowanie. | V | V | V | V |
| 10. | Organizacyjne, znormalizowane wytyczne, procedury i protokoły dotyczące badań przesiewowych, oceny i kierowania. | V | V | V | V |
| 11. | Lokalne sieci skierowań i procesy kierowania | V | V | V | V |
| 12. | Jakakolwiek stygmatyzancja lub negatywne skojarzenia, których dana osoba może doświadczać | V | V | V | V |
| 13. | Informacje i format podawania informacji w zamówieniu produktu | V | V | V | V |

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 41

Domena I: Zdrowie jednostki - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 13

DOSTARCZANIE PRODUKTÓW WSPOMAGAJĄCYCH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Przygotowanie, dopasowanie i skonfigurowanie produktu wspomagającego dla danej osoby, w tym dostosowanie funkcji i wprowadzenie wymaganych adaptacji  2. Nauczenie danej osoby, jak korzystać z produktu wspomagającego i dbać o niego  3. Prowadzenie monitoringu i działań następczych  4. Przeprowadzanie podstawowej konserwacji i napraw |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | Dla określonego, ograniczonego zakresu prostych produktów wspomagających (np. okulary do czytania, organizery na tabletki lub kule łokciowe):  - przygotowanie i dopasowanie produktu wspomagającego  - nauczenie danej osoby, jak korzystać z produktu wspomagającego i jak o niego dbać  - prowadzenie monitoringu, czynności kontrolnych, podstawowej konserwacji i napraw |
| Profil B (np. CHW) |
| Profil C (np. pielęgniarka) | Dla określonej, szerszej gamy prostych produktów wspomagających (np. obuwie terapeutyczne, białe laski, tablice komunikacyjne):  - przygotowanie i dopasowanie produktu wspomagającego  - nauczenie danej osoby, jak korzystać z produktu wspomagającego i jak o niego dbać  - prowadzenie monitoringu, czynności kontrolnych, podstawowej konserwacji i napraw |
| Profil D (np. ratownik medyczny) |

**Treści programowe A B C D**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Jak przygotować, dostosować lub dokonać bezpiecznych adaptacji produktu wspomagającego | V | V | V | V |
| 2. | Częstość występowania upośledzeń poznawczych, funkcjonalnych, fizycznych i wzrokowych oraz ich najczęstsze przyczyny (schorzenia, urazy, związane z wiekiem). | V | V | V | V |
| 3. | Jak środowisko domowe, pracy lub inne wpływa na konfigurację i korzystanie z produktów wspomagających oraz opcje łagodzenia negatywnych skutków. | V | V | V | V |
| 4. | Ogólne i specyficzne dla producenta zalecenia dotyczące pielęgnacji, rutynowej konserwacji i naprawy produktu wspomagającego. | V | V | V | V |
| 5. | Kluczowe informacje, które osoby korzystające z każdego produktu wspomagającego muszą znać, aby zmaksymalizować bezpieczne i skuteczne korzystanie z tego produktu. | V | V | V | V |
| 6. | Potencjalne zagrożenia i przyczyny rezygnacji związane ze stosowaniem produktu wspomagającego oraz sposoby monitorowania tych zagrożeń. | V | V | V | V |
| 7. | Zalecane okresy obserwacji dla każdego produktu wspomagającego oraz sposób, w jaki mogą na nie wpływać okoliczności danej osoby. | V | V | V | V |
| 8. | Metody monitorowania i informacje wymagane do określenia, czy produkt nadal spełnia potrzeby danej osoby i czy jest w dobrym stanie technicznym. | V | V | V | V |
| 9. | Metody pielęgnacji, rutynowej konserwacji i naprawy produktu wspomagającego | V | V | V | V |
| 10. | Opcje ponownego użycia, recyklingu lub utylizacji produktów wspomagających zwróconych po użyciu | V | V | V | V |
| 11. | Środki bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym środki zapobiegania zakażeniom oraz stosowanie i utylizacja środków ochrony indywidualnej | V | V | V | V |
| 12. | Łańcuch zakażeń, rola higieny i warunków sanitarnych oraz zapobieganie zakażeniom związanym z opieką zdrowotną | V | V | V | V |
| 13. | Zasady bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki | V | V | V | V |

42 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 14

ŚWIADCZENIE NIEFARMAKOLOGICZNYCH INTERWENCJI ZDROWOTNYCH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Potwierdzenie informacji o potrzebach zdrowotnych danej osoby  2. potwierdzenie stosowności terapii dla danej osoby  3. Planowanie interwencji zdrowotnej  4. Wspieranie danej osoby w przygotowaniu się do interwencji zdrowotnej  5. Świadczenie procedury lub terapii lub ułatwienie normalnego zdarzenia fizjologicznego, takiego jak poród  6. Monitorowanie odpowiedzi i zarządzanie działaniami niepożądanymi |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Świadczenie opieki pielęgniarskiej i osobistej  - Wykonywanie zależnych interwencji lub zadań związanych z interwencjami pod kierunkiem starszego rangą pracownika służby zdrowia |
| Profil B (np. CHW) | - Planowanie i świadczenie rutynowych niezależnych, współzależnych lub zależnych interwencji o ograniczonym zakresie, które nie wymagają dostosowania do danej osoby. |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Planowanie i świadczenie opieki pielęgniarskiej i osobistej  - Planowanie i świadczenie określonych niezależnych, współzależnych lub zależnych interwencji pod nadzorem starszego pracownika służby zdrowia |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Planowanie i zapewnianie szerszego zakresu określonych niezależnych, współzależnych lub zależnych interwencji, czasami pod nadzorem starszego rangą pracownika służby zdrowia. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Cele opieki nad daną osobą i podstawa interwencji w ramach planu zarządzania | V | V | V | V |
| 2. | Podstawa dowodowa dla interwencji w kontekście |  |  | V | V |
| 3. | Wymagania dotyczące zasobów na potrzeby interwencji, w tym wsparcia w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych (środowisko, personel, sprzęt) |  | V | V | V |
| 4. | Metody planowania interwencji, takie jak rezerwacja obiektów, sprzętu lub zespołów oraz przygotowanie środowiska. |  |  | V | V |
| 5. | Czynniki wpływające na wybór sprzętu lub infrastruktury, w tym dostępność i łańcuch dostaw |  | V | V | V |
| 6. | Cel, rodzaje, funkcje, potencjalne zagrożenia oraz wymagania dotyczące konserwacji i utylizacji używanych urządzeń i sprzętu | V | V | V | V |
| 7. | Odpowiednie kroki, które dana osoba musi podjąć przed interwencją | V | V | V | V |
| 8. | Anatomia i fizjologia istotne dla interwencji |  |  | V | V |
| 9. | Metody i techniki interwencji, w tym kontrole bezpieczeństwa i jakości sprzętu i obiektów | V | V | V | V |
| 10. | Metody dostosowania interwencji do danej osoby |  |  | V | V |
| 11. | Poziom monitorowania w trakcie i po interwencji, wskazania zdarzeń niepożądanych oraz strategie zarządzania i reagowania na nie | V | V | V | V |
| 12. | Wymagania dotyczące opieki pozabiegowej lub terapeutycznej | V | V | V | V |
| 13. | Środki bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym środki zapobiegania zakażeniu oraz stosowanie i utylizacja środków ochrony indywidualnej | V | V | V | V |
| 14. | Łańcuch zakażeń, rola higieny i warunków sanitarnych oraz zapobieganie zakażeniom związanym z opieką zdrowotną | V | V | V | V |
| 15. | Zasady bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki | V | V | V | V |

**Treści programowe A B C D**

Domena I: Zdrowie jednostki – czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 43

Domena I: Zdrowie jednostki – czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 15

ŚWIADCZENIE WSPARCIA DLA JEDNOSTEK W ZAKRESIE LECZENIA I OPIEKI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Potwierdzenie informacji o potrzebach zdrowotnych danej osoby  2. Świadczenie opieki lub wsparcia, w tym:  a. pomoc w dostosowaniu się do zmian stanu zdrowia i codziennych wyzwań oraz radzeniu sobie z nimi  b. wsparcie psychospołeczne i funkcjonalne  c. opieka osobista i pielęgniarska  d. opieka kliniczna, taka jak oczyszczanie ran, zmiana opatrunku, zarządzanie bólem lub dyskomfortem  e. edukacja i doradztwo dla osób lub ich rodzin  3. Monitorowanie reakcji danej osoby i przestrzeganie planów leczenia i opieki, podejmowanie działań w razie potrzeby w celu zarządzania reakcją lub eskalacji w celu przeglądu planu zarządzania |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Wykonywanie zadań wsparcia klinicznego określonych w planie zarządzania  - Wspieranie jednostki w sprawowaniu kontroli nad własnym leczeniem i opieką oraz w angażowaniu się w nie.  - Zapewnienie wsparcia emocjonalnego i psychologicznego oraz wskazówek dotyczących przestrzegania planów leczenia i przestrzegania zaleceń terapeutycznych.  - Edukacja i szkolenie osób i rodzin w zakresie samoopieki |
| Profil B (np. CHW) |
| Profil C (np. pielęgniarka) |
| Profil D (np. ratownik medyczny) |

**Treści programowe A B C D**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Etyczne i prawne aspekty opieki, w tym cele opieki, decyzje dotyczące opieki podejmowane w najlepszym interesie, wcześniejsze instrukcje pacjenta na wypadek utraty przez niego możliwości podejmowania lub komunikowania decyzji (w tym dotyczące odmowy leczenia), zastępcze podejmowanie decyzji | V | V | V | V |
| 2. Oznaki fizjologiczne, objawy, progresja i typowe reakcje związane z planem leczenia, stosownie do diagnozy klinicznej i planu postępowania. | V | V | V | V |
| 3. Zakres okresów rekonwalescencji i skutków ubocznych oraz przybliżony czas powrotu do normalnej, zmienionej lub ograniczonej aktywności. | V | V | V | V |
| 4. Objawy lub wskazania wymagające pilnej eskalacji opieki, dalszej porady lub badania | V | V | V | V |
| 5. Metody zapewnienia opieki i zadań wspierających, zgodnie z dokumentacją w planie zarządzania | V | V | V | V |
| 6. Metody oceny dodatkowych potrzeb i stylów radzenia sobie danej osoby | V | V | V | V |
| 7. Metody omawiania leczenia z daną osobą oraz angażowania i włączania jej w opiekę nad nią. | V | V | V | V |
| 8. Podejścia mające na celu określenie zakresu, w jakim dana osoba chce i jest w stanie samodzielnie monitorować i zarządzać opieką. | V | V | V | V |
| 9. Czynniki, które mogą zwiększać zależność pacjentów od usług oraz te, które sprzyjają niezależności i samozarządzaniu. | V | V | V | V |
| 10. Oznaki fizycznych, psychologicznych lub seksualnych nadużyć, handlu ludźmi lub zażywania substancji odurzających oraz odpowiednie działania i reakcje w przypadku ich podejrzenia. | V | V | V | V |
| 11. Zakres przyczyn nieprzestrzegania planu | V | V | V | V |
| 12. Dodatkowe potrzeby słabszych grup społecznych w zakresie dostępu do usług zdrowotnych i korzystania z nich, w tym w sytuacjach kryzysowych |  | V | V | V |
| 13. Strategie pracy z daną osobą w celu osiągnięcia zgodności z planem zarządzania | V | V | V | V |
| 14. Działania, które pracownik służby zdrowia może podjąć, aby wesprzeć osobę, aby poczuła się upoważniona do wprowadzania zmian | V | V | V | V |
| 15. Źródła informacji, materiały edukacyjne lub wskazówki |  | V | V | V |
| 16. Zakres usług wspierających i prowadzących osoby na całej ścieżce opieki, w tym za pośrednictwem agencji wolontariackich, usług promocji zdrowia i grup wsparcia, oraz sposób uzyskiwania do nich dostępu (może to wymagać zalecenia przeglądu planu postępowania). |  | V | V | V |
| 17. Środki bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym środki zapobiegania zakażeniom oraz stosowanie i usuwanie środków ochrony indywidualnej | V | V | V | V |
| 18. Łańcuch zakażeń, rola higieny i warunków sanitarnych oraz zapobieganie zakażeniom związanym z opieką zdrowotną | V | V | V | V |
| 19. Zasady bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki | V | V | V | V |
| 20. Metody i techniki umożliwiające zmianę zachowania, takie jak rozmowy motywacyjne, metody poznawczo-behawioralne, techniki wzmacniania zachowań, wsparcie rówieśnicze, metody uczenia się dorosłych, terapia skoncentrowana na rozwiązaniach i wyznaczanie celów. |  |  | V | V |

44 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Domena I: Zdrowie jednostki – czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 16

ZARZĄDZANIE OPIEKĄ U SCHYŁKU ŻYCIA I W ŻAŁOBIE

| Zadania | | 1. Potwierdzanie informacji o indywidualnych potrzebach zdrowotnych  2. Zapewnienie opieki i wsparcia osobie i jej rodzinie w oczekiwaniu na śmierć, w jej trakcie i po niej, co może obejmować  a. pomoc w dostosowaniu się do zmian stanu zdrowia i codziennych wyzwań oraz radzeniu sobie z nimi  b. wsparcie psychospołeczne i funkcjonalne  c. opieka osobista i pielęgniarska  d. opieka kliniczna, taka jak zarządzanie bólem lub dyskomfortem oraz wycofanie aktywnego leczenia, w tym przepisywanie, wydawanie i podawanie leków lub środków terapeutycznych (czynności praktyczne 9-11)  e. obsługa i przenoszenie zwłok, w tym przygotowania do pochówku  3. Monitorowanie reakcji danej osoby na leczenie i plany opieki  4. Upewnienie się, że po śmierci podjęto wymagane kroki w celu poświadczenia zgonu (czynność praktyczna nr 27) |
| --- | --- | --- |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Zapewnienie opieki i wsparcia w ramach planu zarządzania  - Przygotowanie ciała zmarłego do przeniesienia do kostnicy  - Relizacja praktycznych zadań będących następstwem zgonu |
| Profil B (np. CHW) | [Nie dotyczy] |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Zapewnienie wsparcia osobie i jej rodzinie w ramach ścieżki opieki u schyłku życia, pod nadzorem starszego rangą pracownika służby zdrowia.  - Informowanie rodzin o śmierci, w tym nagłej, niewyjaśnionej, gwałtownej lub nienaturalnej, pod nadzorem starszego rangą pracownika służby zdrowia.  - Powiadomienie o zgonie niezbędnych instytucji |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Zapewnienie wsparcia osobie i jej rodzinie w ramach ścieżki opieki u schyłku życia, pod nadzorem starszego rangą pracownika służby zdrowia.  - Informowanie rodzin o śmierci, w tym nagłej, niewyjaśnionej, gwałtownej lub nienaturalnej.  - Powiadomienie o zgonie niezbędnych instytucji |

**Treści programowe A B C D**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Etyczne i prawne aspekty opieki, w tym cele opieki, decyzje dotyczące opieki podejmowane w najlepszym interesie, wcześniejsze instrukcje pacjenta na wypadek utraty przez niego możliwości podejmowania lub komunikowania decyzji (w tym dotyczące odmowy leczenia), zastępcze podejmowanie decyzji |  |  | V | V |
| 2. Środki zapewniające komfort i ulgę w bólu dla danej osoby | V |  | V | V |
| 3. Rola opieki paliatywnej w kontinuum opieki | V |  | V | V |
| 4. Świadczenie opieki paliatywnej w zależności od miejsca opieki | V |  | V | V |
| 5. Fizyczne i emocjonalne kroki związane z przejściem od planów przedłużających życie do planów postępowania u schyłku życia | V |  | V | V |
| 6. Czynniki, które mogą wpływać na sposób postrzegania umierania przez daną osobę, w tym jej potrzeby fizyczne, emocjonalne, psychologiczne, duchowe, kulturowe i religijne. |  |  | V | V |
| 7. Psychologiczne skutki nieuleczalnej prognozy i ostatnich dni życia oraz wewnętrzne i zewnętrzne strategie radzenia sobie z lękiem |  |  | V | V |
| 8. Odpowiednie strategie reagowania i wspierania emocjonalnych, duchowych i fizycznych potrzeb jednostek i ich rodzin, szczególnie w sytuacjach stresowych. | V |  | V | V |
| 9. Szczególne słabości lub wrażliwość, na przykład w odniesieniu do dzieci i poczucia winy, wstydu lub napiętnowania związanego z chorobą, w przypadku osób z partnerem cierpiącym na tę samą chorobę lub rokowania oraz w przypadku osób bez wsparcia ze strony rodziny. |  |  | V | V |
| 10. Oznaki bliskiej śmierci i śmierci | V |  | V | V |
| 11. Procesy fizjologiczne i powszechne zaburzenia, stany i objawy związane z końcem życia i zbliżającą się śmiercią, w tym zmiany w diecie, apetycie, pogorszenie funkcjonowania i obniżenie jakości życia |  |  | V | V |
| 12. Zakres dostępnych opcji terapeutycznych, w tym wsparcie praktyczne lub terapia psychologiczna |  |  | V | V |
| 13. Konsekwencje polecenia „nie podejmuj próby resuscytacji” lub „nie intubuj” | V |  | V | V |
| 14. Znaczenie relacji, gdy dana osoba zbliża się do końca życia | V |  | V | V |
| 15. Znaczenie ponownego skupienia uwagi na rodzinie po zgonie | V |  | V | V |
| 16. Proces, rodzaje i różne przejawy straty, w tym żałoba, smutek i opłakiwanie; czynniki, które mogą wpływać na różne intensywności i czas trwania żałoby; i kiedy należy się do nich odnieść. |  |  | V | V |
| 17. Praktyczne ustalenia, które rodzina będzie musiała podjąć w następstwie zgonu |  |  | V | V |
| 18. Dostępne zasoby, informacje i wsparcie, sposób dostępu do nich oraz ryzyko i korzyści. |  |  | V | V |
| 19. Środki bezpieczeństwa i higieny, w tym środki zapobiegania zakażeniom oraz stosowanie i usuwanie środków ochrony indywidualnej | V |  | V | V |
| 20. Łańcuch zakażeń, rola higieny i warunków sanitarnych oraz zapobieganie zakażeniom związanym z opieką zdrowotną | V |  | V | V |

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 45

Domena I: Zdrowie jednostki - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki

DZIAŁANIE PRAKTYCZNE 16, ciąg dalszy z poprzedniej strony

ZARZĄDZANIE OPIEKĄ U SCHYŁKU ŻYCIA I W ŻAŁOBIE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 21. | Zasady bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki | V | V | V | V |
| 22. | Środki postępowania ze zwłokami, w tym procedury kliniczne w przypadku chorób zakaźnych | V |  | V | V |
| 23. | Procesy fizjologiczne zachodzące po śmierci | V |  | V | V |
| 24. | Lokalne i krajowe procedury, protokoły i wymogi prawne |  |  | V | V |

46 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 17

ZGŁASZANIE CHORÓB, STANÓW LUB ZDARZEŃ PODLEGAJĄCYCH OBOWIĄZKOWI ZGŁOSZENIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Potwierdzenie informacji o chorobie, stanie lub zdarzeniu w odniesieniu do kryteriów zgłaszania  2. Złożenie raportu  3. Podejmowanie działań w celu zapewnienia, że choroba, stan lub zdarzenie są uwzględniane w indywidualnych planach zarządzania i reakcjach placówki |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Zbieranie informacji w celu wsparcia raportowania i nadzoru |
| Profil B (np. CHW) | - Zbieranie informacji w celu wsparcia raportowania i nadzoru  - Zgłaszanie chorób lub zdarzeń podlegających obowiązkowi zgłoszenia lub zgłaszanych dobrowolnie |
| Profil C (np. pielęgniarka) |
| Profil D (np. ratownik medyczny) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Rola obowiązkowego zgłaszania w nadzorze nad chorobami zakaźnymi, prawne poświadczanie urodzeń i zgonów oraz przyczyn zgonów, a także zarządzanie jakością | V | V | V | V |
| 2. | Korzystanie z pomocy w podejmowaniu decyzji i rozpoznawanie wzorców | V | V | V | V |
| 3. | Osoby i podmioty, którym informacje należy zgłosić, w tym osoba, której dotyczą |  | V | V | V |
| 4. | Kryteria obowiązkowego i dobrowolnego zgłaszania chorób, stanów i zdarzeń |  | V | V | V |
| 5. | Okoliczności, w których dana osoba jest powiadamiana lub nie jest powiadamiana o dokonanym na jej temat zgłoszeniu |  |  | V | V |
| 6. | Informacje, które należy uwzględnić w raporcie |  | V | V | V |
| 7. | Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, wersja dziesiąta, oraz inne odpowiednie systemy klasyfikacji lub powiadamiania |  | V | V | V |
| 8. | Czynniki ryzyka, droga przenoszenia i cechy kliniczne choroby podlegającej obowiązkowi zgłoszenia |  | V | V | V |
| 9. | Konsekwencje dla indywidualnego planu zarządzania lub reakcji placówki |  | V | V | V |

**Treści programowe A B C D**

Domena I: Zdrowie jednostki - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 47

Domena I: Zdrowie jednostki – czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 18

DOSTARCZANIE LUB OTRZYMYWANIE PREZENTACJI KLINICZNEJ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Planowanie prezentacji (w tym przekazywanie opieki, skierowania, planowanie opieki zespołowej i obchodów)  2. Przekazywanie informacji o osobach  3. Upewnienie się, że wszystkie zaangażowane osoby tak samo rozumieją przekazane informacje  4. Przekazanie odpowiedzialności za opiekę |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Zbieranie informacji w celu wsparcia raportowania i nadzoru |
| Profil B (np. CHW) | - Dostarczanie klinicznej prezentacji na temat osób, które mamy pod opieką  - Otrzymywanie informacji o osobach, nad którymi przejmujemy opiekę |
| Profil C (np. pielęgniarka) |
| Profil D (np. ratownik medyczny) |

| 1. | Cechy i bariery skutecznej komunikacji podczas przekazywania | V | V | V | V |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. | Rola skutecznego przekazywania opieki w opiece jakościowej i bezpieczeństwie pacjentów | V | V | V | V |
| 3. | Cel prezentacji, w tym przekazania i skierowania | V | V | V | V |
| 4. | Rola, jaką inni będą odgrywać w zarządzaniu opieką | V | V | V | V |
| 5. | Czynniki pozwalające zaplanować skuteczną prezentację, w tym odpowiedni zespół medyczny, środowisko i pokrycie obowiązków klinicznych. | V | V | V | V |
| 6. | Zasadnicza treść prezentacji klinicznej (w tym czas, wzorce i ustalenia subiektywnych i obiektywnych informacji o osobach, plan postępowania, najbliższe dalsze kroki) | V | V | V | V |

**A B C D**

**Treści programowe**

48 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 19

PRZENOSZENIE I TRANSPORT OSÓB

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Ocena i planowanie potrzeb osób w zakresie przenoszenia, relokacji i transportu  2. Poszukiwanie informacji o potrzebach i preferencjach danej osoby  3. Przygotowanie osoby i niezbędnego sprzętu  4. Korzystanie z dostępnych lokalnie środków pomocniczych do, przenoszenia, relokacji i transportu osoby  5. Monitorowanie reakcji danej osoby  6. Zwracanie sprzętu i przywracanie środowiska do ponownego użycia |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Przenoszenie lub transportowanie osoby przy użyciu technik podnoszenia lub pomocy nie-mechanicznych, takich jak podnośnik, platforma do przenoszenia lub wózek inwalidzki. |
| Profil B (np. CHW) | [Nie dotyczy] |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Przenoszenie lub transportowanie osoby przy użyciu technik podnoszenia oraz mechanicznych lub nie-mechanicznych środków pomocniczych, takich jak podnośniki.  - Przenoszenie lub transport osoby o złożonych potrzebach, na przykład z urazem kręgosłupa lub wspomaganiem oddychania |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Kierowanie zespołem przenoszącym lub transportującym osobę o złożonych potrzebach, na przykład z urazem kręgosłupa lub wspomaganiem oddychania. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Zasady i techniki bezpiecznego przemieszczania, relokacji i transportu | V |  | V | V |
| 2. | Techniki przeprowadzania oceny ryzyka środowiskowego lub osobistego | V |  | V | V |
| 3. | Metody zapewniające bezpieczne środowisko, na przykład usuwanie przeszkód lub unikanie mokrych podłóg oraz zabezpieczanie zapasów tlenu na czas transportu. | V |  | V | V |
| 4. | Dostępność mechanicznych i nie-mechanicznych środków pomocniczych i sprzętu | V |  | V | V |
| 5. | Metody stosowania unieruchomienia w przypadku podejrzenia urazu kręgosłupa lub głowy | V |  | V | V |
| 6. | Znaczenie prawidłowych ruchów i pozycji dla zdrowia i bezpieczeństwa zarówno osoby, która ma zostać przeniesiona, jak i osób wykonujących zadanie. | V |  | V | V |
| 7. | Metody korzystania ze sprzętu, takiego jak platformy do przenoszenia, nosze, pasy, podnośniki, zawieszenia, pomoce kąpielowe lub wózki inwalidzkie. | V |  | V | V |
| 8. | Strategie i narzędzia umożliwiające danej osobie poproszenie o pomoc, na przykład dzwonek. | V |  | V | V |
| 9. | Parametry życiowe i inne wskaźniki niepożądanych reakcji lub pogorszenia stanu zdrowia podczas ruchu | V |  | V | V |
| 10. | Środki bezpieczeństwa i higieny, w tym środki zapobiegania zakażeniom oraz stosowanie i utylizacja środków ochrony indywidualnej | V |  | V | V |
| 11. | Łańcuch zakażeń, rola higieny i warunków sanitarnych oraz zapobieganie zakażeniom związanym z opieką zdrowotną | V |  | V | V |
| 12. | Odpowiednie strategie reagowania i wspierania emocjonalnych, duchowych i fizycznych potrzeb jednostek i ich rodzin, szczególnie w sytuacjach stresowych i kryzysowych. | V |  |  | V |

**Treści programowe A B C D**

Domena I: Zdrowie jednostki – czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 49

Domena I: Zdrowie jednostki - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla jednostki

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 20

KOORDYNOWANIE PRZENIESIENIA DO INNEGO ŚRODOWISKA OPIEKI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Potwierdzenie podstawy przeniesienia  2. Ocena różnych opcji przeniesienia  3. Opracowanie planu przeniesienia  4. Potwierdzenie zgody na plan przeniesienia oraz działania i obowiązki odpowiednich stron zaangażowanych w przeniesienie  5. Dokonywanie praktycznych ustaleń dotyczących przeniesienia  6. Koordynowanie planu przeniesienia opieki |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Podejmowanie działań ułatwiających przeniesienie w ramach istniejącego planu |
| Profil B (np. CHW) | - Opracowanie i koordynacja planu przeniesienia ze społeczności  - Podejmowanie działań ułatwiających przeniesienie do i ze społeczności w ramach istniejącego planu |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Podejmowanie działań ułatwiających przeniesienie w ramach istniejącego planu  - Proaktywne rozwiązywanie potencjalnych przeszkód dla ciągłości opieki |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Ocena potrzeby przeniesienia i decyzja o przeniesieniu  - Opracowywanie i koordynowanie planu przeniesienia między różnymi środowiskami  - Odgrywanie aktywnej roli w umożliwieniu przeniesienia i proaktywne rozwiązywanie potencjalnych przeszkód dla ciągłości opieki |

**Treści programowe A B C D**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Rola planu przeniesienia w zapewnieniu ciągłości opieki przed, w trakcie i po przeniesieniu | V | V | V | V |
| 2. Zakres dostępnych usług i możliwe miejsca docelowe opieki (w tym usługi środowiskowe, szpitale, nieformalne sieci wsparcia, praktyka ogólna, usługi opieki społecznej, sektor wolontariatu, opieka nad osobami słabszymi, placówki opieki długoterminowej, domy opieki, dom) oraz ich role, struktury i funkcje w ramach systemu opieki zdrowotnej. | V | V | V | V |
| 3. Kryteria kwalifikowalności, względy finansowe, dostęp i dostępność miejsc docelowych opieki |  | V | V | V |
| 4. Wpływ stanu poznawczego jednostki, jej poziomu aktywności, wsparcia w domu, możliwości uzyskania leków oraz dostępu do usług opieki i wsparcia w preferowanym miejscu docelowym opieki. |  | V | V | V |
| 5. Kryteria i opcje oceny i priorytetyzacji skierowań i przeniesień opieki |  | V | V | V |
| 6. Prawa opiekunów i świadczeniodawców do odrzucenia skierowania, powody, dla których może się to zdarzyć, oraz strategie radzenia sobie z sytuacją |  | V | V | V |
| 7. Metody i strategie radzenia sobie z niewłaściwymi skierowaniami |  |  | V | V |
| 8. Wymagania logistyczne dotyczące przeniesienia i środowiska, w którym ma być świadczona opieka, na przykład transport, pracownicy służby zdrowia, leki, pomoce w poruszaniu się lub adaptacje | V | V | V | V |
| 9. Znaczenie ponownej oceny stanu danej osoby podczas jej przemieszczania w celu upewnienia się, że jej stan się nie pogorszył. | V | V | V | V |
| 10. List odpowiednich interesariuszy przeniesienia, w tym wszyscy opiekunowie i świadczeniodawcy opieki zaangażowani w plan zarządzania leczeniem danej osoby, dana osoba i jej sieć wsparcia. | V | V | V | V |
| 11. Znaczenie skutecznej komunikacji podczas przekazywania opieki w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i ograniczenia powielania opieki, badań lub leczenia | V | V | V | V |
| 12. Informacje, które należy uwzględnić w planie przeniesienia | V | V | V | V |
| 13. Sekwencja zadań do wykonania w ramach planu przeniesienia | V | V | V | V |
| 14. Zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjenta i jakości opieki, które mogą pojawić się w okresie przeniesienia, oraz strategie ich łagodzenia | V | V | V | V |
| 15. Poczucie bezbronności podczas przenoszenia między środowiskami opieki | V | V | V | V |
| 16. Kiedy i jak zamykać relacje z osobami i ich siecią wsparcia | V | V | V | V |

50 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 21

OCENA POTRZEB ZDROWOTNYCH SPOŁECZNOŚCI

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Planowanie oceny, w tym uzyskanie niezbędnych zezwoleń  2. Koordynowanie grupy nadzorującej  3. Zarządzanie działaniami związanymi z zaangażowaniem i uczestnictwem społeczności  4. Zbieranie i rejestrowanie danych i informacji  5. Analizowanie i interpretowanie danych i informacji  6. Weryfikacja wyników oceny  7. Proponowanie opcji mających na celu uwzględnienie ustaleń  8. Raportowanie ustaleń | | | | | |
| Dostarczane równolegle | | 9. Zarządzanie zasobami ludzkimi (czynność praktyczna nr 31)  10. Zarządzanie zasobami finansowymi (czynność praktyczna nr 32) | | | | | |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Wspieranie działań angażujących społeczność i gromadzenie danych, na przykład przeprowadzanie ankiet od drzwi do drzwi lub moderowanie dyskusji w grupach fokusowych  - Rejestrowanie danych w predefiniowanych formatach z ograniczonymi opcjami  - Przekazywanie informacji zwrotnych i spostrzeżeń opartych na własnym doświadczeniu | | | | | |
| Profil B (np. CHW) | - Wspieranie działań angażujących społeczność i gromadzenie danych, na przykład konsultacje z liderami społeczności lub moderowanie grup fokusowych.  - Zbieranie i organizowanie informacji o zasobach społeczności oraz kontekście politycznym, gospodarczym i kulturowym  - Ocena danych i informacji w celu zidentyfikowania indywidualnych, organizacyjnych i społecznych obaw, atutów, zasobów i deficytów  - Przekazanie raportu zainteresowanej społeczności | | | | | |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Zarządzanie działaniami angażującymi społeczność, w tym moderowanie forów publicznych  - Opracowywanie szablonów do gromadzenia danych  - Zarządzanie określonymi elementami oceny  - Reprezentowanie perspektywy interesariuszy w grupie nadzorczej  - Ocena danych i informacji oraz proponowanie hipotez lub spostrzeżeń, które łączą potrzeby zdrowotne z czynnikami sprzyjającymi i barierami oraz proponowanie możliwych rozwiązań  - Pisanie sekcji raportu odnoszących się do ustaleń  - Informowanie decydentów i społeczności o wynikach badań | | | | | |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Kierowanie planowaniem i koordynacją oceny  - Zarządzanie procesem walidacji w celu zapewnienia wsparcia społeczności dla ustaleń  - Ocena danych i informacji w celu zaproponowania opcji zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w ramach istniejących zasobów i przy użyciu dodatkowych zasobów  - Napisanie raportu z ustaleń, zawierającego sekcje opracowane przez inne osoby  - Informowanie decydentów i społeczności o wynikach badań | | | | | |
| **Treści programowe** | | **A** | | **B** | **C** | **D** | |
|  | | | | | | |  |
| 1. Zasady zdrowia publicznego obejmujące skupienie się na populacji, orientację na społeczność, etykę, zapobieganie, równość, inkluzywność, odpowiedzialność i sprawiedliwość społeczną. | | |  | V | V | V | |
| 2. Rola oceny potrzeb zdrowotnych w podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia publicznego | | |  | V | V | V | |
| 3. Świadomość społeczności, w tym parametry społeczności (definicja), język, kultura, religia, zasoby społeczności, zatrudnienie, warunki mieszkaniowe i dostępność placówek opieki zdrowotnej. | | | V | V | V | V | |
| 4. Wzajemne powiązania między systemami, które wpływają na jakość życia ludzi w ich społecznościach | | |  |  |  | V | |
| 5. Świadomość zdrowotna społeczności, w tym zagrożenia związane z potencjalnymi sytuacjami kryzysowymi, wszelkie niedawne wydarzenia, wybuchy epidemii lub katastrofy oraz lokalna epidemiologia. | | | V | V | V | V | |
| 6. Główne elementy organizacji, finansowania i świadczenia usług zdrowotnych oraz struktury i funkcje różnych placówek opieki zdrowotnej i społecznej, jednostek i pracowników służby zdrowia w ramach systemu opieki zdrowotnej. | | |  | V | V | V | |
| 7. Różnice między dostępem, akceptowalnością i dostępnością usług zdrowotnych oraz to, jak te cechy mogą się one różnić w zależności od populacji lub otoczenia. | | |  | V | V | V | |
| 8. Rola społecznych, politycznych, ekonomicznych i środowiskowych uwarunkowań zdrowia zarówno w powstawaniu problemów, jak i tworzeniu rozwiązań. | | |  | V | V | V | |
| 9 Wpływ globalnych trendów i współzależności | | |  |  | V | V | |
| 10. Zasady podejścia partycypacyjnego w zdrowiu społeczności | | | V | V | V | V | |
| 11. Zasady zarządzania programem (wyznaczanie celów, ocena ryzyka, projektowanie, opracowywanie, wdrażanie, ocena i zarządzanie) | | |  |  | V | V | |
| 12. Rola biostatystyki, informatyki, danych epidemiologicznych i kontekstu społecznego w podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia publicznego | | |  |  | V | V | |
| 13. Zakres partycypacyjnych, ilościowych i jakościowych metod badawczych odpowiednich do oceny | | |  |  | V | V | |

Domena II: Zdrowie populacji – czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla społeczności i grup osób.

3. CZYNNOSCI PRAKTYCZNE 51

Domena II: Zdrowie populacji - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla społeczności i grup osób.

DZIAŁANIE PRAKTYCZNE 21, ciąg dalszy

OCENA POTRZEB ZDROWOTNYCH SPOŁECZNOŚCI

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 14. | Metody i narzędzia gromadzenia i analizy danych przy użyciu wybranych podejść | V | V | V | V |
| 15. | Współpracujące i konsultacyjne narzędzia i metody generowania, kategoryzowania i priorytetyzowania pomysłów na zmiany |  |  | V | V |
| 16. | Metodologie oceny, zapobiegania i kontroli zagrożeń lub ryzyka dla bezpieczeństwa w trakcie gromadzenia danych | V | V | V | V |
| 17. | Podstawowe pojęcia prawdopodobieństwa, zmienności losowej i typowych rozkładów statystycznych |  |  | V | V |
| 18. | Powszechne metody statystyczne stosowane do wnioskowania o trendach i do celów porównawczych |  |  | V | V |
| 19. | Różne skale pomiarowe i implikacje dla wyboru metodologii statystycznych |  |  |  | V |
| 20. | Wykorzystanie technologii informacyjnej i podstawowych technik informatycznych |  |  | V | V |
| 21. | Metodologie opisowe |  | V | V | V |
| 22. | Metody oceny siły i ograniczeń danych |  |  | V | V |
| 23. | Ramy i metody identyfikacji niezamierzonych konsekwencji zmian wprowadzonych w systemach zdrowia publicznego |  |  | V | V |
| 24. | Ryzyko i wymagania związane z dokładnością, poufnością i bezpieczeństwem danych | V | V | V | V |

52 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 22

PLANOWANIE I REALIZACJA PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH DLA SPOŁECZNOŚCI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Planowanie lokalnego programu zdrowotnego  2. Mobilizacja interesariuszy do zaangażowania się w planowanie i realizację programu  3. Zapewnienie działań przyczyniających się do wdrożenia programu zdrowotnego dla społeczności (w tym wszystkich działań praktycznych w ramach poszczególnych dziedzin zdrowia)  4. Mobilizacja zasobów społeczności w celu wsparcia programu zdrowotnego  5. Nadzorowanie wdrażania programu  6. Monitorowanie i ocena programu zdrowotnego  7. Wspieranie poczucia własności programu w społeczności |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Uczestnictwo w programie (obejmujące zadania z poszczególnych obszarów zdrowia) |
| Profil B (np. CHW) | - Uczestnictwo w programie (obejmujące zadania z poszczególnych obszarów zdrowia)  - Kierowanie określonymi aspektami realizacji programu |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Planowanie i uczestnictwo w programach edukacji zdrowotnej w środowisku lokalnym  - Zarządzanie zaangażowaniem społeczności, na przykład moderowanie wydarzeń konsultacyjnych  - Mobilizowanie zasobów społeczności w celu wsparcia realizacji programu zdrowotnego  - Współpraca z kluczowymi partnerami i interesariuszami  - Kierowanie ogólną realizacją programu zdrowotnego społeczności w niektórych okolicznościach |
| Profil D (np. ratownik medyczny) |

**Treści programowe A B C D**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Zasady zdrowia publicznego obejmujące skupienie się na populacji, orientację na społeczność, etykę, zapobieganie, równość, włączenie, odpowiedzialność i sprawiedliwość społeczną. | V | V | V | V |
| 2. | Świadomość społeczności, w tym parametry społeczności (definicja), język, kultura, religia, zasoby społeczności, zatrudnienie, warunki mieszkaniowe i dostępność placówek opieki zdrowotnej. | V | V | V | V |
| 3. | Wzajemne powiązania między systemami, które wpływają na jakość życia ludzi w ich społecznościach. |  |  |  | V |
| 4. | Dodatkowe potrzeby słabszych grup społecznych w zakresie dostępu do usług zdrowotnych i korzystania z nich | V | V | V | V |
| 5. | Rola programu w poprawie zdrowia społeczności | V | V | V | V |
| 6. | Czynniki napędzające zmiany w programie (społeczne, polityczne, gospodarcze, naukowe) | V | V | V | V |
| 7. | Podejścia do zdrowia społeczności oparte na otoczeniu, w tym związane z zarządzaniem ryzykiem sytuacji kryzysowych | V | V | V | V |
| 8. | Rola programu w ramach systemu opieki zdrowotnej, w tym szerszych krajowych lub lokalnych programów doskonalenia |  |  | V | V |
| 9. | Struktury i systemy organizacyjne oraz procesy decyzyjne, administracyjne i sprawozdawcze |  |  | V | V |
| 10. | Metody identyfikacji, angażowania i wzmacniania pozycji grup interesariuszy i potencjalnych partnerów w planowaniu, wdrażaniu i monitorowaniu programu |  | V | V | V |
| 11. | Metody identyfikacji zagrożeń, potrzeb, skutków, barier i rozwiązań istotnych dla pomysłów zmian w programie zdrowotnym |  |  | V | V |
| 12. | Metody uwzględniania informacji zwrotnych od interesariuszy oraz współtworzenie i współwłasność programu w takim zakresie, w jakim jest to wykonalne. |  | V | V | V |
| 13. | Społeczne i środowiskowe uwarunkowania zdrowia w społeczności |  | V | V | V |
| 14. | Zasady zarządzania zmianą |  |  | V | V |
| 15. | Bariery dla powodzenia lub akceptacji programu |  | V | V | V |
| 16. | Rola różnych interesariuszy (decydentów, organizacji społecznych, sektora prywatnego, rodzin) w poprawie zdrowia społeczności |  | V | V | V |
| 17. | Metody ułatwiające współpracę partnerską, takie jak wspólne cele i usuwanie barier |  | V | V | V |
| 18. | Metody ułatwiające zmiany behawioralne lub kulturowe |  | V | V | V |
| 19. | Rola monitorowania i oceny w ciągłym doskonaleniu |  | V | V | V |
| 20. | Metody monitorowania i oceny zmiany |  |  | V | V |
| 21. | Narzędzia i techniki zarządzania programem oraz znaczenie zarządzania harmonogramami, zasobami, budżetami i zakresem programu. |  |  | V | V |
| 22. | Lokalne i krajowe procedury, protokoły i wymogi prawne |  |  | V | V |

Domena II: Zdrowie populacji - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla społeczności i grup osób.

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 53

Domena II: Zdrowie populacji - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla społeczności i grup osób.

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 23

ZARZĄDZANIE KOMUNIKACJĄ W ZAKRESIE ZDROWIA PUBLICZNEGO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Ocena celów i priorytetów komunikacji  2. Wybór metod komunikacji  3. Rozwijanie treści komunikacji  4. Tworzenie materiałów komunikacyjnych  5. Angażowanie innych jako uczestników komunikacji  6. Ocena działań komunikacyjnych |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Przekazywanie uzgodnionych, opartych na dowodach informacji na temat zdrowia publicznego osobom indywidualnym lub małym grupom  - Ocenianie i korygowanie mitów lub fałszywych informacji w rozmowach z pojedynczymi osobami lub małymi grupami.  - Przekazywanie informacji zwrotnych na temat ustalania i oceny celów komunikacyjnych |
| Profil B (np. CHW) | - Zarządzanie komunikacją liniową przy użyciu łatwo dostępnych narzędzi, np. chodzenie od drzwi do drzwi, głośniki, zebrania społeczności, radio, wiadomości tekstowe lub poprzez media społecznościowe, grupy młodzieżowe.  - Proaktywne identyfikowanie potrzeb komunikacyjnych |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Tworzenie materiałów komunikacyjnych fizycznych lub ukierunkowanych na media społecznościowe  - Zarządzanie nielinearną komunikacją publiczną, na przykład na forach publicznych lub przy użyciu mediów społecznościowych |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | -Ustalanie priorytetów w zakresie potrzeb i celów komunikacyjnych społeczności  -Tworzenie liniowej komunikacji publicznej przy użyciu narzędzi technicznych, na przykład tworzenie filmów wideo  -Ocena wpływu i harmonogramu działań komunikacyjnych społeczności  -Prowadzenie nieliniowej komunikacji na forach publicznych, takich jak ratusz. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Treści programowe A B C D** | | | | | |
| 1. | Cele komunikacji (rozpowszechnianie informacji opartych na dowodach, potwierdzanie godzin otwarcia lub informacji kontaktowych, obalanie mitów, gromadzenie informacji) i zamierzone wyniki | V | V | V | V |
| 2. | Metody sprawdzania faktów i weryfikacji przekazywanych treści (liniowe) |  |  | V | V |
| 3. | Rola danych i informatyki w promowaniu kwestii zdrowia publicznego | V | V | V | V |
| 4. | Metody przekładania złożonych informacji na strawne i odpowiednie metody komunikacji |  |  | V | V |
| 5. | Zasady komunikacji publicznej w różnych kontekstach, na przykład informacje operacyjne, w sytuacjach awaryjnych, komunikacja ryzyka |  | V | V | V |
| 6. | Umiejętności odbiorców, w tym wiedza na temat zdrowia, umiejętność korzystania z mediów społecznościowych oraz zdolność do uzyskiwania, interpretowania i wykorzystywania informacji na temat zdrowia i innych informacji. | V | V | V | V |
| 7. | Kontekst etyczny i kulturowy oraz kulturowo odpowiednia praktyka, język lub grafika | V | V | V | V |
| 8. | Wpływ czynników społecznych, organizacyjnych i indywidualnych na korzystanie z technologii informacyjnych i dostęp do różnych kanałów komunikacji |  |  | V | V |
| 9. | Odpowiednie kanały i narzędzia do celów komunikacji, w tym technologie cyfrowe, plakaty, spotkania na otwartym forum | V | V | V | V |
| 10. | Praktyczne metody korzystania z różnych kanałów i narzędzi komunikacji | V | V | V | V |
| 11. | Docelowi odbiorcy komunikacji | V | V | V | V |
| 12. | Zasady planowania, dostosowywania i zarządzania liniową i nieliniową komunikacją z udziałem docelowych odbiorców i społeczności |  | V | V | V |
| 13. | Teoretyczne i oparte na strategiach zasady komunikacji w różnych środowiskach i wśród różnych odbiorców |  |  | V | V |
| 14. | Wpływ komunikacji na zrozumienie, tworzenie lub obalanie mitów, satysfakcję i nadzieję | V | V | V | V |
| 15. | Rola infrastruktury zdrowia publicznego w gromadzeniu, przetwarzaniu, utrzymywaniu i rozpowszechnianiu informacji |  |  | V | V |
| 16. | Metody oceny działań komunikacyjnych, w tym mechanizmy informacji zwrotnej od społeczności |  |  | V | V |

54 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 24

ROZWIJANIE GOTOWOŚCI NA SYTUACJE KRYZYSOWE I KATASTROFY ZDROWOTNE, W TYM EPIDEMIE CHORÓB

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Przeprowadzanie ocen ryzyka wystąpienia dla wszystkich zagrożeń  2. Prowadzenie działań, które zmniejszają podatność na zagrożenia i pomagają zapobiegać sytuacjom kryzysowym lub łagodzić ich skutki  3. Uczestnictwo w działaniach związanych z gotowością, na przykład komunikowanie się ze społecznościami i innymi zainteresowanymi stronami  4. Realizacja, koordynowanie i prowadzenie działań związanych z gotowością  5. Przygotowanie zasobów lub sprzętu i produktów zdrowotnych do reakcji  6. Monitorowanie i interpretacja danych dotyczących zdrowia  7. Ocena gotowości  8. Wnoszenie informacji i spostrzeżeń do rozwoju lub przeglądu gotowości oraz przedstawianie zaleceń dotyczących ulepszeń | | | | |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Udział w ocenach ryzyka dla wszystkich zagrożeń w społeczności  - Uczestnictwo w działaniach związanych z gotowością, w tym poznanie własnej roli w reagowaniu  - Podtrzymywanie osobistego, rodzinnego i zawodowego planu gotowości  - Wnoszenie informacji do przeglądu i oceny gotowości w oparciu o osobiste doświadczenia | | | | |
| Profil B (np. CHW) | - Udział w ocenach ryzyka dla wszystkich zagrożeń w społeczności  - Angażowanie społeczności w działania związane z zapobieganiem ryzyku i gotowością, takie jak edukacja i promocja zdrowia  - Wnoszenie informacji do przeglądu i oceny gotowości w oparciu o informacje zwrotne od innych osób | | | | |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Przeprowadzanie ocen ryzyka dla wszystkich zagrożeń na poziomie obiektu  - Określenie potrzeby działań przygotowawczych na poziomie obiektu  - Organizowanie i przeprowadzanie działań w zakresie gotowości dla zespołów lub jednostek, takich jak ocena ryzyka, nauka, planowanie i ćwiczenia sztabowe  - Przygotowanie zasobów lub sprzętu i produktów zdrowotnych do reakcji  - Ocena gotowości zespołu  - Identyfikacja wniosków z przeszłych zdarzeń w celu poprawy zapobiegania ryzyku i gotowości na przyszłe sytuacje kryzysowe | | | | |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Przeprowadzanie ocen ryzyka wystąpienia dla wszystkich zagrożeń na poziomie obiektu lub społeczności.  - Określenie zapotrzebowania na działania przygotowawcze na poziomie obiektu lub społeczności.  - Organizowanie i przeprowadzanie działań w zakresie gotowości na poziomie obiektu lub społeczności, w tym ćwiczeń sztabowych lub ćwiczeń terenowych.  - Ocena gotowości na poziomie obiektu lub społeczności  - Identyfikacja zaleceń z przeglądów w celu poprawy zapobiegania ryzyku i gotowości na przyszłe sytuacje kryzysowe | | | | |
| **Treści programowe** | | **A** | | **B** | c | **D** |
| 1. Proces oceny ryzyka wszystkich zagrożeń umożliwiający społecznościom identyfikację, analizę i określenie bieżących i pojawiających się priorytetowych zagrożeń. | | | V | V | V | V |
| 2. Treść lokalnych, zdrowotnych, wielosektorowych i wielozagrożeniowych planów reagowania w sytuacjach zagrożenia zdrowia (w tym ognisk chorób i zdarzeń wywołanych zagrożeniami naturalnymi, technologicznymi lub społecznymi) oraz zdarzeń związanych z masowymi wypadkami, a także ich związek z własną rolą i miejscem pracy. | | | V | V | V | V |
| 3. Podejście do zarządzania ryzykiem w sytuacjach kryzysowych w celu zmniejszenia zagrożeń, ekspozycji i podatności na zagrożenia oraz budowania zdolności w zakresie zapobiegania sytuacjom kryzysowym, łagodzenia ich skutków, gotowości, reagowania i odbudowy (czyli faz kontinuum zarządzania kryzysowego). | | | V | V | V | V |
| 4. Źródła informacji o zagrożeniach i ostrzeżeniach oraz mechanizmy komunikacji wewnętrznej i publicznej z zainteresowanymi stronami w zakresie zapobiegania, gotowości, reagowania i odbudowy. | | | V | V | V | V |
| 5. Strategie w codziennej opiece i usługach, które pomagają zmniejszyć podatność na zagrożenia i zapobiegać występowaniu zdarzeń oraz ich urastaniu do sytuacji kryzysowych, na przykład zarządzanie powszechnymi chorobami, takimi jak biegunka, przeziębienie i niedożywienie; kluczowe praktyki rodzinne, na przykład wyłączne karmienie piersią, higiena, szczepienia ochronne dzieci i zdrowie reprodukcyjne; zapobieganie chorobom zakaźnym i niezakaźnym oraz zarządzanie nimi; oraz opieka nad osobami po urazach. | | | V | V | V | V |
| 6. Metody monitorowania, wykrywania, zapobiegania, łagodzenia skutków, gotowości i reagowania na wszelkie zagrożenia w celu zarządzania ryzykiem związanym z sytuacjami kryzysowymi i katastrofami. | | | V | V | V | V |
| 7. Elementy skutecznego, inkluzywnego i skoncentrowanego na społeczności zapobiegania, łagodzenia skutków, gotowości i reagowania na sytuacje kryzysowe i katastrofy | | | V | V | V | V |
| 8. Kluczowe etapy opracowywania planów gotowości i reagowania na sytuacje kryzysowe dla społeczności, organizacji lub obiektu | | | V | V | V | V |
| 9. Bezpieczeństwo własne i bezpieczeństwo miejscu w przypadku zdarzenia krytycznego, środki zapobiegania zakażeniom oraz stosowanie i utylizacja środków ochrony indywidualnej | | | V | V | V | V |
| 10. Zakres strategii i działań mających na celu reagowanie na zdarzenia lub łagodzenie ich skutków | | |  |  | V | V |
| 11. Wymagania kadrowe, finansowe, sprzętowe, logistyczne i protokolarne dla różnych strategii reagowania | | |  |  | V | V |
| 12. Dane dotyczące zdrowia na potrzeby zapobiegania, gotowości, reagowania i odbudowy, źródła danych i metody ich interpretacji | | |  |  | V | V |
| 13. Dostępność zasobów oraz planowanie i dostęp do dodatkowych zasobów w sytuacjach kryzysowych | | |  |  | V | V |

Domena II: Zdrowie populacji - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla społeczności i grup osób.

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 55

Domena II: Zdrowie populacji - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla społeczności i grup osób.

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 24, ciąg dalszy z poprzedniej strony

ROZWIJANIE GOTOWOŚCI NA SYTUACJE KRYZYSOWE I KATASTROFY ZDROWOTNE, W TYM EPIDEMIE CHORÓB

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 14. Świadomość społeczności, w tym wymiar językowy, kulturowy, wyznaniowy i społeczno-ekonomiczny oraz zasięg; organizacje świadczące usługi, sieci i grupy wsparcia w zakresie usług zdrowotnych, zatrudnienia, mieszkalnictwa, żywności, wody, warunków sanitarnych i higieny; inne organizacje pozarządowe; oraz współzależności i relacje między systemami, na które może to mieć wpływ. |  | V | V | V |
| 15. Przewidywany wpływ sytuacji kryzysowych na społeczności, przesiedlone populacje, funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, schronienie, żywność, wodę, różne grupy interesariuszy i określone populacje o wyższym poziomie podatności na zagrożenia. |  | V | V | V |
| 16. Metody identyfikacji określonych populacji w społeczności, które są narażone na większe ryzyko wystąpienia sytuacji kryzysowych ze względu na ich zwiększoną podatność na zagrożenia (na przykład poziom dochodów i ubóstwo, płeć, wiek, osoby niepełnosprawne, osoby z chorobami podstawowymi, migranci, osoby przesiedlone). |  |  | V | V |
| 17. Metody edukacji społeczności, podnoszenia świadomości i udziału społeczności w zapobieganiu sytuacjom kryzysowym, gotowości i reagowaniu na nie |  | V | V | V |
| 18. Wskaźniki pomiaru ryzyka, zdolności zarządzania ryzykiem, nakładów, wyników i rezultatów związanych z zapobieganiem ryzyku oraz gotowością i reagowaniem na epidemie chorób i inne sytuacje nadzwyczajne i katastrofy. |  | V | V | V |
| 19. Mechanizmy przyczyniające się do rozwoju systemów nadzoru nad chorobami oraz ostrzegania władz i społeczności w przypadku podejrzenia lub przewidywania wybuchu epidemii lub sytuacji kryzysowej | V | V | V | V |
| 20. Zakres i skala incydentów, którymi można zarządzać lokalnie, tych, w których potrzebne są zasoby zewnętrzne lub alerty, oraz procedury ubiegania się o pomoc i jej otrzymywania. |  |  | V | V |
| 21. Zadania, które mogą być częścią roli pracownika służby zdrowia podczas reagowania, na przykład triage w przypadku katastrof i nagłych wypadków, środki zapobiegania zakażeniom, odkażanie, śledzenie kontaktów, izolacja, zarządzanie masowymi wypadkami, zarządzanie urazami, zarządzanie dużą liczbą zmarłych, wsparcie psychospołeczne i zdrowie środowiskowe | V | V | V | V |
| 22. Protokoły, które mają zastosowanie w reagowaniu i w jaki sposób różnią się od normalnej praktyki, na przykład triage w sytuacji masowego wypadku, zmiana przeznaczenia przestrzeni i zarządzanie przypadkami | V | V | V | V |
| 23. Wpływ stanów zagrożenia zdrowia i katastrof na zdrowie i dobrostan jednostek, społeczności i pracowników służby zdrowia oraz zakres dostępnych narzędzi i usług wsparcia | V | V | V | V |
| 24. Usługi zdrowotne, które mają być utrzymane wraz z reagowaniem kryzysowym (w odniesieniu do podstawowych usług zdrowotnych i współzależności z innymi sektorami i dostawcami usług, na przykład wody, energii, transportu i dostaw), w tym zmiana przeznaczenia i zmiana priorytetów | V | V | V | V |
| 25. Metody monitorowania, oceny, testowania i ulepszania poziomów gotowości i planów, w tym ćwiczenia, ćwiczenia sztabowe, ćwiczenia terenowe i inne symulacje. |  | V | V | V |
| 26. Rola szkoleń we wzmacnianiu kompetencji w kontekście zapobiegania, gotowości, reagowania i odbudowy | V | V | V | V |
| 27. Własne role i obowiązki oraz role i obowiązki innych podmiotów i sektorów opieki zdrowotnej w odniesieniu do różnych strategii zapobiegania, gotowości, reagowania i odbudowy | V | V | V | V |
| 28. Zasady praktyki opartej na współpracy w zakresie zapobiegania, gotowości, reagowania i odbudowy, w tym podział zadań, koordynacja w ramach sektora zdrowia i między sektorami na szczeblu lokalnym oraz praca zespołowa | V | V | V | V |
| 29. Wymogi prawne podczas reagowania, przepisy lokalne oraz ustawodawstwo niższego szczebla i krajowe, międzynarodowe ramy monitorowania przepisów zdrowotnych i międzynarodowe prawa człowieka |  |  | V | V |
| 30. Terminologia i skróty odnoszące się do sytuacji nadzwyczajnych, kryzysowych i katastrof, w tym ognisk chorób | V | V | V | V |

56 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 25

REAGOWANIE NA SYTUACJE KRYZYSOWE I KATASTROFY ZDROWOTNE, W TYM EPIDEMIE CHORÓB

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Monitorowanie i interpretowanie oznak epidemii, sytuacji kryzysowych lub katastrof  2. Powiadamianie odpowiednich interesariuszy z sektora opieki zdrowotnej i innych sektorów o sytuacjach kryzysowych, klęskach żywiołowych i ogniskach chorób  3. Komunikacja ze społecznościami, pracownikami służby zdrowia i interesariuszami  4. Prowadzenie i koordynowanie lokalnej reakcji, w tym oceny potrzeb i skutków  5. Przegląd i dostosowanie lokalnego podejścia do reagowania w świetle zmieniającej się sytuacji oraz pojawiających się krajowych lub zewnętrznych decyzji politycznych i planów działania  6. Przygotowywanie i organizowanie zasobów i materiałów  7. Konfigurowanie i zarządzanie przestrzenią fizyczną na potrzeby reakcji  8. Udzielanie pierwszej pomocy w nagłych wypadkach (czynności praktyczne z poszczególnych obszarów zdrowia) i podstawowe podtrzymywanie życia  9. Świadczenie usług zdrowotnych na potrzeby reagowania kryzysowego, na przykład ustalanie kontaktów, triage i zarządzanie masowymi wypadkami  10. Monitorowanie, ocena i raportowanie reakcji  11. Podejmowanie działań w celu skorygowania przebiegu reakcji  12. Prowadzenie ćwiczeń oceny i refleksji po zakończeniu fazy reagowania  13. Opracowywanie planów naprawczych |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Monitorowanie wskazań i ostrzeżeń o potencjalnych ogniskach chorób lub sytuacjach kryzysowych  - Wykonywanie przydzielonych zadań i obowiązków związanych z reagowaniem kryzysowym w ramach działań związanych z reagowaniem, na przykład wstępny podział triage (chodzący niechodzący)  - Wkład w raportowanie wpływu na sytuację zdrowotną, potrzeb, zasobów i postępów w reagowaniu |
| Profil B (np. CHW) | - Wykonywanie zadań i obowiązków związanych z reagowaniem kryzysowym w ramach działań związanych z reagowaniem, na przykład angażowanie osób, opiekunów, rodzin lub społeczności w celu rozszerzenia zasobów, tworzenie przestrzeni fizycznych i przenoszenie istniejących pacjentów do innych środowisk  - Przyczynianie się do nadzoru nad chorobami populacji  - Dostarczanie raportów na temat wpływu na sytuację zdrowotną i potrzeb, zasobów i postępów w reagowaniu |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Koordynowanie reakcji jednostki służby zdrowia w ramach szerszej strategii reagowania  - Przeprowadzanie podsumowań i refleksji nad reakcją  - Urządzanie dodatkowych przestrzeni fizycznych i tworzenie nowych przestrzeni dla opieki zdrowotnej  - Dostarczanie raportów na temat wpływu na sytuację zdrowotną i potrzeb, zasobów i postępów w reagowaniu |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Kierowanie reakcją kryzysową na poziomie obiektu lub społeczności  - Przeprowadzanie klinicznego triage i przypisywanie priorytetów do poszczególnych przypadków  - Dostarczanie raportów na temat wpływu na sytuację zdrowotną i potrzeb, zasobów i postępów w reagowaniu |

**Treści programowe A B C D**

Domena II: Zdrowie populacji - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla społeczności i grup osób.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Lokalne zdrowotne, wielosektorowe i wielozagrożeniowe plany reagowania na sytuacje zagrożenia zdrowia (w tym ogniska i epidemie chorób i zdarzenia wywołane zagrożeniami naturalnymi, technologicznymi lub społecznymi) oraz masowe wypadki, a także ich związek z własną rolą i miejscem pracy. | V | V | V | V |
| 2. Informacje w ramach planu reagowania, na przykład szybka ocena potrzeb, ewakuacja, usługi opieki zdrowotnej, inne podstawowe usługi, pomoc zewnętrzna (na przykład humanitarna), dostęp do zasobów, zarządzanie logistyką, bezpieczeństwo, harmonogramy, odbudowa i rehabilitacja. | V | V | V | V |
| 3. Zagrożenia, skutki i wskaźniki ognisk chorób, epidemii oraz sytuacji kryzysowych i klęsk żywiołowych | V | V | V | V |
| 4. Mechanizmy przyczyniające się do rozwoju systemów nadzoru nad chorobami oraz ostrzegania władz i społeczności w przypadku podejrzenia lub przewidywania wybuchu epidemii, sytuacji kryzysowej lub katastrofy. | V | V | V | V |
| 5. Zakres i skala incydentów, którymi można zarządzać lokalnie, oraz tych, w przypadku których potrzebne są zasoby zewnętrzne lub alerty, a także procedury ubiegania się o pomoc i jej otrzymywania. |  |  | V | V |
| 6. Zakres strategii i działań mających na celu reagowanie na zdarzenia lub łagodzenie ich skutków oraz protokół wdrożenia |  |  | V | V |
| 7. Mapowanie zasobów, w tym lokalnych, krajowych i międzynarodowych organizacji i personelu w okolicy (analiza interesariuszy) |  |  | V | V |
| 8. Usługi zdrowotne, które mają być utrzymane wraz z reagowaniem kryzysowym (w odniesieniu do podstawowych usług zdrowotnych i współzależności z innymi sektorami i dostawcami usług, na przykład wody, energii, transportu i dostaw), w tym zmiana przeznaczenia i zmiana priorytetów | V | V | V | V |
| 9. Metody angażowania społeczności i informowania o ryzyku w reagowaniu kryzysowym i odbudowie | V | V | V | V |
| 10. Zewnętrzne źródła informacji o lokalnych i regionalnych planach reagowania oraz zewnętrzne wytyczne (w tym pochodzące od rządu i WHO), które informują o lokalnym reagowaniu. |  |  | V | V |
| 11. Wewnętrzne i zewnętrzne źródła informacji, mechanizmy komunikacji i koordynacji w celu otrzymywania i dostarczania informacji na temat aktualizacji reakcji (na przykład raporty sytuacyjne) | V | V | V | V |
| 12. Wymogi prawne podczas reagowania, przepisy lokalne oraz ustawodawstwo regionalne i krajowe, międzynarodowe ramy monitorowania przepisów zdrowotnych i międzynarodowe prawa człowieka |  |  | V | V |

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 57

Domena II: Zdrowie populacji - czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla społeczności i grup osób.

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 25, ciąg dalszy z poprzedniej strony

REAGOWANIE NA SYTUACJE KRYZYSOWE I KATASTROFY ZDROWOTNE, W TYM EPIDEMIE CHORÓB

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 13. Dostęp do zasobów ludzkich, finansowych i materialnych w sytuacjach kryzysowych |  | V |  | V |
| 14. Własne role i obowiązki oraz role i obowiązki innych podmiotów i sektorów opieki zdrowotnej w odniesieniu do różnych strategii zapobiegania, gotowości, reagowania i odbudowy. | V | V | V | V |
| 15. Zasady praktyki opartej na współpracy w zakresie zapobiegania, gotowości, reagowania i odbudowy, w tym podział zadań, koordynacja w ramach sektora zdrowia i między sektorami na szczeblu lokalnym oraz praca zespołowa. | V | V | V | V |
| 16. Wiedza i umiejętności w zakresie własnych obowiązków w ramach reagowania, w tym role kliniczne | V | V | V | V |
| 17. Zasady i praktyki udzielania pierwszej pomocy, triage w przypadku katastrof i nagłych wypadków, środki zapobiegania zakażeniom, odkażanie, higiena i warunki sanitarne, zapobieganie zakażeniom związanym z opieką zdrowotną, ustalanie kontaktów zakaźnych, izolacja, bezpieczeństwo własne i bezpieczeństwo na miejscu zdarzenia krytycznego, zarządzanie masowymi wypadkami, zarządzanie urazami, podstawowe podtrzymywanie życia, zarządzanie dużą liczbą zmarłych, wsparcie psychospołeczne i zdrowie środowiskowe. | V | V | V | V |
| 18. Protokoły, które mają zastosowanie w reagowaniu i w jaki sposób różnią się one od normalnej praktyki, na przykład trage w sytuacji masowego wypadku, zmiana przeznaczenia przestrzeni i zarządzanie przypadkami. | V | V | V | V |
| 19. Wpływ sytuacji kryzysowych i katastrof na zdrowie i dobrostan jednostek, społeczności i pracowników służby zdrowia oraz zakres dostępnych narzędzi i usług wsparcia. | V | V | V | V |
| 20. Rozważania etyczne związane z podejmowaniem decyzji podczas reagowania kryzysowego | V | V | V | V |
| 21. Zasadnicze elementy reakcji, w tym działania kliniczne i niekliniczne, które należy wykonać | V | V | V | V |
| 22. Zarządzanie personelem, sprzętem, zaopatrzeniem i logistyką potrzebnymi do podstawowych elementów reagowania |  |  | V | V |
| 23. Czynniki związane z organizacją przestrzeni fizycznej na potrzeby opieki zdrowotnej i funkcji zarządczych, w tym kontrola tłumu, oznakowanie, przenoszenie obecnych pacjentów, energia elektryczna i dostawy medyczne | V | V | V | V |
| 24. Opcje łagodzenia lub zarządzania wpływem sytuacji kryzysowych na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, schronienie, żywność, wodę, różne grupy interesariuszy i określone wrażliwe populacje. |  | V | V | V |
| 25. Strategie lokalnej międzysektorowej koordynacji i współpracy w zakresie zdrowia i opieki zdrowotnej |  |  | V | V |
| 26. Zasady przejrzystości, współpracy i zarządzania w sektorowych i międzysektorowych reakcjach na epidemie, sytuacje kryzysowe i katastrofy |  |  | V | V |
| 27. Mechanizmy regularnego raportowania o sytuacjach kryzysowych, wpływie na zdrowie, zmieniających się potrzebach, zasobach, działaniach fazy reagowania, postępach i działaniach naprawczych | V | V | V | V |
| 28. Procedury i podejścia do przeprowadzania refleksji po reakcji i ćwiczeń przeglądowych oraz gromadzenia wniosków i zaleceń dotyczących poprawy zapobiegania, gotowości, reagowania i odbudowy. |  |  | V | V |
| 29. Metody opracowywania planów powrotu do zdrowia, w tym usług rehabilitacyjnych i powrotu do zdrowia, z zastosowaniem zasady „odbuduj lepiej” |  | V | V | V |
| 30. Terminologia i skróty odnoszące się do sytuacji nadzwyczajnych i katastrof, w tym ognisk chorób | V | V | V | V |

58 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 26

RZECZNICTWO NA RZECZ POTRZEB ZDROWOTNYCH SPOŁECZNOŚCI

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Identyfikowanie możliwości poprawy zdrowia społeczności poprzez rzecznictwo  2. Opracowanie strategii rzecznictwa  3. Potwierdzenie celów rzecznictwa  4. identyfikacja kluczowych interesariuszy, w tym społeczności i grup interesu, tradycyjnych przywódców i decydentów  5. Planowanie działań rzeczniczych  6. Mobilizowanie społeczności do podtrzymywania działań i wpływu  7. Wdrażanie działań rzeczniczych  8. Monitorowanie i ocena działań rzeczniczych i ich wpływu | | | | | |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Identyfikacja możliwości działań rzeczniczych  - Reprezentowanie poglądów społeczności, na przykład poprzez pisanie | | | | | |
| Profil B (np. CHW) | - Reprezentowanie poglądów społeczności poprzez pisanie lub osobiste zaangażowanie | | | | | |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Koordynowanie reakcji jednostki służby zdrowia w ramach szerszej strategii reagowania  - Przeprowadzanie podsumowań i refleksji nad reakcją  - Urządzanie dodatkowych przestrzeni fizycznych i tworzenie nowych przestrzeni dla opieki zdrowotnej  - Dostarczanie raportów na temat wpływu na sytuację zdrowotną i potrzeb, zasobów i postępów w reagowaniu | | | | | |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Opracowanie strategii rzecznictwa  - Reprezentowanie poglądów społeczności w grupie decyzyjnej  - Wdrażanie strategii rzecznictwa  - Monitorowanie i ocena | | | | | |
| **Treści programowe** | | **A** | | **B** | **C** | **D** | |
|  | | | | | | |  |
| 1. Kontekst związany z potrzebami zdrowotnymi i zakres możliwych rozwiązań | | | V | V | V | V | |
| 2. Lokalne, regionalne i krajowe procesy kształtowania polityki | | |  | V | V | V | |
| 3. Wartości lub programy docelowych odbiorców działań rzeczniczych | | |  | V | V | V | |
| 4. Role i obowiązki różnych interesariuszy w tej kwestii, w tym organizacji rządowych i pozarządowych, szkół, ośrodków zdrowia, członków społeczności i pracowników służby zdrowia, w dostarczaniu programów i poprawie zdrowia populacji. | | |  | V | V | V | |
| 5. Narzędzia, techniki i strategie rzecznictwa | | | V | V | V | V | |
| 6. Mechanizmy wspierające innych w wyrażaniu ich potrzeb | | |  | V | V | V | |
| 7. Metody analizy interesariuszy | | |  |  | V | V | |
| 8. Techniki angażowania społeczności i współpracy | | |  | V | V | V | |
| 9. Decydenci, ich priorytety i wartości, zarządzanie, władza i zasoby oraz czas interwencji | | |  | V | V | V | |
| 10. Dostępność zasobów | | |  | V | V | V | |
| 11. Metody monitorowania i ewaluacji | | |  | V | V | V | |

Domena II: Zdrowie populacji – czynności praktyczne związane ze świadczeniem usług zdrowotnych dla społeczności i grup osób.

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 59

Domena III: Zarządzanie i organizacja – czynności praktyczne związane z efektywnym wykorzystaniem zasobów ludzkich, fizycznych i finansowych.

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 27

DOSTĘP DO INFORMACJI I ICH DOKUMENTOWANIE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Uzyskiwanie dostępu, synteza i interpretacja informacji  2. Dokumentowanie informacji  3. Weryfikacja jakości informacji  4. Wydawanie dokumentacji prawnej  5. Opracowywanie systemów zarządzania informacjami lub struktur kodowania |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Rejestrowanie i kodowanie subiektywnych i obiektywnych informacji klinicznych w ramach roli i odpowiedzialności  - Wypełnianie raportów z incydentów  - Rejestrowanie i kodowanie standardowych informacji nieklinicznych, na przykład wykorzystania zasobów lub odpowiedzi na ankiety binarne, przy użyciu istniejących szablonów.  - Uzyskiwanie, syntetyzowanie i interpretowanie informacji zarejestrowanych przez innych, podejmowanie kroków w celu sprawdzenia i skorygowania potencjalnych błędów. |
| Profil B (np. CHW) | - Rejestrowanie i kodowanie subiektywnych i obiektywnych informacji klinicznych w ramach roli i odpowiedzialności  - Rejestrowanie i kodowanie informacji o bardziej złożonych spotkaniach klinicznych, w których przyjęto rolę wsparcia, pod nadzorem starszego rangą pracownika służby zdrowia.  - Rejestrowanie i kodowanie informacji opisowych, na przykład z grup dyskusyjnych lub ćwiczeń konsultacyjnych.  - Wypełnianie raportów z incydentów  - Uzyskiwanie, syntetyzowanie i interpretowanie informacji zarejestrowanych przez innych, podejmowanie kroków w celu sprawdzenia i skorygowania potencjalnych błędów. |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Rejestrowanie i kodowanie subiektywnych i obiektywnych informacji klinicznych  - Wypełnianie raportów z incydentów  - Dokumentowanie informacji związanych z decyzjami wielosektorowymi lub zespołowymi, na przykład w przypadku przeniesienia opieki  - Uzyskiwanie, syntetyzowanie i interpretowanie informacji zarejestrowanych przez innych, podejmowanie kroków w celu sprawdzenia i skorygowania potencjalnych błędów  - Przygotowywanie recept, aktów urodzenia lub zgonu oraz innej dokumentacji prawnej do wystawienia przez starszego rangą pracownika służby zdrowia  - Opracowanie struktur kodowania do rejestrowania informacji niebinarnych, takich jak tematy informacji zwrotnych |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Rejestrowanie i kodowanie subiektywnych i obiektywnych informacji klinicznych  - Wypełnianie raportów z incydentów  - Uzyskiwanie, syntetyzowanie i interpretowanie informacji zarejestrowanych przez innych, podejmowanie kroków w celu sprawdzenia i skorygowania potencjalnych błędów  - Weryfikacja i poświadczanie podpisem informacji zarejestrowanych przez inne osoby  - Wystawianie recept, aktów zgonu i innych dokumentów prawnych pod nadzorem starszego rangą pracownika służby zdrowia  - Opracowywanie systemów zarządzania lub klasyfikacji informacji |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Rola dokładnych, kompleksowych i dostępnych informacji zdrowotnych dla wysokiej jakości opieki zdrowotnej i ciągłości opieki | V | V | V | V |
| 2. | Zasady świadomości informacyjnej i cyfrowej | V | V | V | V |
| 3. | Dostępne cyfrowe lub papierowe systemy zarządzania informacjami oraz metody kontynuowania dokumentacji, gdy systemy nie działają. | V | V | V | V |
| 4. | Procedury, protokoły i wymogi prawne dotyczące dostępu do informacji i ich dokumentowania | V | V | V | V |
| 5. | Informacje, które mają być rejestrowane, format ich zapisu oraz sposób, w jaki będą one dostępne i wykorzystywane przez inne osoby | V | V | V | V |
| 6. | Mechanizmy dostępu do informacji | V | V | V | V |
| 7. | Zagrożenia dla zdrowia wynikające z niedokładności danych | V | V | V | V |
| 8. | Rozsądne i prawidłowe zakresy danych, do których uzyskiwany jest dostęp |  | V | V | V |
| 9. | Metody walidacji jakości informacji rejestrowanych przez siebie i innych | V | V | V | V |
| 10. | Zasady bezpieczeństwa informacji, poufności, etyki i bezpieczeństwa pacjentów w odniesieniu do informacji o osobach, populacjach i systemach opieki zdrowotnej | V | V | V | V |

**Treści programowe A B C D**

60 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 28

REJESTROWANIE OSÓB FIZYCZNYCH W CELU UZYSKANIA PRZEZ NIE USŁUG ZDROWOTNYCH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Identyfikacja osób, które mają zostać zarejestrowane  2. Udzielanie informacji i pomoc osobom fizycznym w rejestrowaniu się w celu korzystania z usług zdrowotnych  3. Gromadzenie informacji o osobach fizycznych i bezpośrednich potrzebach zdrowotnych  4. Przeprowadzenie wstępnego triażu |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Rejestrowanie osób zgłaszających się samodzielnie  - Zbieranie informacji o bezpośrednich potrzebach zdrowotnych danej osoby |
| Profil B (np. CHW) | - Rejestrowanie osób zgłaszających się samodzielnie  - Współpraca z członkami społeczności w celu zachęcenia ich do rejestracji, w tym wizyty w terenie i śledzenie kontaktów  - Zbieranie informacji o bezpośrednich potrzebach zdrowotnych danej osoby |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Współpraca z członkami społeczności w celu zachęcenia ich do rejestracji, w tym wizyty w terenie i śledzenie partnerów.  - Podejmowanie decyzji dotyczących priorytetów na podstawie obrazu klinicznego |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Koordynowanie procesu przyjmowania, gdy jest on zarządzany przez inne osoby  - Przeprowadzanie oceny triage dla wielu osób  - Podejmowanie decyzji dotyczących priorytetów na podstawie obrazu klinicznego |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Procesy i protokoły dotyczące rejestracji, przyjmowania i kierowania. | V | V | V | V |
| 2. | Rola rejestracji usług zdrowotnych w poprawie jakości opieki, przepływu pacjentów i wykorzystania zasobów | V | V | V | V |
| 3. | Zakres spraw zdrowotnych, które mogą być zarządzane w ramach ciągłości opieki przez różne placówki służby zdrowia i usługi w ramach systemu opieki zdrowotnej. | V | V | V | V |
| 4. | Informacje, które należy udostępnić danej osobie, aby pomóc jej w zarejestrowaniu się w systemie usług zdrowotnych | V | V | V | V |
| 5. | Informacje, które należy zebrać i zarejestrować na temat danej osoby i jej potrzeb zdrowotnych | V | V | V | V |
| 6. | Metody zarządzania sytuacjami, w których informacje o danej osobie są nieznane |  | V | V | V |
| 7. | Bariery dla osób fizycznych w dostępie do usług zdrowotnych, w tym koszty, uwarunkowania zdrowotne, położenie geograficzne i dostęp do płatności lub ubezpieczenia. |  | V | V | V |
| 8. | Kryteria wstępnego triażu |  | V | V | V |
| 9. | Kryteria ustalania priorytetów na podstawie obrazu klinicznego |  | V | V | V |

**Treści programowe A B C D**

Domena III: Zarządzanie i organizacja - czynności praktyczne związane z efektywnym wykorzystaniem zasobów ludzkich, fizycznych i finansowych.

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 61

Domena III: Zarządzanie i organizacja - czynności praktyczne związane z efektywnym wykorzystaniem zasobów ludzkich, fizycznych i finansowych.

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 29

PROWADZENIE DZIAŁAŃ NA RZECZ POPRAWY JAKOŚCI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Gromadzenie i analizowanie danych i informacji zwrotnych  2. Identyfikacja możliwości poprawy  3. Ustalenie celów i powodów zmian  4. Identyfikacja rozwiązań  5. Opracowywanie miar zmian i wpływu  6. Planowanie zmian  7. Współpraca z innymi  8. Komunikowanie zmian  9. Wdrażanie i monitorowanie zmian  10. Ocena wpływu  11. Dzielenie się wiedzą  12. Wspieranie zwiększania skali trwałych ulepszeń |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Wdrażanie działań w zakresie ciągłego doskonalenia jakości  - Proponowanie pomysłów na poprawę własnej praktyki, które mogą dotyczyć też pracy innych.  - Pełnienie funkcji osoby koordynującej kwestie poprawy jakości na poziomie społeczności, w pewnych okolicznościach |
| Profil B (np. CHW) |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Udział w planowaniu, wdrażaniu lub monitorowaniu działań związanych z ciągłym podnoszeniem jakości  - Pełnienie funkcji osoby koordynującej kwestie ciągłego doskonalenia jakości na poziomie placówki lub społeczności, w pewnych okolicznościach |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Udział w planowaniu, wdrażaniu lub monitorowaniu działań związanych z ciągłym podnoszeniem jakości  - Planowanie i kierowanie wdrażaniem działań związanych z ciągłym podnoszeniem jakości  - Pełnienie funkcji osoby koordynującej kwestie ciągłego doskonalenia jakości na poziomie placówki lub okręgu, w pewnych okolicznościach |

**Treści programowe A B C D**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Koncepcje i zasady jakości w opiece zdrowotnej, w tym skuteczność, bezpieczeństwo, koncentracja na ludziach, terminowość, integracja, sprawiedliwość i wydajność | V | V | V | V |
| 2. | Rola poprawy jakości w poprawie zdrowia i wzmacnianiu systemów opieki zdrowotnej | V | V | V | V |
| 3. | Zasady skutecznego zarządzania zmianą, w tym pilotowanie, wdrażanie, zwiększanie skali i utrzymywanie zmiany |  |  | V | V |
| 4. | Podstawa dowodowa oraz struktury organizacyjne, systemy i ścieżki istotne dla obszaru wymagającego poprawy |  |  | V | V |
| 5. | Strategie poprawy jakości |  |  | V | V |
| 6. | Odpowiednie krajowe lub lokalne programy, strategie, polityki i standardy doskonalenia |  |  | V | V |
| 7. | Metody analizy przyczyn źródłowych |  |  |  | V |
| 8. | Świadomość społeczności w odniesieniu do zakresu usług zdrowotnych, języka, kultury, religii, zatrudnienia, warunków mieszkaniowych, żywności, wody, warunków sanitarnych i higieny; rola innych organizacji pozarządowych i grup wsparcia; oraz wzajemne powiązania między systemami, na które może to mieć wpływ |  |  | V | V |
| 9. | Metody gromadzenia i przechowywania danych i informacji | V | V | V | V |
| 10. | Metody analizy i interpretacji danych i informacji |  |  | V | V |
| 11. | Oparte na współpracy i konsultacjach narzędzia i metody generowania, kategoryzowania i priorytetyzowania pomysłów na zmiany |  |  | V | V |
| 12. | Metody identyfikacji, angażowania i wzmacniania pozycji interesariuszy | V | V | V | V |
| 13. | Rola perspektywy interesariuszy, akceptacji i informacji zwrotnych we wdrażaniu zrównoważonych zmian | V | V | V | V |
| 14. | Metodologie zarządzania projektami |  |  | V | V |
| 15. | Metody opracowywania i interpretowania miar i wskaźników na potrzeby monitorowania, oceny i oddziaływania |  |  | V | V |
| 16. | Zasady pracy zespołowej na rzecz ciągłego doskonalenia jakości | V | V | V | V |
| 17. | Zasady przywództwa na rzecz ciągłego doskonalenia jakości |  |  | V | V |

62 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 30

ZAPEWNIENIE NAUKI I NADZORU W MIEJSCU PRACY

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Planowanie działań edukacyjnych w miejscu pracy  2. Zapewnianie formalnych lub nieformalnych możliwości uczenia się, w tym informacji zwrotnych na temat wyników  3. Zapewnienie nadzoru kierowniczego  4. Ocena wykonania i wyników w miejscu pracy (ocena formatywna i sumatywna)  5. Podejmowanie decyzji dotyczących wyników i awansu w miejscu pracy  6. Rejestrowanie i raportowanie wyników  7. Uczestnictwo w szkoleniach dla edukatorów, zapewnianiu jakości i działaniach związanych z wzajemną oceną | | | | |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Zapewnianie głównie nieformalnych możliwości uczenia się, w tym superwizji i informacji zwrotnych  - Zapewnienie wspierającego nadzoru, w tym zarządzanie słabymi wynikami i chwalenie dobrych wyników | | | | |
| Profil B (np. CHW) | - Zapewnienie głównie nieformalnych możliwości uczenia się, w tym wzajemnego wsparcia i informacji zwrotnych  - Zapewnienie wspierającego nadzoru, w tym zarządzanie słabymi wynikami i chwalenie dobrych wyników | | | | |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Zapewnienie działań edukacyjnych w miejscu pracy, w tym prezentacji, monitorowania, nadzoru, dyskusji opartych na przypadkach, moderowanej pracy grupowej i przekazywania informacji zwrotnych.  - Zapewnienie możliwości uczenia się dla współpracowników, w tym superwizji, refleksyjnych dyskusji opartych na przypadkach, wzajemnej oceny i informacji zwrotnych.  - Ocena wyników w miejscu pracy (ocena formatywna i sumatywna)  - Zapewnienie wspierającego nadzoru, w tym zarządzanie słabymi wynikami i chwalenie dobrych wyników | | | | |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Zapewnienie działań edukacyjnych w miejscu pracy, w tym prezentacji, monitorowania, nadzoru, dyskusji opartych na przypadkach, moderowanej pracy grupowej i przekazywania informacji zwrotnych.  - Zapewnienie możliwości uczenia się dla współpracowników, w tym superwizji, refleksyjnych dyskusji opartych na przypadkach, wzajemnej oceny i informacji zwrotnych.  -Ocena wyników w miejscu pracy (ocena formatywna i sumatywna)  -Zapewnienie wspierającego nadzoru, w tym zarządzanie słabymi wynikami chwalenie dobrych wyników | | | | |
| **Treści programowe** | | **A** | | **B** | **C** | **D** |
| 1. | Rola i cele mentoringu, nadzoru i formalnego zarządzania liniowego | | V | V | V | V |
| 2. | Efekty uczenia się i standardy dla obszaru praktyki | | V | V | V | V |
| 3. | Zakres praktyki osoby uczącej się, rola, obowiązki i odpowiedzialność, kompetencje i oczekiwane standardy wydajności | | V | V | V | V |
| 4. | Potrzeby edukacyjne ucznia i wymagania szkoleniowe, jeśli są częścią programu szkoleniowego | | V | V | V | V |
| 5. | Obowiązki trenera lub przełożonego | | V | V | V | V |
| 6. | Różne podejścia do zarządzania wynikami, nadzoru, delegowania i odpowiedzialności oraz podstawy, na których można interweniować w pracę innych (bezpieczeństwo pacjentów, jakość i wytyczne) z pozycji autorytetu | | V | V | V | V |
| 7. | Narzędzia, techniki i metody kształcenia i szkolenia w miejscu pracy, w tym prezentacja, obserwacja, nadzór i informacje zwrotne | |  |  | V | V |
| 8. | Odpowiednie zadania do obserwacji ucznia lub nadzorowanej praktyki | |  |  | V | V |
| 9. | Zasady uczenia się i szkolenia w warunkach klinicznych, w tym obowiązek opieki, prywatność pacjentów, zgoda i zaangażowanie. | |  |  | V | V |
| 10. | Strategie zapewniające jakość i bezpieczeństwo w praktyce klinicznej przy jednoczesnym zapewnieniu możliwości uczenia się | |  |  | V | V |
| 11. | Standardy i metody zapewniania bezpiecznych warunków pracy, w tym zarządzanie molestowaniem seksualnym i informowaniem o nieprawidłowościach | | V | V | V | V |
| 12. | Wpływ szkolenia na zasoby niezbędne do świadczenia opieki, na przykład dłuższy czas lub wymagane zasoby. | |  |  | V | V |
| 13. | Zasady teorii uczenia się dorosłych, kształcenia i szkolenia opartego na kompetencjach oraz biegłości | |  |  | V | V |
| 14. | Wcześniej uzgodnione standardy i procesy oceny formatywnej i sumatywnej oraz konsekwencje decyzji o zaliczeniu lub niezaliczeniu. | |  |  | V | V |
| 15. | Metody dokonywania i rejestrowania osądów dotyczących oceny wyników | |  |  | V | V |
| 16. | Strategie i techniki wsparcia, w tym nadzór, mentoring i coaching | | V | V | V | V |
| 17. | Potencjalne bariery dla postępów w nauce poszczególnych osób oraz metody dostosowania szkoleń w celu ich przezwyciężenia | | V | V | V | V |

Domena III: Zarządzanie i organizacja - czynności praktyczne związane z efektywnym wykorzystaniem zasobów ludzkich, fizycznych i finansowych.

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 63

Domena III: Zarządzanie i organizacja - czynności praktyczne związane z efektywnym wykorzystaniem zasobów ludzkich, fizycznych i finansowych.

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 31

ZARZĄDZANIE ZASOBAMI LUDZKIMI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zadania | | | 1. Identyfikacja kwestii wpływających na wyniki i wydajność pracowników służby zdrowia  2. Zarządzanie wynikami i wydajnością pracowników służby zdrowia  3. Planowanie szkoleń w czasie pracy i rozwoju kariery zawodowej  4. Koordynowanie pracy innych osób, na przykład poprzez tworzenie harmonogramów  5. Szacowanie zapotrzebowania na pracowników  6. Podejmowanie działań w celu zapewnienia bezpieczeństwa i dobrego samopoczucia w miejscu pracy dla siebie i innych  7. Egzekwowanie przestrzegania przepisów prawnych i protokołów |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | | - Monitorowanie bezpieczeństwa w miejscu pracy, identyfikacja i zgłaszanie zagrożeń |
| Profil B (np. CHW) | | - Monitorowanie bezpieczeństwa w miejscu pracy, identyfikacja i zgłaszanie zagrożeń |
| Profil C (np. pielęgniarka) | | - Koordynowanie pracy innych pracowników służby zdrowia  - Wspieranie innych w określaniu ich potrzeb edukacyjnych  - Kierowanie zespołami zmianowymi lub zespołami opartymi na jednostkach  - Zarządzanie harmonogramami lub terminarzami |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | | - Koordynowanie pracy pracowników służby zdrowia w zespołach multidyscyplinarnych lub międzysektorowych  - Zapewnianie wspierającego nadzoru, w tym zarządzanie słabymi wynikami i chwalenie dobrych wyników  - Wyznaczanie celów w zakresie wyników i wydajności pracy  - Prowadzenie formalnych sesji informacji zwrotnych  - Utrzymywanie nadzoru nad przestrzeganiem przepisów, bezpieczeństwa i protokołów przez personel |
| **Treści programowe** | | | **A B C D** | |

| 1. | Role i cele zespołu | V | V | V | V |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. | Rola i cele mentoringu, superwizji, nadzoru i formalnego zarządzania liniowego |  |  | V | V |
| 3. | Zakresy praktyki, obowiązki i standardy wykonania pracowników służby zdrowia w ramach odpowiedzialności | V | V | V | V |
| 4. | Różne podejścia do zarządzania wykonaniem i wynikami, nadzoru, delegowania zadań, odpowiedzialności i podstaw do ingerowania w pracę innych (bezpieczeństwo pacjentów, jakość i wytyczne) |  |  | V | V |
| 5. | Strategie wzmacniania i wspierania innych w wykonywaniu ich pracy |  |  | V | V |
| 6. | Czynniki leżące u podstaw skutecznej pracy indywidualnej i zespołowej, w tym wyjaśnienie roli, nadzór, kompetencje, mocne strony i motywacje poszczególnych osób, dostęp do zasobów, bezpieczne środowisko pracy, informacje zwrotne, świętowanie sukcesów, docenianie wkładu i wspieranie innych w trudnych chwilach. | V | V | V | V |
| 7. | Narzędzia do szacowania zasobów pracowników, na przykład wskaźniki obciążenia pracą dla potrzeb kadrowych |  |  | V | V |
| 8. | Zasady dynamiki zespołu i efektywnego funkcjonowania zespołu | V | V | V | V |
| 9. | Zasady różnych stylów zarządzania i przywództwa |  |  | V | V |
| 10. | Strategie motywowania, angażowania, naprawiania słabych wyników i uznawania dobrych wyników |  |  | V | V |
| 11. | Standardy i metody zapewniania bezpiecznych warunków pracy, w tym zarządzanie molestowaniem seksualnym i informowaniem o nieprawidłowościach. | V | V | V | V |
| 12. | Dostępność szkoleń i możliwości rozwoju | V | V | V | V |
| 13. | Metody ostrzegania i zarządzania kwestiami bezpieczeństwa w miejscu pracy |  |  | V | V |
| 14. | Podejście do planowania i koordynowania ograniczonych zasobów | V | V | V | V |

64 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 32

ZARZĄDZANIE ZASOBAMI FINANSOWYMI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Zarządzanie przydzielonym budżetem  2. Prowadzenie dokumentacji finansowej  3. Kodowanie i rozliczanie świadczonych usług zdrowotnych  4. Przetwarzanie płatności  5. Dostęp do zasobów finansowych w wyjątkowych okolicznościach |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Rejestrowanie i kodowanie usług zdrowotnych do celów rozliczeniowych  - Prowadzenie podstawowej dokumentacji finansowej |
| Profil B (np. CHW) |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Zarządzanie budżetem programu  - Prowadzenie dokumentacji finansowej |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Wystawianie faktur za usługi zdrowotne  - Opłacanie faktur za towary i usługi  - Zarządzanie niewielką gotówką na określone niksokosztowe zakupy lub opłaty  - Dokonywanie płatności kosztów operacyjnych, w tym wynagrodzeń i czynszu  - Zarządzanie budżetem obiektu  - Przygotowywanie dokumentacji finansowej do celów księgowych lub audytowych  - Podejmowanie decyzji dotyczących racjonalizacji zasobów |
| **Treści programówe A B C D** | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Obsługa pieniędzy | V | V | V | V |
| 2. | Mechanizmy płatności i zwrotu kosztów usług zdrowotnych |  |  |  | V |
| 3. | Narzędzia i metody kodowania, fakturowania, przeglądu wykresów i dokumentacji planu |  |  | V | V |
| 4. | Wykorzystanie danych kodowania usług zdrowotnych do rozliczeń i finansowania oraz do innych celów planowania i modelowania zasobów, w tym zarządzania jakością. |  |  | V | V |
| 5. | Metody zapewniające dokładność kodowania usług zdrowotnych |  |  | V | V |
| 6. | Znaczenie prowadzenia dokładnej dokumentacji finansowej | V | V | V | V |
| 7. | Rodzaje nieuczciwych działań | V | V | V | V |
| 8. | Metody identyfikacji, badania i przeciwdziałania nieuczciwym działaniom |  |  | V | V |
| 9. | Narzędzia i metody przetwarzania płatności |  |  |  | V |
| 10. | Zasady zarządzania budżetem |  |  | V | V |
| 11. | Zasady zarządzania gotówką | V | V | V | V |
| 12. | Dostęp do środków finansowych w wyjątkowych okolicznościach (finansowanie awaryjne) |  |  |  | V |

Domena III: Zarządzanie i organizacja - czynności praktyczne związane z efektywnym wykorzystaniem zasobów ludzkich, fizycznych i finansowych.

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 65

Domena III: Zarządzanie i organizacja - czynności praktyczne związane z efektywnym wykorzystaniem zasobów ludzkich, fizycznych i finansowych.

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 33

ZARZĄDZANIE ZASOBAMI FIZYCZNYMI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Używanie i przechowywanie sprzętu, urządzeń, leków i materiałów eksploatacyjnych  2. Rozliczanie sprzętu i materiałów eksploatacyjnych po użyciu  3. Czyszczenie i konserwacja sprzętu i urządzeń  4. Sprawdzanie, czy sprzęt i urządzenia są w bezpiecznym stanie, w tym kalibracja sprzętu i wycofywanie przeterminowanych leków  5. Zarządzanie zawieszeniem, naprawą lub wymianą wadliwego sprzętu  6. Kontrola zapasów i zamawianie leków, artykułów medycznych, sprzętu medycznego i niemedycznego  7. Racjonalizacja wykorzystania zasobów |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Sprawdzanie i kalibracja sprzętu  - Zwrócenie sprzętu do magazynu w prawidłowym stanie lub podjęcie działań w celu zapewnienia, że sprzęt jest sprawdzany i czyszczony przed przechowywaniem.  - Identyfikowanie i zgłaszanie nieprawidłowo działającego sprzętu lub przeterminowanych materiałów eksploatacyjnych  - Przeprowadzanie audytów wykorzystania zasobów  - Prowadzenie inwentaryzacji sprzętu  - Przeprowadzanie okresowych kontroli bezpieczeństwa oraz wydawanie etykiet i instrukcji obsługi  - Czyszczenie i sterylizacja sprzętu |
| Profil B (np. CHW) |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Przygotowywanie sprzętu do użytku przez inne osoby  - Podejmowanie decyzji planistycznych dotyczących wykorzystania zasobów fizycznych i tworzenie harmonogramów  - Zlecanie napraw nieprawidłowo działającego sprzętu medycznego i niemedycznego  - Kontrola stanów magazynowych i (ponowne) zamawianie leków, artykułów medycznych, sprzętu medycznego i sprzętu niemedycznego. |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - - Podejmowanie decyzji planistycznych dotyczących wykorzystania zasobów fizycznych i tworzenia harmonogramów, w tym racjonalizacja zasobów  - - Zlecanie napraw nieprawidłowo działającego sprzętu medycznego i niemedycznego  - Kontrola stanów magazynowych i (ponowne) zamawianie leków, artykułów medycznych oraz sprzętu medycznego i niemedycznego  - - Prognozowanie zapotrzebowania na leki, artykuły medyczne oraz sprzęt medyczny i niemedyczny |

**Treści programowe A B C D**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Wykorzystanie sprzętu, urządzeń, akcesoriów i materiałów eksploatacyjnych, w tym prawidłowe i nieprawidłowe metody użycia, do interwencji objętych zakresem obowiązków | V | V | V | V |
| 2. | Metody rejestrowania wykorzystania sprzętu, urządzeń i materiałów (np. wnioski o rezerwację, rejestrowanie wykorzystania) | V | V | V | V |
| 3. | Częstotliwość i wykorzystanie sprzętu, urządzeń i materiałów przez zespół lub inny personel medyczny oraz inne informacje, które należy uwzględnić podczas prognozowania |  |  | V | V |
| 4. | Informacje, które powinni znać użytkownicy sprzętu i urządzeń, w tym środki bezpieczeństwa i prawidłowe metody użytkowania | V | V | V | V |
| 5. | Metody kontroli stanów magazynowych i zamawiania leków, artykułów medycznych oraz sprzętu medycznego i niemedycznego w ramach zakresu obowiązków | V | V | V | V |
| 6. | Wymagania dotyczące bezpiecznego przechowywania, w tym temperatura i data | V | V | V | V |
| 7. | Metody i zasoby służące do czyszczenia i sterylizacji sprzętu i urządzeń między ich użyciamii | V | V | V | V |
| 8. | Metody i standardy przygotowania i sprawdzenia sprzętu lub urządzeń do użytku | V | V | V | V |
| 9. | Mechanizmy i protokoły zgłaszania wadliwego, przeterminowanego lub uszkodzonego sprzętu lub materiałów eksploatacyjnych | V | V | V | V |
| 10. | Metody i protokoły zarządzania naprawami, utylizacją lub wymianami |  |  | V | V |
| 11. | Zasady dotyczące wody, warunków sanitarnych i higieny (w tym higieny rąk), gospodarowania odpadami i sprzątania środowiska | V | V | V | V |
| 12. | Zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa związane z niewystarczającym odkażaniem, czyszczeniem i konserwacją | V | V | V | V |

66 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 34

UDZIAŁ W EWALUACJI I BADANIACH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Dzielenie się informacjami na temat badań, ewaluacji lub monitorowania wykonania i wyników z osobami i społecznościami  2. Gromadzenie, synteza i interpretacja danych  3. Planowanie, wdrażanie i ewaluacja działań lokalnych w ramach szerszych badań naukowych  4. Wspieranie przekazywania wyników badań społecznościom  5. Podejmowanie decyzji w oparciu o dane i ewaluację wyników badań |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Zbieranie i rejestrowanie nieklinicznych, niespersonalizowanych danych, na przykład dotyczących częstotliwości wizyt lub zasobów społeczności, przy użyciu szablonów. |
| Profil B (np. CHW) | - Gromadzenie informacji ilościowych i jakościowych, na przykład poprzez badania gospodarstw domowych lub grupy fokusowe.  - Przygotowywanie, prowadzenie i bezpieczne przechowywanie dokumentacji w ramach badań |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Omówienie zaangażowania danej osoby w działalność badawczą  - Korzystanie z szeregu metod badawczych w celu gromadzenia ilościowych i jakościowych informacji o osobach lub wynikach badań klinicznych  - Przygotowanie materiałów badawczych |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Koordynowanie lokalnych operacji badawczych w ramach nadrzędnych ram  - Interpretacja lokalnie zebranych informacji w celu ich prezentacji w raportach podsumowujących |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Rola badań w poprawie zdrowia i pomiarze wydajności systemu opieki zdrowotnej | V | V | V | V |
| 2. | Cele określonej działalności badawczej | V | V | V | V |
| 3. | Podstawa dowodowa dla danego obszaru |  |  | V | V |
| 4. | Role poszczególnych członków zespołu w ramach badania | V | V | V | V |
| 5. | Zasady badań naukowych, w tym formułowanie pytań badawczych, projektowanie badań naukowych, kwestie etyczne, zgoda, zapewnienie jakości, metody gromadzenia i analizy danych, audyt kliniczny, biostatystyka, epidemiologia i ogólne zdrowie publiczne. |  |  | V | V |
| 6. | Protokoły badawcze oraz koncepcje rzetelności, wiarygodności i rygoru w odniesieniu do metod stosowanych do gromadzenia, rejestrowania i zarządzania danymi i informacjami. |  |  | V | V |
| 7. | Wymogi prawne i etyczne, na przykład dotyczące ochrony danych | V | V | V | V |

**Treści programowe A B C D**

Domena III: Zarządzanie i organizacja - czynności praktyczne związane z efektywnym wykorzystaniem zasobów ludzkich, fizycznych i finansowych.3. DZIAŁANIA PRAKTYCZNE

3. CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE 67

Domena III: Zarządzanie i organizacja - czynności praktyczne związane z efektywnym wykorzystaniem zasobów ludzkich, fizycznych i finansowych.

CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA NR 35

OPRACOWYWANIE, EWALUACJA I WDRAŻANIE LOKALNYCH POLITYK, PROCEDUR I WYTYCZNYCH

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zadania | | 1. Utworzenie zespołu ds. opracowania lub przeglądu polityki, procedury lub wytycznych  2. Przeprowadzenie oceny sytuacji wyjściowej  3. Przeprowadzenie analizy interesariuszy  4. Podejmowanie działań w celu budowania świadomości i zaangażowania  5. Zbieranie informacji  6. Ocena informacji i kontekstu  7. Opracowanie polityki, procedury lub wytycznych  8. Testowanie (pilotowanie lub konsultowanie) polityki, procedury lub wytycznych  9. Wdrożenie polityki, procedury lub wytycznych  10. Monitorowanie wdrażania polityki, procedury lub wytycznych |
| Przykładowe role zawodowe | Profil A (np. młodszy specjalista pielęgniarstwa) | - Zbieranie lub udostępnianie informacji zgodnie z ogólnym planem  - Dostosowanie własnej pracy do polityki, procedury lub wytycznych |
| Profil B (np. CHW) | - Zbieranie lub udostępnianie informacji zgodnie z ogólnym planem  - Dostosowanie własnej pracy do polityki, procedury lub wytycznych  - Reprezentowanie określonej perspektywy w grupie sterującej lub grupie przeglądowej |
| Profil C (np. pielęgniarka) | - Kierowanie określonymi aspektami procesu opracowywania polityki, na przykład zbieraniem informacji, mapowaniem interesariuszy i konsultacjami z nimi lub oceną wkładu różnych podmiotów  - Podejmowanie działań w celu zapewnienia dostosowania zmiany polityki, procedury lub wytycznych w różnych obszarach praktyki do pracy własnej i innych osób. |
| Profil D (np. ratownik medyczny) | - Kierowanie planowaniem i koordynacją procesu opracowywania polityki w pewnych okolicznościach  - Podejmowanie działań w celu zapewnienia dostosowania zmiany polityki, procedury lub wytycznych w różnych obszarach praktyki do pracy własnej i innych osób. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Rola polityk, procedur i wytycznych w zapewnianiu jakości opieki i efektywnego wykorzystania zasobów | V | V | V | V |
| 2. | Cel opracowania i ewaluacji polityki, procedury lub wytycznych (zmiana dowodów lub standardów krajowych lub poprawa jakości usług) | V | V | V | V |
| 3. | Zakres treści polityki, procedury lub wytycznych | V | V | V | V |
| 4. | Ramy opracowywania i ewaluacji polityk, procedur i wytycznych |  |  | V | V |
| 5. | Metody identyfikacji wpływu proponowanych polityk, procedur i wytycznych na różne grupy ludności, w tym konkretne populacje o zwiększonej podatności na zagrożenia (na przykład poziom dochodów i ubóstwo, płeć, wiek, osoby niepełnosprawne, osoby z chorobami podstawowymi, migranci, osoby przesiedlone). |  |  | V | V |
| 6. | Metody opracowywania i ewaluacji polityk, procedur i wytycznych, ich wpływ na zasoby oraz kroki mające na celu określenie najbardziej odpowiednich metod dla danego kontekstu. |  |  | V | V |
| 7. | Narzędzia do mobilizacji zasobów i zasoby dostępne dla tego procesu |  |  | V | V |
| 8. | Zasady zarządzania projektami, w tym ustalanie celów, harmonogramów, planowanie zasobów, przydzielanie zadań w zespołach i zarządzanie związane z podejmowaniem decyzji. |  |  | V | V |
| 9. | Metody analizy interesariuszy |  |  | V | V |
| 10. | Format i projektowanie podejść partycypacyjnych oraz zasady wyboru i reprezentowania wkładu interesariuszy. |  | V | V | V |
| 11. | Odpowiednie krajowe polityki, procedury lub wytyczne | V | V | V | V |
| 12. | Odpowiednia baza dowodowa |  |  | V | V |
| 13. | Źródła istniejących danych, ewaluacja i wyniki badań | V | V | V | V |
| 14. | Metody gromadzenia nowych danych (na przykład informacji zwrotnych od interesariuszy) oraz ich zastosowania, użyteczność i znaczenie dla kontekstu. | V | V | V | V |
| 15. | Kontekst, w którym polityka, procedura lub wytyczne będą stosowane | V | V | V | V |

**Treści programowe A B C D**

68 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

4. Kontekstualizacja Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC dla edukacji opartej na kompetencjach

Gdy czynności praktyczne wykorzystywane jako ramy organizacyjne dla programów nauczania są dostosowane do potrzeb zdrowotnych populacji, gdy standardy wydajności integrują zachowania i gdy postęp jest definiowany przez ocenę kompetencji, można zapewnić jakość i przydatność nowych absolwentów. Niniejszy rozdział oferuje ogólny przegląd stopniowego podejścia do korzystania z Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC w celu zdefiniowania wyników (jako standardów lub ram) dla określonego kontekstu, a następnie opracowania programu nauczania opartego na kompetencjach, aby spełnić te wyniki (tylko standardy).

4.1 Kontekstualizacja Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC dla określonego kontekstu, zestawu usług lub grupy zawodowej

**| Przegląd**

Istnieją dwa zastosowania adaptacji Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC. Oba mogą być kontekstualizowane za pomocą tego samego procesu, ale z innym poziomem szczegółowości:

* jako ramy dla dalszej specyfikacji lub szerszego zastosowania, na przykład dla określonych zawodów lub obszaru usług, lub w celu pokazania progresywnych poziomów wykonania;
* aby określić standardy dla określonego zestawu czynności praktycznych, integrując zachowania jako mierniki wykonania.

Wyniki programowe są standardami i umożliwiają ocenę wykonania i wyników danej osoby w zakresie spełniania tych standardów.

Rozróżnienie między ramami a standardami odzwierciedla to, czy specyfikacja wyników jest autorytatywnym oświadczeniem, czy też jest przeznaczona do przyjęcia i adaptacji.

Początkowym celem kontekstualizacji jest wybór i określenie odpowiednich czynności praktycznych. Odpowiednie kompetencje i zachowania oraz standardy oparte na kompetencjach można następnie określić w odniesieniu do czynności praktycznych wybranych dla określonego kontekstu.

Proces ten powinien być iteracyjny i konsultacyjny, jak przedstawiono na rysunku 4.1. Chociaż Globalne Ramy Kompetencji i Wyników na rzecz UHC identyfikują kompetencje i czynności praktyczne dla grupy pracowników służby zdrowia ze ścieżką kształcenia wstępnego przed rozpoczęciem pracy przez 12-48 miesięcy, stanowią one użyteczne

odniesienie i strukturę, którą można potencjalnie wykorzystać do określenia wyników programu dla pracowników służby zdrowia ze ścieżkami szkolenia przed rozpoczęciem pracy o dowolnym czasie trwania.

69

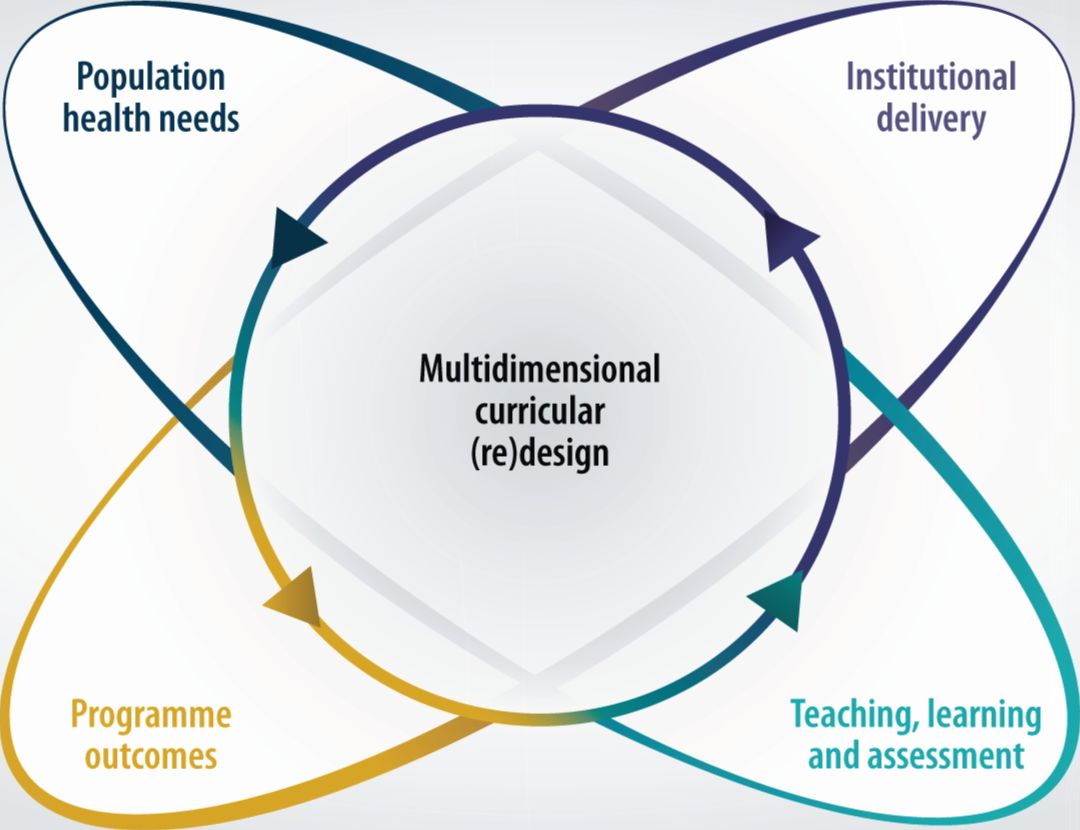
Rys. 4.1 Pięcioetapowy proces kontekstualizacji Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC dla określonego środowiska, usługi służby zdrowia lub grupy zawodowej

Planowanie  Zbieranie informacji Tworzenie wstępnej wersji treści Konsultacje, walidacja i finalizacja Rozpowszechnianie

> Etap 1: planowanie

Definiując wyniki oparte na kompetencjach, należy pamiętać o tym, w jaki sposób zostaną one wdrożone: są one tylko częścią ogólnego podejścia do wdrażania zmian. Przed rozpoczęciem procesu kontekstualizacji ram, ważne jest, aby zastanowić się nad rolą tych ram w programie nauczania. Potencjalne korzyści płynące z programu nauczania opartego na kompetencjach można zrealizować tylko wtedy, gdy są one częścią większego środowiska priorytetyzującego kompetencje, w którym wyniki programów edukacyjnych są dostosowane do oczekiwań praktyki i regulacji, ryzyka wewnętrznego i zewnętrznego (w tym z powodu sytuacji kryzysowych), dostępności wsparcia, nadzoru i szkoleń oraz dostępu do leków, urządzeń, technologii, systemów informatycznych i finansowania.

Wdrożenie programu nauczania wymaga odpowiedniego potencjału instytucjonalnego, w tym przeszkolonych wykładowców, zasobów i środowisk edukacyjnych, a także wsparcia finansowego, politycznego i regulacyjnego. Rysunek 4.2 przedstawia cztery wymiary (prze)formułowania programu nauczania, obejmujące potrzeby zdrowotne populacji, wyniki programu, podejścia edukacyjne i realizację instytucjonalną.



Rys. 4.2 Czterowymiarowe ramy opracowywania programów nauczania opartych na kompetencjach

WYMIAR 1

Wymiar ten ma na celu dostosowanie wyników programu i jego realizacji do potrzeb zdrowotnych populacji

WYMIAR 3

Rozwój działań edukacyjnych i doświadczeń w celu opracowania i oceny wyników programu w oparciu o potrzeby zdrowotne populacji.

*Źródło:* Dostosowane na podstawie Lee et al. *(72).*

Realizacja przez instytucje

Nauczanie, uczenie się i ocena

Wyniki programu

Potrzeby zdrowotne populacji

Wielowymiarowe (prze)formułowanie programu kształcenia

WYMIAR 4

Struktura instytucjonalna i programowa oraz kultura w zakresie projektowania i realizacji programów nauczania, jak rozkład zajęć, rozwój kadry, wymagania wstępne wobec kandydatów do kształcenia, narzędzia i zasoby oraz lokalny system opieki zdrowotnej.

WYMIAR 2

Zdefiniowanie wyników programu (czynności praktycznych i ich standardów opartych na kompetencjach) w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych populacji.

70 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJNa początku każdej pracy mającej na celu zdefiniowanie wyników, ważne jest określenie celów tej pracy, jej zakresu i kontekstu. Ogólnie rzecz biorąc, istnieją trzy podejścia do ram kompetencji *(73):* analityczne (kompetencje rozłożone na poszczególne elementy, które są oceniane osobno); syntetyczne (kompetencje postrzegane holistycznie); lub rozwojowe (skoncentrowane na etapach lub kamieniach milowych rozwoju w kierunku uzyskania kompetencji). Globalne Ramy Kompetencji i Wyników dla UHC są hybrydą podejścia syntetycznego (definiuje jednostki kompetencji holistycznie) i analitycznego (identyfikuje elementy treści programowych). Poziom szczegółowości ram zostanie określony w odniesieniu do tego, w jaki sposób mają być one wykorzystywane.

Trzeba jeszcze dodać, że ważne jest, aby na etapie planowania wziąć pod uwagę problem, który próbuje się rozwiązać, oraz to, czy problem leży w treści programu kształcenia, placówkach szkoleniowych czy szerszych czynnikach systemu opieki zdrowotnej. Przykładowo, programy mające na celu przygotowanie pracowników służby zdrowia do wykonywania zawodu na obszarach wiejskich lub oddalonych mogą uwzględniać podejście obejmujące ukierunkowaną politykę rekrutacyjną; lokalizację placówek edukacji zdrowotnej bliżej obszarów wiejskich; ekspozycję studentów na społeczności wiejskie i oddalone oraz praktyki kliniczne; a także włączenie tematów związanych ze zdrowiem na obszarach wiejskich. Podobnie, wysiłki takie mogą wymagać połączenia z praktykami polityki zatrudnienia w celu wsparcia zatrzymania wykładowców na obszarach wiejskich *(74).* Gromadzenie i weryfikacja informacji jest kluczem do zrozumienia kontekstu i problemów, które praca próbuje rozwiązać, identyfikacji realistycznych opcji zmian i zapewnienia wystarczających zasobów i czasu na opracowanie i wdrożenie zmian.

Istnieje sześć dobrych praktyk w zakresie (re)projektowania edukacji, które Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Oświaty, Nauki i Kultury (UNESCO) proponuje przyjąć w całym tym procesie, jak przedstawiono w tabeli 4.1 *(75).*

Analiza interesariuszy

Analiza interesariuszy to proces systematycznego gromadzenia i analizowania informacji jakościowych w celu określenia, czyje interesy należy wziąć pod uwagę przy opracowywaniu lub wdrażaniu polityki lub programu. Analiza interesariuszy jest ważną częścią planowania procesu rozwoju ram kompetencji. WHO opublikowała przewodniki dotyczące analizy interesariuszy w zakresie zdrowia (*76)* i kształtowania polityki zdrowotnej *(77).*

Kluczowymi interesariuszami w opracowywaniu ram kompetencji są pedagodzy i wykładowcy; instytucje szkoleniowe dla pracowników służby zdrowia i dostawcy staży klinicznych; osoby uczące się lub potencjalnie uczące się; pracodawcy (sektor publiczny i prywatny); stowarzyszenia zawodowe; organy regulacyjne; grupy użytkowników, takie jak grupy pacjentów, grupy społeczne i społeczności; grupy mniejszościowe lub populacje marginalizowane, w tym przedstawiciele rdzennej ludności; twórcy usług i menedżerowie; oraz eksperci merytoryczni.

Wdrażanie działań w zakresie (prze)projektowania działań edukacyjnych w celu zaspokojenia indywidualnych i populacyjnych potrzeb zdrowotnych powinno zapewnić, że w całej pracy stosowana jest soczewka odpowiedzialności społecznej, tak aby pracownicy służby zdrowia byli wspierani w zdobywaniu i utrzymywaniu - poprzez praktykę i uczenie się przez całe życie - wiedzy, umiejętności i postaw, aby sprostać zmieniającym się potrzebom zdrowotnym i oczekiwaniom populacji *(29).* Zaleca się podejście partycypacyjne z aktywnym zaangażowaniem społeczności, aby zapewnić, że kontekstualizacja i wdrażanie ram odpowiadają na priorytetowe potrzeby zdrowotne społeczności.

Zarządzanie i obowiązki

Przydatne może być przypisanie ról i obowiązków różnym interesariuszom i kluczowym podmiotom w procesie rozwoju. Obejmuje to przypisanie, kto będzie odpowiedzialny za koordynację prac; kto będzie pełnił rolę decyzyjną lub konsultacyjną; kto będzie sprawował nadzór; i kto musi podpisać lub zatwierdzić ramy. Przydatne jest ustalenie zakresu uprawnień dla różnych ról.

4. KONTEKSTUALIZACJA RAM 71

**Tabela 4.1 Podejścia do (prze)projektowania edukacji uwzględniające sześć zasad dobrych praktyk UNESCO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Podejście** | **Charakterystyka dobrych praktyk** | **Narzędzia i rozważania** |
| Zaplanowane i systematyczne | -Wdraża sekwencyjne działania w realistycznych ramach czasowych. | -Jaka jest oś czasu?  -Jaki jest plan pracy?  -Jakie są koszty finansowe związane z procesem oraz rozpowszechnianiem i absorpcją?  -Jakie są dostępne zasoby (ludzkie, infrastrukturalne, technologiczne i materialne) dla procesu (prze)projektowania? Do wdrożenia i wykorzystania?  -Jakie są narzędzia do przechwytywania i rejestrowania danych? Jakie są mechanizmy podejmowania decyzji? |
| Włączające | -Uwzględnia wiedzę specjalistyczną i perspektywy różnych interesariuszy  -Przydziela role przywódcze i koordynacyjne  -Przyjmuje partycypacyjne podejście do zarządzania i podejmowania decyzji | -Analiza interesariuszy: Kto jest docelowym odbiorcą? Na kogo wpłynie zmiana?  -Jaka jest odpowiedzialność polityczna, prawna lub finansowa?  -W jaki sposób interesariusze będą zaangażowani w gromadzenie informacji, zarządzanie, podejmowanie decyzji i wdrażanie?  -Jaki jest język i terminologia? |
| Poinformowany | -Wykorzystuje dowody i informacje, w tym porady, dotyczące reformy edukacyjnej i jej kontekstu | -Czy ramy odzwierciedlają obecną praktykę, czy też mają charakter aspiracyjny (przyszłościowy)? Czy powinny pokazywać progresję pomiędzy różnymi obowiązkami?  -Dla kogo przeznaczone są ramy? Jakie grupy zawodowe są nimi objęte?  -Jakie są problemy i mocne strony obecnych podejść edukacyjnych?  -Dlaczego i po co teraz wdrażać (re)projektowanie?  -Jakie są dowody na to, co działa?  -Jakie są rozważania dotyczące wdrażania różnych opcji politycznych w tym kontekście? |
| Kompleksowe | -Uwzględnia zarówno opracowanie wyników, jak i wdrażanie reform (cztery wymiary na rysunku 4.2)  -Identyfikuje i zarządza mocnymi i słabymi stronami poprzez projektowanie  -Rutynowe monitorowanie i ocena wpływu wbudowane w program | -Jaki jest kontekst? Jakie usługi zdrowotne mają być świadczone na poziomie indywidualnym i populacyjnym?  -Na jakie zagrożenia narażona jest populacja i pracownicy służby zdrowia?  -W jaki sposób program nauczania zostanie wdrożony, aby zapewnić uczniom osiągnięcie zamierzonych efektów uczenia się?  -Jaki poziom szczegółowości jest wymagany do operacjonalizacji ram lub programu nauczania? |
| Ukierunkowane | - Realistycznie podchodzi do rozwiązań, jakie może przynieść zmiana, wykorzystując jasno sformułowane cele. | -Jaki jest zakres (re)projektu edukacyjnego, na przykład tylko ramy lub ramy i program nauczania oraz wdrożenie?  -Jaki jest poziom szczegółowości wymagany dla użyteczności? Istnieje kompromis między dużą ilością szczegółów, która wymaga częstszych aktualizacji, a szczegółowością niewystarczającą, aby była użyteczna. |
| Szeroko wspierany | -Zapewnia, że zainteresowane strony są świadome, zaangażowane i mogą zaplanować zmianę.  -Uzyskuje akceptacę w całym systemie od osób, których dotyczy | -Jaki poziom aprobaty jest wymagany i od kogo lub jakich organizacji?  -W jaki sposób produkt końcowy zostanie udostępniony lub wykorzystany?  -Jaka jest instytucjonalna gotowość interesariuszy do wprowadzenia zmian? |

Zasoby

Po potwierdzeniu planu pracy należy zidentyfikować i uruchomić zasoby ludzkie i finansowe na wyznaczonych etapach planu pracy. Koszty finansowe mogą być ponoszone poprzez opłaty za personel, spotkania robocze oraz produkcję i rozpowszechnianie ukończonych ram - a także zasoby do ich wdrożenia, na przykład przeszkolony wydział i ośrodki szkolenia klinicznego.

72 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

| Etap 2: zbieranie informacji

Ważne jest, aby informacje były gromadzone nie tylko w celu informowania o etapie planowania (budżet, zasoby ludzkie, czas, interesariusze), ale także w celu informowania o treści i użyteczności ram. Poprzez proces gromadzenia informacji i triangulacji, celem jest zidentyfikowanie i weryfikacja szerokich funkcji zakresu ram; zadań i podzadań w ramach tych funkcji; oraz zakresu sytuacji, w których dana osoba może potrzebować wykonać te zadania. Pytania przewodnie dotyczące gromadzenia informacji zostały wyróżnione w ramce 4.1.

Ramka 4.1 Pytania przewodnie podczas zbierania informacji w celu opracowania ram kompetencji

-Jakie zadania są wykonywane?

-Co jest prawnie wymagane?

-Co należy zrobić dodatkowo lub inaczej w przyszłości?

-Jakie są interakcje z innymi ludźmi? Jakie role pełnią inne osoby w odniesieniu do tego zadania?

-Czy zadanie jest częścią pracy zespołowej, czy można je wykonać samodzielnie?

-Jakie są zadania administracyjne?

-Jak wygląda dobra praktyka?

-Jak wygląda efektywne lub nieefektywne wykonanie?

-Czy efektywne działanie wygląda inaczej w różnych kontekstach, sytuacjach lub z różnymi grupami ludzi?

-Czy istnieją potencjalne zdarzenia „nigdy”?

-Jakie dylematy etyczne mogą się pojawić?

-W jakich sytuacjach można napotkać te dylematy?

-Jakie są typowe sytuacje lub konteksty, w których wykonywane są te zadania?

-Jaki jest wynik zadań?

-W jaki sposób zadania te przyczyniają się do realizacji ogólnej (organizacyjnej) misji?

-Jakie jest źródło informacji? Czy jest ono aktualne, czy nadal ma zastosowanie? Jakie jest postrzeganie lub użyteczność tego źródła? Czy jest to opinia, fakt czy wymóg prawny?

Podejście do gromadzenia informacji opiera się zarówno na analizie pracy, jak i metodach analizy zadań *(78).* Zazwyczaj ramy kompetencji koncentrują się na zadaniach, a nie na pracy lub osobie pełniącej daną rolę. Istnieje szereg metodologii, które można wykorzystać do zbierania informacji, w tym warsztaty, ankiety, studia przypadków, przeglądy dokumentacji, wywiady oparte na scenariuszach, bezpośrednia obserwacja lub pobieranie próbek pracy, a także metody walidacji i osiągania konsensusu. Metody gromadzenia informacji będą dostosowane do zakresu, ilości potrzebnych nowych informacji, harmonogramu i zasobów dostępnych do opracowania ram. Ocena będzie również musiała uwzględniać to, czy zebrane informacje są wymagane i niezmienne, czy też są kontekstowe i oparte na opiniach.

Edukacja oparta na kompetencjach (CBE) ma potencjał poprawy zdrowia społeczności tylko w takim zakresie, w jakim wykorzystuje kontekstowe kwestie zdrowotne do określenia pożądanych wyników *(10).* Ponadto ważne jest, aby ramy kontekstowe były zakorzenione w dokładnych informacjach na temat oczekiwań pracowników służby zdrowia w praktyce. Źródła informacji, a także obszary gromadzenia informacji, zostały zasugerowane w tabeli 4.2.

4. KONTEKSTUALIZACJA RAM 73

|  |  |
| --- | --- |
| Podstawowy pakiet usług zdrowotnych | Ministerstwa zdrowia i finansów  Organizacje regulacyjne  Istniejące ramy i standardy kompetencji  Wybiegające w przyszłość dokumenty strategiczne  Wytyczne, standardy lub protokoły dotyczące realizacji  WHO lub inne organizacje globalne  Stowarzyszenia zawodowe  Wymagania jakościowe dla poszczególnych uczniów (przepisy lub standardy licencjonowania)  Wymagania jakościowe dla instytucji edukacyjnej (akredytacja)  Istniejące programy nauczania, ramy kompetencji lub wyniki  Istniejące opisy stanowisk  Dane dotyczące obciążenia chorobami i częstości występowania schorzeń; jakość opieki  Globalne ramy kompetencji i wyników dla czynności praktycznych w zakresie UHC (Rozdział 3) |
| Odpowiednie przepisy, polityki, regulacje i wytyczne |
| Rola zawodowa i zakres praktyki |
| Lokalna epidemiologia, śmiertelność i zachorowalność, oceny ryzyka w nagłych wypadkach |
| Lokalna kultura i kontekst, na przykład warunki ekonomiczne, klimat, język, dostęp do płatności za usługi, szczególne populacje podatne na zagrożenia, wyzwania w praktyce i edukacji. | Eksperci merytoryczni (osoby, które wykonują pracę; osoby, które zarządzają, współpracują lub są mentorami osób, które wykonują pracę; osoby, które są odbiorcami opieki)  Oceny ryzyka wszystkich zagrożeń (profile ryzyka)  Interwencje edukacyjne transformujące kwestie związane z płcią (27) |
| Miejsca realizowania praktyki, w tym system opieki zdrowotnej, zespoły (w placówce lub w społeczności) | Studia przypadków  Zapisy zdarzeń i zdarzeń typu „nigdy” |
| Przykłady dobrych praktyk i skutecznego działania | Obserwacja |
| Sytuacje, z którymi pracownik służby zdrowia może się spotkać | Globalne ramy kompetencji i wyników dla kompetencji i zachowań w zakresie UHC  (Rozdział 2) |

**Tabela 4.2 Kluczowe tematy i źródła informacji dla opracowania ram kompetencji**

**Tematy informacji**

**Źródła informacji**

| Etap 3: tworzenie treści

Podczas gromadzenia informacji mogą pojawić się różne rodzaje informacji, które nie są natychmiast identyfikowalne jako czynności praktyczne, zadania, kompetencje lub zachowania. Inne treści mogą obejmować wartości, okoliczności, motywacje, wyniki lub skutki. Na etapie opracowywania ram ważne jest, aby (a) zweryfikować treść jako istotną i odpowiednią dla zakresu ram; oraz (b) uporządkować i dopracować treść w użytecznym formacie. Oznacza to rozbicie na poszczególne czynniki roli jednostki w osiąganiu określonych wyników lub wpływu, lub sposobu, w jaki wartości lub motywacje mogą być demonstrowane poprzez zachowania. Należy pamiętać, że w celu określenia wyników nie jest konieczne definiowanie treści wiedzy i umiejętności; są one niezbędne i przydatne tylko do definiowania programów nauczania. Należy jednak prowadzić rejestr odpowiedniej wiedzy, umiejętności i postaw zidentyfikowanych na tym etapie. Rysunek 4.3 podsumowuje proces opracowywania.

Niektóre z zebranych informacji mogą odzwierciedlać obecną praktykę, niezależnie od tego, czy jest ona częścią idealnej praktyki. Ważne jest, aby ramy odzwierciedlały cele, a nie akceptowały i utrwalały wzorce mniej niż idealnych praktyk roboczych. Ustalenia dotyczące wszelkich luk między celami a rzeczywistymi praktykami mogą być ważnymi informacjami pozwalającymi zidentyfikować wyzwania w innych częściach systemu opieki zdrowotnej. Jednocześnie ramy mogą być przydatne do identyfikowania rodzajów sytuacji i wyzwań, w których może znaleźć się pracownik służby zdrowia, oraz do identyfikowania zakresu odpowiedzi i opcji w tej sytuacji.

Podczas interpretowania informacji ważne jest, aby zastanowić się, czy informacja jest kontekstowa i może wpływać na wiedzę, umiejętności lub postawy; czy też jest to obserwowalne, odrębne działanie (zadania lub czynności praktyczne) lub ciągły nawyk, który umożliwia wykonywanie wielu zadań lub czynności praktycznych (zachowania lub kompetencje).

74 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Rys. 4.3 Przegląd procesu organizowania treści w ramach opracowywania ram.

Indywidualny przeglądu każdego stwierdzenia zawierającego informacje



„Wyczyszczenie” każdej instrukcji tak, aby skupiała się na jednej rzeczy. Może to wymagać podzielenia złożonych instrukcji na wiele oddzielnych instrukcji w celu odzwierciedlenia zadania, kontekstu lub zachowania



Sprawdzenie twierdzeń pod kątem ich trafności i ważności. Odrzuć wszelkie stwierdzenia, które nie ucieleśniają celów ram.



Określenie, czy stwierdzenie jest najlepiej odzwierciedlone jako kompetencja/zachowanie, czy jako czynność praktyczna/zadanie.

Mapowanie czystyego stwierdzenia w odniesieniu do czynności praktycznych (Rozdział 3) i kompetencji (Rozdział 2).





Przegląd pod kątem wszelkich luk pojawiających się na tym etapie - przydatne może być dalsze ukierunkowane wyszukiwanie informacji.

Wybór i udoskonalenie działań praktycznych i kompetencji



Zorganizowanie dopracowanych działań praktycznych i kompetencji w domeny oraz nazwanie tych domen.

Definicje i charakterystyki znajdują się w Załączniku 1. Uwaga dotycząca stwierdzeń takich jak „umiejętność wykonania zadania” - zastanów się, w jaki sposób to stwierdzenie będzie oceniane. Jeśli zadanie jest przedmiotem oceny, należy je włączyć do czynności praktycznych i zadań; jeśli jest to umiejętność pracownika służby zdrowia, która leży u podstaw wielu zadań, należy pogrupować jej treści w ramach kompetencji. Może się zdarzyć, że w procesie gromadzenia informacji zostaną zidentyfikowane dodatkowe zadania lub czynności praktyczne. Powinny one zostać pogrupowane w grupy zadań w ramach odrębnej funkcji praktyki.

Korzystając z informacji zebranych na etapie 2, można wybrać czynności praktyczne opisane w rozdziale 3 i określić je jako istotne. 35 czynności praktycznych w tych ramach opisuje podstawowe funkcje praktyki zdrowotnej dla zespołów pracowników służby zdrowia ze ścieżką przygotowania zawodowego trwającą 12-48 miesięcy, które są uważane za integralne dla osiągnięcia UHC. Nie wszystkie z tych czynności praktycznych będą czynnościami regulowanymi związanymi z zakresem praktyki; jednak w przypadku każdej z nich uzasadnione jest rozważenie włączenia jej do programu nauczania. Na przykład niektóre z czynności praktycznych dotyczących komunikacji (na przykład czynności praktyczna nr 18 - dostarczanie lub otrzymywanie prezentacji klinicznej) lub zarządzania (na przykład czynności praktyczna nr 27 *-* dostęp do informacji i ich dokumentowanie) mają zasadnicze znaczenie dla praktyki, a zatem są ważnymi obszarami programów nauczania, niezależnie od tego, czy są one regulowane, czy nie. Ramka 4.2 przedstawia pytania prowadzące do wyboru i specyfikacji czynności praktycznych.

4. KONTEKSTUALIZACJA RAM 75

Ramka 4.2 Pytania przewodnie do wyboru i specyfikacji czynności praktycznych

-Jakie są zadania w ramach tej czynności praktycznej jako części roli, obowiązków i odpowiedzialności, jeśli dotyczy?

-Czy istnieją określone usługi zdrowotne lub warunki zdrowotne, dla których wymagana jest ta czynność praktyczna?

-Czy nazwa czynności praktycznej odzwierciedla grupy zadań, które ta czynność obejmuje? Czy zadania w ramach tej czynności praktycznej można połączyć z inną czynnością praktyczną? Czy nazwa wymaga edycji lub dodatkowego wyjaśnienia, aby dokładnie odzwierciedlała zadania wchodzące w zakres czynności?

-Czy dana czynność praktyczna nadaje się do certyfikacji?

Istnieją dwa podejścia do określania ograniczeń: włączenie specyfikacji do nazwy czynności praktycznej, na przykład nazwanie interwencji zdrowotnej (zamiast „świadczenia interwencji niefarmakologicznych”); lub wyjaśnienie zakresu, na przykład „postawienie diagnozy” (zamiast „dokonania oceny klinicznej”); lub do towarzyszącego zestawu szczegółowych informacji, takich jak lista leków, które można przepisać lub procedur, które można wykonać *(79).* W związku z tym pojedyncza czynność praktyczna zidentyfikowana w Globalnych Ramach Kompetencji i Wyników dla UHC może zostać podzielona na kilka mniejszych czynności praktycznych, z których każda ma dodatkową specyfikę, i otrzymać zmienioną nazwę. W ten sam sposób można połączyć kilka powiązanych czynności praktycznych. Celem jest zdefiniowanie czynności praktycznych, które w sumie opisują zakres działań praktyki zdrowotnej w danym kontekście.

Czynności praktyczne powinny być wyłączone tylko wtedy, gdy są wyraźnie poza zakresem, często dlatego, że określone zadania wyraźnie stanowią część roli innego pracownika służby zdrowia.

Standardy oparte na kompetencjach

Rozdział 2 identyfikuje kompetencje uważane za niezbędne do świadczenia wysokiej jakości usług zdrowotnych w ramach UHC. Może się zdarzyć, że nie wszystkie z tych kompetencji zostały wyraźnie zidentyfikowane na etapie zbierania informacji. Należy jednak przyjąć takie samo podejście do przeglądu i wyboru czynności praktycznych i kompetencji: należy wykluczyć daną kompetencję tylko wtedy, gdy wyraźnie nie jest ona istotna dla danej roli. W przypadku roli obejmującej szereg obowiązków w ramach czynności praktycznych nieoczekiwane byłoby usunięcie kompetencji.

Opracowanie kompetencji i zachowań dla dostosowanych ram kompetencji wymaga dogłębnego zrozumienia wykonywania wybranych czynności praktycznych (i zadań składowych) oraz kontekstów lub sytuacji, w których pracownik służby zdrowia może wykonywać te czynności praktyczne. Tam, gdzie czynności praktyczne są zakorzenione w opisach stanowisk pracy, refleksje na temat skutecznych zachowań są z natury oparte na ocenie, a informacje zwrotne i konsensus ekspertów merytorycznych są kluczowe.

Zachowania zidentyfikowane w rozdziale 2 są istotne dla wszystkich pracowników służby zdrowia i ujęte w ramy przez pryzmat podstawowej opieki zdrowotnej. Chociaż oczekuje się, że wszystkie kompetencje będą istotne, może się zdarzyć, że określone zachowania zostaną dodane lub ujęte w inny sposób dla innych kontekstów, takich jak praca w niestabilnych lub dotkniętych konfliktami warunkach.

Kiedy ramy kompetencji są używane wraz ze standardami praktyki, ułatwiają poprawę wyników pracy *(80);* promują osiągnięcie i utrzymanie zdolności do wykonywania zawodu; pomagają w identyfikacji luk w wiedzy i potrzeb edukacyjnych *(81);* i sprzyjają ciągłemu rozwojowi osobistemu. Standardy powinny odnosić się do kryteriów, ponieważ są mierzalne, realistyczne, bezpieczne i nie zależą od wyników innych osób.

Standardy oparte na kompetencjach to mierniki wykonania dla czynności praktycznych. Zazwyczaj obejmują one cztery elementy:

- pojedynczy czasownik wyrażający działanie: zachowanie lub wymierną wydajność pracownika służby zdrowia (wskazówka: należy unikać sformułowań typu „umiejętność zrobienia x”, ponieważ to nie umiejętność ma być oceniana, ale to, czy x jest wykonane):

76 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

-treść: przedmiot, wykorzystanie narzędzi;

-kontekst: warunki, w których dana kompetencja jest demonstrowana, w tym poziom nadzoru, w określonych sytuacjach, z określonymi odbiorcami;

-standard wykonania odnoszący się do kryteriów: na przykład częstotliwość, poziom dokładności, oczekiwana dokumentacja.

W Ramach Kompetencji kompetencje i zachowania będą zorganizowane oddzielnie od czynności praktycznych. Podczas adaptacji ram w celu zdefiniowania standardów opartych na kompetencjach, są one zorganizowane razem. Załącznik 2 zawiera szablony dla obu formatów.

Domeny

Domeny to nagłówki grup stwierdzeń w Ramach. Trzy domeny dla czynności praktycznych w Globalnych Ramach Kompetencji i Wyników dla UHC odzwierciedlają zakres funkcji zdrowotnych jako całego zespołu w zakresie zdrowia jednostki, zdrowia populacji oraz zarządzania i organizacji. W procesie kontekstualizacji może się okazać, że inne domeny są bardziej odpowiednie do uporządkowania treści ram. Podobne podejście może być istotne dla adaptacji kompetencji, choć w tym przypadku przewiduje się mniej zmian. Psychologowie debatowali nad przyjęciem „zasady siedmiu elementów” (plus lub minus dwa) dla celów zapamiętywalności (82). Można stwierdzić, że domeny są prezentacją podstawowych wartości i priorytetów oraz kluczowych elementów odzwierciedlonych w każdej wizualnej reprezentacji.

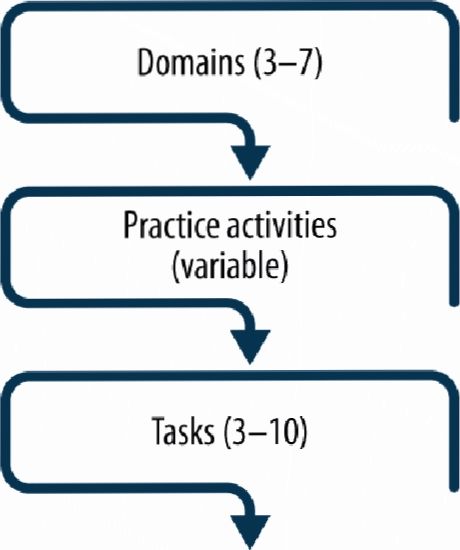
Podczas gdy kompetencje i czynności praktyczne są mierzalne, domeny są cechami identyfikującymi, które umożliwiają czytelnikowi zrozumienie kluczowych zasad na pierwszy rzut oka. Nazwy domen powinny mieć znaczenie dla ram kompetencji. Domeny nie są mierzalne; dla większej jasności ich nazwy powinny odzwierciedlać koncepty, a nie stwierdzenia zawierające mierzalny czasownik.

Szczegółowość

Nie ma jednego uniwersalnego podejścia do szczegółów treści. Niezależnie od zakresu ram, poziom szczegółowości powinien być spójny i powinien umożliwiać ich zamierzone wykorzystanie i zastosowanie. Na rysunku 4.4 zasugerowano organizację różnych komponentów w obrębie ram oraz wskazówki dotyczące liczby stwierdzeń wchodzących w skład każdego komponentu.

Rys. 4.4 Proponowana szczegółowość i organizacja ram kompetencji

KOMPETENCJE

(sugerowana liczba twierdzeń)

Standardy oparte na kompetencjach\* (zmienna)

Zadania (3-10)

Czynności praktyczne

(zmienna)

Domeny (3-7)

Domeny (3-7)

Kompetencje

(2-8 na domenę)

Zachowania

(2-8 na kompetencję)

CZYNNOŚCI PRAKTYCZNE

(sugerowana liczba twierdzeń)

**\* Opcjonalnie i zamiast kompetencji**

4. KONTEKSTUALIZACJA RAM 77

| Etap 4: konsultacje, walidacja i finalizacja

Proces konsultacji i walidacji wyników nie stanowi pojedynczego etapu w procesie rozwoju, lecz jest ciągły. W procesie kontekstualizacji lub udoskonalania mogą pojawić się dodatkowe potrzeby informacyjne, które z kolei mogą wpłynąć na sposób organizacji i określania wyników i kompetencji.

Ramy kompetencji i wyników reprezentują kluczowe obszary praktyki, skuteczne zachowania oraz najbardziej odpowiednią organizację i prezentację treści. Analiza interesariuszy przeprowadzona w ramach etapu planowania powinna zostać wykorzystana do zaangażowania docelowych organizacji i osób w ramach etapu konsultacji, walidacji i finalizacji w celu uzyskania konsensusu i akceptacji. W ramce 4.3 wymieniono kilka potencjalnych metod poszukiwania i rejestrowania opinii i informacji zwrotnych od interesariuszy.

Ramka 4.3

Potencjalne metody osiągania konsensusu

-Badania Delphi

-Technika grupy nominalnej

-Przeglądy panelowe (jednoczesne)

-Recenzje naukowe (sekwencyjne)

-Badania kwestionariuszowe

-Grupy robocze (spotkania lub grupy fokusowe)

Nie ma jednego sposobu zbierania informacji zwrotnych, ale należy rozważyć, w jaki sposób i kiedy będą one rozpowszechniane, odbierane i oceniane. Każdy wynik powinien zostać zweryfikowany indywidualnie, podobnie jak ogólna kompleksowość. Ponownie, odnosząc się do etapu planowania, role organów decyzyjnych dla procesu stanowią linie przewodnie dla uzgadniania ostatecznych ram. Tabela 4.3 przedstawia listę kontrolną, którą można wykorzystać do weryfikacji ostatecznych ram.

**Tabela 4.3 Lista kontrolna do finalizacji ram kompetencji opartych na potrzebach zdrowotnych populacji**

|  |  |
| --- | --- |
| **Czynniki sukcesu** | **Mierniki sukcesu (lista kontrolna)** |
| Ważny | □ Treść jest oparta na potrzebach zdrowotnych populacji, rolach i obowiązkach oraz zakresach praktyki.  □ Treść spełnia wymogi prawne  □ Wyniki i kompetencje są jasno sformułowane.  □ Treść jest kompleksowa  □ Standard odzwierciedla wymaganą biegłość  □ Treść jest poparta dowodami i wytycznymi  □ Treść jest wspierana przez konsensus |
| Dopuszczalny | □ Ramy są akceptowalne dla wszystkich zainteresowanych stron. |
| Użyteczny | □ Struktura, układ i styl Ram ułatwiają korzystanie z treści.  □ Ramy, w tym wszelkie narzędzia pomocnicze, są użyteczne we wszystkich zamierzonych zastosowaniach.  □ Złożone idee są przekazywane w prosty sposób.  □ Używane terminy nie są wieloznaczne  □ Język, skróty i terminologia są odpowiednie do zamierzonego zastosowania (w tym w przypadku korzystania z tłumaczenia).  □ Wyniki i kompetencje są mierzalne |

78 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

| Etap 5: rozpowszechnianie

Strategia rozpowszechniania jest ważną częścią zapewnienia stosowania i absorpcji dostosowanych ram kompetencji i standardów opartych na kompetencjach zgodnie z zamierzeniami. Istnieje wiele różnych sposobów zapewnienia, że ramy dotrą do zamierzonych odbiorców, a świadomość wśród kluczowych interesariuszy powinna być budowana przez cały proces planowania, konsultacji i rozwoju. Dalsze narzędzia rozpowszechniania obejmują:

-udostępnianie treści w formacie cyfrowym lub papierowym;

-promowanie publikacji i jej dostępności za pośrednictwem mediów społecznościowych i list mailingowych;

-zatwierdzenie i promowanie publikacji przez organizacje partnerskie;

-prowadzenie warsztatów (zdalnych lub stacjonarnych) dostosowanych do konkretnych odbiorców lub grup użytkowników.

4.2 Opracowanie programów nauczania opartych na kompetencjach na podstawie wyników opartych na kompetencjach (standardy)

W tej sekcji omówiono opracowywanie programów nauczania w celu wspierania osiągania przez uczących się wyników zdefiniowanych w dostosowanych ramach kompetencji. Reasumując, czynności praktyczne obejmują holistyczne obszary praktyki zdrowotnej, które uczący się będzie w stanie wykonać po ukończeniu kursu; standardy określają miary wykonania dla sytuacji, w których te czynności praktyczne powinny być wykonywane, w tym poziom nadzoru. Oznacza to, że wynikami programu nauczania są zarówno czynności praktyczne, jak i standardy zachowań; należy pamiętać, że kompetencje same w sobie nie są celem końcowym, a biegłość będzie nadal rozwijana po ukończeniu programu.

Program nauczania obejmuje treści nauczania, organizację i sekwencjonowanie treści, doświadczenia edukacyjne, metody nauczania i formaty oceny, a także ciągłe doskonalenie jakości i ewaluację programową *(23)*. Niniejsza sekcja odnosi się kolejno do kluczowych zasad dla każdego z tych obszarów. Chociaż zapewnia systematyczne podejście do (prze)projektowania programów nauczania, nie definiuje treści programowych ani podejść edukacyjnych. Powinny one być określone przez instytucję (lub organ ustalający standardy), odzwierciedlać wyniki uczenia się programu i być dostosowane do kontekstu i potrzeb uczących się. Podejście to można zastosować w kontekście opracowywania programu nauczania realizowanego przed lub po podjęciu pracy zawodowej.

> Planowanie

Planowanie i zbieranie informacji są niezbędnymi podstawami do (prze)projektowania i rozwoju programów nauczania. Niniejsza sekcja została napisana jako kontynuacja procesu kontekstualizacji ram kompetencji w celu zdefiniowania wyników programu (etap 1 w poprzedniej sekcji). Wszystkie elemenmty - planowanie, analiza interesariuszy, przypisywanie zarządzania i odpowiedzialności, pozyskiwanie zasobów i gromadzenie informacji w celu kontekstualizacji ram - powinny być przestrzegane, jeśli postępuje się zgodnie z tym procesem jako samodzielną interwencją edukacyjną.

Dobrze zaprojektowany program nauczania ma kluczowe znaczenie dla wdrożenia CBE i musi znajdować się w kontekście możliwości instytucjonalnych, w tym kadry, zasobów edukacyjnych (sprzęt, biblioteki, technologie), dostępności środowisk edukacyjnych (klinicznych, cyfrowych) i nadzoru. Proces planowania musi uwzględniać wszystkie elementy sekwencyjnego procesu wdrażania nowego lub zmienionego programu nauczania, jak pokazano na rysunku 4.5, aby nowy program nauczania został wdrożony zgodnie z zamierzeniami. Można

4. KONTEKSTUALIZACJA RAM 79

zauważyć, że tak jak zasady odpowiedzialności społecznej zostały włączone do definicji wyników programu (czynności praktycznych i zachowań), tak też powinny być one integralną częścią sekwencyjnego procesu wzmacniania i wdrażania nowych lub zmienionych programów nauczania, w tym integracji doświadczeń edukacyjnych w ramach świadczenia usług zdrowotnych w społeczności oraz selekcji i rekrutacji studentów i wykładowców ze społeczności lokalnej.

Wdrożenie programu nauczania"

Koordynowanie, realizacja i monitorowanie działań edukacyjnych

' FAZA 2 '

Opracowanie programu nauczania\* i przygotowanie do wdrożenia\*

Przygotowanie materiałów\*, narzędzi (w tym cyfrowych) i sprzętu

Identyfikacja\* i przygotowanie środowisk edukacyjnych (Rekrutacja\* i) szkolenie wykładowców



Rys. 4.5 Etapy wzmacniania programów edukacyjnych poprzez (prze)projektowanie programów nauczania

FAZA 1

FAZA 4

FAZA 3

Określenie/rewizja wyników programu (czynności praktyczne i zachowania)\*

Ewaluacja programu nauczania"

Ocena reakcji\* i rezultatów\*

Przegląd wyników programu\*

Uwaga: \* oznacza zaangażowanie społeczności.

*Źródło:* Zaadaptowano z Integrated Management of Childhood Diseases [*Zintegrowane Zarządzanie Chorobami Dziecięcymi*] *(83).*

(►Treść nauczana

Wyniki programu powinny być zdefiniowane w kategoriach czynności praktycznych i ich zadań składowych, a także zachowań odzwierciedlających kompetencje w zakresie standardów wykonania tych czynności praktycznych. Kolejny krok wymaga przełożenia każdego z tych pożądanych efektów na cele uczenia się, które artykułują wiedzę, umiejętności i postawy, a także czynności praktyczne, zadania, kompetencje i zachowania wchodzące w skład wymaganej biegłości. Cele uczenia się są przedmiotem oceny i łącznie powinny umożliwiać uczącemu się wykonywanie czynności praktycznych zgodnie z wymaganym standardem (Rysunek 4.6).

Rys. 4.6 Definiowanie celów edukacyjnych spełniających potrzeby zdrowotne populacji



Treść programu nauczania, w tym cele uczenia się:

wiedza, umiejętności i postawy

Podejścia do oceny sumatywnej efektów programowych

Wyniki kursu:

Kompetencje i standardy wykonania (zachowania)

Wyniki kursu:

czynności praktyczne

Potrzeby zdrowotne

Systemy opieki zdrowotnej

80 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJDwie taksonomie pomagają wyjaśnić różne rodzaje uczenia się i mogą stanowić podstawę do definiowania celów uczenia się. Są to taksonomia wiedzy Blooma (przypominanie, rozumienie, stosowanie, analiza, ocena i tworzenie) (*84)* oraz piramida kompetencji klinicznych Millera (wie, wie jak, pokazuje jak, robi) *(85).*

Korzystając z ram kompetencji i wyników w celu zidentyfikowania i zdefiniowania standardów wykonania, ważne jest, aby najpierw zdefiniować warunki, w których zadania powinny być wykonywane, konkretne narzędzia, które mogą być używane, oraz poziom nadzoru lub autonomii. Następnie można zidentyfikować wiedzę, umiejętności, postawy i zachowania, które umożliwiają danej osobie wykonywanie tych zadań. Po zdefiniowaniu tych parametrów, cele uczenia się można wyprowadzić z wiedzy, umiejętności, postaw i zachowań, używając czasowników, które odzwierciedlają biegłość.

Globalne Ramy Kompetencji i Wyników dla UHC zapewniają przewodnik programowy dla każdej z czynności praktycznych, który może być wykorzystany do określenia celów uczenia się lub jednostek uczenia się. Nie wszystkie obszary programowe będą wymagane, w zależności od kombinacji zadań w ramach określonych czynności praktycznych. Podczas fazy zbierania informacji mogły zostać zidentyfikowane dodatkowe obszary wiedzy, umiejętności i postaw. Ważne jest, aby zidentyfikować zakres wiedzy, umiejętności i postaw, które stanowią podstawę celów uczenia się, a następnie efektów i wyników uczenia się, ponieważ informują one o doświadczeniach edukacyjnych i metodach oceny.

Dodatkowe kwestie związane z określaniem celów nauczania w zakresie wiedzy i umiejętności mogą obejmować:

* opanowanie wiedzy w zakresie czynności praktycznych i towarzyszącego im zakresu interwencji zdrowotnych;
* wiedza kontekstowa, na przykład związana z lokalną kulturą i zwyczajami;
* umiejętności proceduralne oraz korzystanie ze sprzętu i technologii;
* postawy lub demonstrowanie postaw poprzez zachowania w celu skutecznego działania;
* narzędzia, metody, strategie i działania, które można zastosować w celu włączenia kompetencji do praktyki, na przykład zakres technik komunikacyjnych lub technologii cyfrowych;
* różne sytuacje lub scenariusze, które można napotkać;
* różne grupy osób lub organizacji, z którymi dana osoba może współpracować, oraz charakter tych interakcji (od dzielenia się informacjami po przekonywanie lub negocjowanie).

Dodatkowe kwestie związane z określaniem celów edukacyjnych dla postaw mogą obejmować:

* koncepcje i teorie związane z każdym zachowaniem;
* wpływ każdego zachowania na praktykę zdrowotną, zachowania związane z poszukiwaniem zdrowia i wyniki zdrowotne;
* przykłady pozytywnych i negatywnych zachowań w kontekście czynności praktycznych;
* narzędzia i techniki wbudowania zachowań w praktykę;
* znaczenie każdego zachowania;
* motywacja do wykonywania każdego zachowania.

4. KONTEKSTUALIZACJA RAM 81

Jeden z przykładów połączenia kompetencji dla kompetencji nr 20: „przyczynia się do kultury bezpieczeństwa i ciągłej poprawy jakości” został przedstawiony w Tabeli 4.4 w kontekście dwóch czynności praktycznych w domenie zdrowia jednostki:

* + czynność praktyczna nr 9: przepisywanie leków lub środków terapeutycznych
  + ćwiczenie praktyczna nr 10: przygotowywanie i wydawanie leków lub środków terapeutycznych

**Tabela 4.4 Przykładowe cele kształcenia dla kompetencji nr 20 i jej zachowań składowych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kompetencje** | **Zachowanie** | **Cel edukacyjny** |
| **Kompetencja nr 20:** | **20.1** Przestrzega protokołów bezpieczeństwa, które pozwalają uniknąć zdarzeń niepożądanych, błędów w opiece zdrowotnej oraz incydentów szkód i praktyki, która nie jest bezpieczna | a. Definiuje każdy termin w ramach definicji jakości w opiece zdrowotnej |
| przyczynia się do  kultura bezpieczeństwa i ciągłej poprawy jakości |
| b. Opisuje rolę każdego z terminów w zapewnianiu jakości opieki zdrowotnej.  c. Znajduje wszystkie protokoły bezpieczeństwa i listy kontrolne istniejące w miejscu pracy dotyczące przepisywania, przygotowywania i wydawania leków.  d. Identyfikuje zdarzenia związane z przepisywaniem i wydawaniem leków, które wymagają zgłoszenia  e. Wdraża wszystkie protokoły bezpieczeństwa i listy kontrolne obowiązujące w miejscu pracy  f. Sprawdza wypisaną przez siebie receptę zgodnie z listą  g. Opisuje dostępne środki ochrony indywidualnej (PPE) i sytuacje, w których są one używane.  h. Demonstruje zakładanie, zdejmowanie i usuwanie środków ochrony indywidualnej |
|  |  |
|  | **20.2** Wyciąga wnioski z tego, co się sprawdziło, a co nie. | a. Opisuje proces uczenia się na podstawie doświadczenia poprzez samoocenę  b. Ocenia sukcesy, wyzwania i potencjalne niepowodzenia podczas interakcji związanych z przepisywaniem leków. |
|  | **20.3** Oferuje propozycje ulepszeń w celu rozwiązania zidentyfikowanych problemów | a. Identyfikuje użyteczny sposób przedstawiania sugestii dotyczących ulepszeń  b. Przygotowuje co najmniej jedno memorandum lub prezentację opisującą potencjalne rozwiązanie błędu w przepisywaniu leków. |
|  | **20.4** Uczestniczy w procesach pomiaru jakości i ciągłego doskonalenia jakości | a. Określa czas i miejsce na dyskusję na temat ciągłego doskonalenia jakości w praktyce.  b. Opisuje wkład różnych członków zespołu w procesy poprawy jakości. |

| Ocena

Ocena jest podstawową cechą CBE - zarówno skupianie się na osiągnięciach i ocena sumatywna wyników (ocena uczenia się), jak i integracja ciągłych ocen formatywnych (ocena dla uczenia się) *(22)*. Istnieją trzy zasady, które powinny kierować tworzeniem podejść do oceny: ocena powinna być przejrzysta, tak aby uczniowie i nauczyciele wiedzieli, co jest oceniane i w jaki sposób; każda kompetencja powinna być oceniana, a nie tylko te, które są łatwe do oceny; a także ocena powinna być triangulowana, tak aby każdy wynik był oceniany na więcej niż jeden sposób przy więcej niż jednej okazji, aby odzwierciedlić dostosowanie do kontekstu.

82 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Miarą kompetencji jest wykonanie wymaganych czynności praktycznych, integrujących kompetencje z określonymi standardami dla danego kontekstu. Wymaga to jasnego zdefiniowania kryteriów oceny. Ocena kompetencji ma kluczowe znaczenie dla uczącego się, opiekuna naukowego, instytucji, organu akredytującego, pracodawcy i ostatecznie dla społeczności, której służy. W pewnych okolicznościach decyzje o tym, czy uczący się osiągnął standard kompetencji umożliwiający ukończenie programu lub rozpoczęcie praktyki, są tą samą decyzją; w innych okolicznościach decyzje te są rozdzielone, na przykład jeśli istnieje zewnętrzna ocena licencyjna oddzielona od decyzji o ukończeniu programu nauczania.

Zakres efektów uczenia się nie może być oceniany w jednym formacie oceny *(9).* W ten sam sposób, w jaki doświadczenie edukacyjne powinno być dopasowane do celu uczenia się, powinien być dostosowany także format oceny *(85).* Z tego powodu wielość ocen jest czasami określana jako system. Ocena różnorodności wyników programu wymaga wielu metod oceny i wielu przeszkolonych oceniających *(22).* Podobnie, pracownicy służby zdrowia nie wykonują poszczególnych zadań stale na tym samym poziomie: kompetencje są specyficzne dla kontekstu, a nie ogólne *(86).* Dlatego określenie kompetencji danej osoby powinno obejmować wiele pomiarów w różnych warunkach i w różnym czasie.

Oceny formatywne usprawniają proces uczenia się poprzez dostarczanie bieżących informacji zwrotnych uczniowi i opiekunowi w celu ukierunkowania dodatkowych potrzeb edukacyjnych; motywują uczniów; i dostarczają wskazówek na temat postępów w trakcie programu. Oceny sumatywne mogą być wykorzystywane do podejmowania decyzji o zaliczeniu lub niezaliczeniu, ale także do oceniania lub rankingowania uczniów w stosunku do siebie nawzajem (na przykład selekcja do aktywności lub roli oparta na konkurowaniu). Cel oceny i sposób, w jaki informacje o ocenie zostaną wykorzystane, wpływa na wybór formatów oceny i wysiłek wymagany do zapewnienia, że decyzje dotyczące oceny są możliwe do obrony.

Istnieje wiele różnych formatów oceny stosowanych w CBE w edukacji pracowników służby zdrowia, wykorzystujących formaty papierowe lub cyfrowe, a czasem obejmujących wielu oceniających, pacjentów, aktorów lub symulowane warunki kliniczne, a także ocenę opartą na wynikach w praktyce. Wybór najbardziej odpowiednich formatów oceny dla efektów uczenia się powinien odzwierciedlać: kto (zarówno uczący się, jak i oceniający); co (efekt uczenia się, treść); gdzie (w miejscu pracy, symulacja, samodzielna praca, sala egzaminacyjna); kiedy (etap programu); dlaczego (cel: formatywny lub sumatywny); i jak (jaki format, standard lub wytyczne dotyczące decyzji).

Czynniki związane z wyborem instrumentów oceny obejmują trafność (czy ocena mierzy to, co ma mierzyć?), wiarygodność (czy ocena jest powtarzalna i spójna?), wpływ edukacyjny, efektywność kosztową i wykonalność *(88).* Należy również wziąć pod uwagę standardy oceny, które mogą wymagać złożonych procedur w celu zdefiniowania rzeczywistego wyniku lub metryki wykonania, na podstawie której uczący się zostanie uznany za kompetentnego *(9).* Opracowanoróżne czasochłonne, ale niezbędne metody określania standardów zaliczania dla oceny wiedzy, element po elemencie, takie jak techniki Angoffa, Ebela i Hoftsee. Wybór metody zależy od dostępnych zasobów i konsekwencji błędnej klasyfikacji wyników oceny *(86).*

Strategie zarządzania tymi różnymi czynnikami obejmują wielu oceniających w celu zwiększenia wiarygodności między oceniającymi, szkolenie wykładowców w celu zapewnienia, że ocena jest stosowana zgodnie z przeznaczeniem (trafność) oraz dostosowanie długości czasu testowania lub liczby elementów oceny. To z kolei wpływa na efektywność kosztową lub wykonalność oceny. W Tabeli 4.5 przedstawiono względy użyteczności w odniesieniu do formatów oceny w celu ewaluacji różnych rodzajów wyników uczenia się.

4. KONTEKSTUALIZACJA RAM 83

Tabela 4.5 Formaty oceny i ich znaczenie dla wyników uczenia się i wyników programu nauczania

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Względy użytkowe** | | | **Cele uczenia się** | | | Wyniki programu | |
| Etap w piramidzie Millera *(84)* | Przykładowe formaty  oceny | Rzetelność | Efektywność kosztowa, wykonalność | **Trafność, wpływ** | Wiedza | Umiejętności | Postawy | Zachowania | Czynności praktyczne |
| Robi | Dyskusja oparta na przypadkach  Listy kontrolne  Bezpośrednia obserwacja umiejętności proceduralnych  Ćwiczenie oceny mini-klinicznej  Informacje zwrotne z wielu źródeł  Przegląd dokumentacji pacjenta  Portfolio | Subiektywna | Ścisły nadzór, nieprzewidywalne | Autentyczny, pozytywny wpływ na naukę, wąski zakres | (V) | (V) | (V) | V | V |
| Pokazuje jak | Obserwowane ustrukturyzowane badanie kliniczne  Obiektywny, ustrukturyzowany, długi zapis badania  Ustna prezentacja przypadku  Laboratorium umiejętności  Ćwiczenia symulacyjne  Standardowe spotkanie z pacjentem  Zarządzanie przypadkami w wirtualnej rzeczywistości |  | Obsługa wymagająca dużych zasobów (sytuacje kontrolowane, przewidywalne) |  | (V) | V | (V) | (V) | (V) |
| Wie jak | Rozpoznawanie na podstawie karty  Opracowanie indywidualnego planu nauki  Esej  Przepytywanie ustne z dłuższymi odpowiedziami  V  Rozwiązywanie problemów klinicznych |  |  |  | V | (V) | (V) |  |  |
| Wie | Pytania z konstruowaną odpowiedzią  Pytania wielokrotnego wyboru  Pytania krótkiej odpowiedzi | Obiektywna | Rozwój wymaga dużych zasobów, przewidywalne | Nieautentyczny, szeroki zakres | V |  |  |  |  |

**Cele**

*Uwaga:* (V) wnioskowane, V - jawne.

Ocena programowa decyzji o zaliczeniu lub niezaliczeniu powinna być oddzielona od indywidualnych ocen lub dokonywana przez jednego oceniającego *(22).* W rzeczywistości takie decyzje powinny być podejmowane tylko wtedy, gdy zebrano wystarczające informacje i połączono je z wieloma ocenami sumatywnymi każdej z wymaganych czynności praktycznych zgodnie z określonym standardem.

|Organizacja i sekwencjonowanie treści

Sekwencjonowanie programu nauczania obejmuje zarządzanie ścieżką ucznia w sposób, który ułatwia mu organizowanie znaczących wzorców w ogromnej ilości treści i osiąganie wyników uczenia się. Podczas projektowania programu nauczania, powszechne i wskazane jest podzielenie złożonych kompetencji na zestawy wiedzy i umiejętności, zapewniając opanowanie każdego z nich przed próbą oceny zastosowania tej wiedzy i

84 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW W ZAKRESIE POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJumiejętności w kontekście czynności praktycznych. Sekwencjonowanie może obejmować przejście od prostego do złożonego; od ogólnych informacji lub zasad do bardziej szczegółowych rozważań; lub od teorii do zastosowania w praktyce. W niektórych sytuacjach na sekwencjonowanie modułowych jednostek uczenia się może mieć wpływ logistyka, na przykład rotacje kliniczne. Przy ustalaniu kolejności należy przede wszystkim wziąć pod uwagę warunki wstępne dla różnych jednostek kursu; obszary wiedzy, umiejętności i konsolidacji postaw; oraz zastosowanie uzyskanych wyników.

Rozwój kompetencji powinien być wbudowany w działania edukacyjne ukierunkowane na czynności praktyczne określone jako efekty kursu. Na przykład skutecznej komunikacji można się nauczyć - i ocenić - tylko w kontekście czynności praktycznych wymagających komunikacji.

| Doświadczenia edukacyjne i metody nauczania

Skuteczna CBE jest zakorzenione w teorii konstruktywnego dopasowania *(89)*, zgodnie z którą doświadczenia edukacyjne i ocena uczenia się są dostosowane do określonych wyników. Istnieje wiele różnych podejść programowych, które są zgodne z programami nauczania opartymi na kompetencjach, w tym zorientowane na społeczność lub oparte na społeczności, zintegrowane, oparte na zadaniach, oparte na systemie, modułowe, spiralne, oparte na dyscyplinach i oparte na problemach. Ponadto należy rozważyć wiele różnych podejść i narzędzi edukacyjnych, w tym klasę odwróconą, edukację międzybranżową, uczenie się oparte na problemach, uczenie się w małych grupach, refleksyjną praktykę i mieszane techniki uczenia się, w zależności od treści nauczania, wyników uczenia się, które mają zostać osiągnięte i celów programu edukacyjnego.

Wybór doświadczeń edukacyjnych wymaga starannego planowania w odniesieniu do tego, czego można nauczać i uczyć się w warunkach klinicznych. Istnieją różne szkoły myślenia na temat tego, czy ekspozycja kliniczna jest lepsza na wczesnym etapie, aby zapewnić podstawy i ramy odniesienia dla późniejszego szczegółowego uczenia się, czy też lepiej jest najpierw zdobyć podstawy teoretyczne przed doświadczeniem klinicznym. W wielu kontekstach dostęp do nadzorowanej nauki klinicznej jest ograniczony i stanowi ograniczenie zasobów dla projektu programu nauczania.

O ile to możliwe, materiały szkoleniowe powinny być aktualne, oparte na dowodach i odpowiednie dla kraju i środowiska, w którym program nauczania będzie wdrażany. Na przykład niektóre materiały opublikowane w środowiskach o wysokich zasobach lub na obszarach miejskich mogą wymagać materiałów uzupełniających, aby były odpowiednie dla innych środowisk.

Ważną częścią operacjonalizacji programu nauczania jest określenie czasu, środowisk uczenia się, kontekstów uczenia się i materiałów do osiągnięcia celów uczenia się. Harmonogram, szczególnie tam, gdzie wymagane są staże kliniczne, przedstawia pewne ograniczenia, które wydają się sprzeczne z podejściem opartym na kompetencjach. Jednak kompetencje nie są cechą statyczną, a uczący się będą nadal rozwijać i konsolidować swoją naukę poprzez ciągłą ekspozycję kliniczną. Wprowadzenie podejścia opartego na kompetencjach w ramach systemu opartego na czasie jest możliwe, pod warunkiem, że opanowanie wyników sygnalizuje postęp.

Edukacja pracowników służby zdrowia może odegrać transformacyjną rolę w zakresie płci i integracji zarówno dla uczniów, jak i wykładowców, zarówno pod względem treści, jak i organizacji nauczania. Podczas planowania edukacji należy wziąć pod uwagę interwencje edukacyjne transformujące ze względu na płeć, takie jak elastyczne planowanie zajęć i podejścia, które umożliwiają ciężarnym uczennicom kontynuowanie szkolenia *(21)*.

Tabela 4.6 ilustruje, w jaki sposób doświadczenia edukacyjne i formaty oceny dla danego zestawu celów kształcenia powinny być do siebie dopasowane. Aby zmniejszyć ryzyko przeciążenia programu nauczania oceną, ważne jest, aby rozważyć, ile celów nauczania można ocenić w tym samym formacie w tym samym czasie.

4. KONTEKSTUALIZACJA RAM 85

Tabela 4.6 Dostosowanie doświadczeń edukacyjnych i form oceny do przykładowych celów kształcenia dla kompetencji nr 20

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zachowanie | **Cel edukacyjny** | **Doświadczenie edukacyjne** | Format oceny |
| 20.1. | a. Definiuje każdy termin w ramach definicji jakości w opiece zdrowotnej  b. Opisuje rolę każdego terminu w zapewnianiu jakości w opiece zdrowotnej.  c. Znajduje wszystkie protokoły bezpieczeństwa i listy kontrolne istniejące w miejscu pracy związane z przepisywaniem, przygotowywaniem i wydawaniem leków.  d. Wdraża wszystkie protokoły bezpieczeństwa i listy kontrolne obowiązujące w miejscu pracy.  e. Identyfikuje zdarzenia związane z przepisywaniem i wydawaniem leków, które wymagają zgłoszenia.  f. Wdraża wszystkie protokoły bezpieczeństwa i listy kontrolne obowiązujące w miejscu pracy.  g. Dokonuje samokontroli recepty  h. Opisuje dostępne środki ochrony indywidualnej i sytuacje, w których są one używane.  i. Demonstruje zakładanie, zdejmowanie i usuwanie środków ochrony indywidualnej | -Dyskusja w grupach na temat obszarów praktyki: przepisywanie leków i środków terapeutycznych; przygotowywanie i wydawanie leków i środków terapeutycznych, z naciskiem na potencjalne błędy, potencjalny wpływ błędów na pacjenta oraz doświadczenia związane z błędami lub działaniami następczymi.  -Oglądanie filmu przedstawiającego prezentację środków ochrony indywidualnej  -Czytanie protokołów bezpieczeństwa i listy kontrolne  -45-minutowy wykład na temat kluczowych elementów poprawy jakości, zasobów, które mogą wspierać poprawę jakości, oraz roli różnych pracowników w poprawie jakości, z konkretnymi odniesieniami do kwestii, które wynikają z pracy głównie w pojedynkę lub tylko z jedną inną osobą, a także przegląd tego, w jaki sposób protokoły lub listy kontrolne mogą pomóc lub utrudnić poprawę jakości. | -Pytania wielokrotnego wyboru(formatywna)  -Obiektywny test pisemny (sumatywna)  -Obserwowane wyniki (formatywna)  -Informacje zwrotne z wielu źródeł (bieżąca) |
| 20.2 | a. Opisuje proces uczenia się od doświadczenia poprzez samoocenę  b. Ocenia sukcesy, wyzwania i potencjalne niepowodzenia podczas interakcji związanych z przepisywaniem leków | - Dyskusje grupowe trzech lub czterech uczących się w celu zastanowienia się nad rzeczywistym lub potencjalnym błędem i tym, co można było zrobić, aby tego uniknąć; następnie pełna dyskusja całej klasy, podkreślająca kwestie związane z niezdecydowaniem personelu w zakresie zgłaszania i monitorowania błędów lub możliwych błędów. | -Pytanie ustne (sumatywna)  -Dyskusja oparta na przypadkach  (formatywna) |
| 20.3 | a. Określa użyteczny sposób przedstawiania sugestii dotyczących ulepszeń  b. Przygotowuje co najmniej jedno memorandum lub prezentację opisującą potencjalne rozwiązanie problemu | - Napisanie planu działania w celu zidentyfikowania istniejących działań w zakresie poprawy jakości, jeśli takie istnieją, i sporządzenie notatki dotyczącej poprawy jakości | -Dyskusja oparta na przypadkach (formatywna)  -Planowana obserwacja na podstawie listy kontrolnej lub rankingu (sumatywna) |
| 20.4 | a. Określa czas i miejsce dyskusji nad ciągłym doskonaleniem jakości w miejscu praktyki  b. Opisuje wkład różnych członków zespołu w procesy poprawy jakości | - Ukończenie raportu refleksyjnego opartego na doświadczeniu z prawdziwego życia | - Pytania ustne (sumatywna)  - Dyskusja oparta na przypadkach (formatywna)  - Raport z autorefleksji (formatywna) |

86 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

| ► Ciągłe doskonalenie jakości i ewaluacja programu

Ewaluacja programu nauczania jest integralną częścią jego opracowania. Hierarchia ewaluacji Kirkpatricka *(90)* obejmuje ewaluację reakcji (satysfakcja ucznia), ewaluację uczenia się (zdobyta wiedza i umiejętności), ewaluację zachowania (transfer uczenia się do miejsca pracy) i ewaluację wyników (wpływ na społeczeństwo). Tabela 4.7 sugeruje pewne podejścia do ewaluacji programu nauczania na tych poziomach.

**Tabela 4.7 Przykłady programowej ewaluacji projektowania i wdrażania programów nauczania**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Poziom efektów Kirkpatricka** | **Odbiorcy** | **Format** | **Przykładowe punkty oceny** |
| Reakcja | Uczniowie | Kwestionariusz oceny kursu | -Satysfakcja  -Zaangażowanie  -Adekwatność treści kursu  -Metody i obciążenie związane z oceną  -Materiały szkoleniowe  -Doświadczenia edukacyjne  -Infrastruktura, udogodnienia |
|  | Wykładowcy, kadra | Ankieta, wywiad | -Metody i obciążenie związane z oceną  -Materiały szkoleniowe  -Doświadczenia edukacyjne |
| Uczenie się | Uczniowie | Kwestionariusz oceny programu | -Gotowość do nauki  -Zmiany w wiedzy, umiejętnościach, postawach, kompetencjach, pewności siebie i zaangażowaniu |
| Zachowanie | Absolwenci kursu | Ankieta, wywiad | -% uczniów, którzy znaleźli zatrudnienie  -Postrzeganie gotowości do roli i odpowiedzialności |
|  | Pracodawcy | Ankieta, wywiad | -Ogólna gotowość studenta/absolwenta do wykonywania zawodu  -Pewność siebie ucznia/absolwenta  -Wartości i postawy uczniów/absolwentów |
| Wyniki | Osoby, społeczności | Ankieta dla użytkowników  Dane usługi | -Jakość opieki  -Wyniki zdrowotne |

4. KONTEKSTUALIZACJA RAM 87

b

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization and World Bank. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Genewa: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/iris/> bitstream/10665/174536/1/9789241564977\_eng.pdf?ua=1, dostęp na 18 czerwca 2021 r.).

2. Universal health coverage (UHC). Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/news-room/> fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc), dostęp na 18 czerwca 2021 r).

3. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016.

4. Health workforce policies in OECD countries: right jobs, right skills, right places. OECD Health Policy Studies. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2016.

5. World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and World Bank. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2018.

6. WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services: interim report. Geneva: World Health Organization; 2015.

7. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.

8. Cometto G, Buchan J, Dussault G. Developing the health workforce for universal health coverage. Bulletin of the World Health Organization. 2020;98:109-16.

9. Gruppen L, Mangrulkar R, Kolars J. The promise of competency-based education in the health professions for improving global health. Human Resources for Health. 2012; 10:43.

10. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet. 2010;376:1923- 58. doi: 10.1016/s0140-6736(10)61854-5.

11. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. Educating physicians: a call for reform of medical school and residency. San Francisco: Jossey-Bass; 2010.

12. Maedo A, Socha-Dietrick K. Feasibility study on health workforce skills assessment: supporting health workers achieve person-centred care. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018.

13. EvansT, Araujo EC, Herbst CH, Pannenborg O. Addressing the challenges of health professional education: opportunities to accelerate progress towards universal health coverage. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health; 2016.

14. Greaves P, Loquist R. Impact evaluation: a competency-based approach. Nursing Administration Quarterly. 1983;7:81-6.

15. Thurman G, Sanders M. Competency-based education versus traditional education: a comparison of effectiveness. Radiology Technology. 1987;59:164-9.

88

16. Long D. Competency-based residency training: the next advance in graduate medical education. Academic Medicine. 2000;75:1178-83.

17. Stillman P, Wang Y, Quyang Q, Zhang S, Yang Y, Sawyer W. Teaching and assessing clinical skills: a competency-based programme in China. Medical Education. 1997;31:33-40.

18. HitzblechT, Maaz A, RollingerT, Ludwig S, Dettmer S, Wurl W et al. The modular curriculum of medicine at the Charite Berlin: a project report on the basis of a term-overarching student evaluation. German Medical Science Journal for Medical Education. 2019;36(5):Doc54.

19. Dijkstra I, Pols J, Remmels P, Rietzschel E, Cohen-Schotanus J, Brand P. How educational innovations and attention to competencies in postgraduate medical education relate to preparedness for practice: the key role of the learning environment. Perspectives on Medical Education. 2015;4(6):300-7.

20. Parson L, Childs B, Elzie P. Using competency-based curriculum design to create a health professions education certificate program that meets the needs of students, administrators, faculty, and patients. AMEEMR Health Professions Education. 2018;4(3):202-17.

21. Newman C, Ng C, Pacque-Margolis S, Frymus D. Integration of gender-transformative interventions into health professional education reform for the 21st century: implications of an expert review. Human Resources for Health. 2016;14:14.

22. Lockyer J, Carraccio C, Chan MK, Hart D, Smee S, Touchie C et al. Core principles of assessment in competency-based medical education. Medical Teacher. 2017;39(6):609-16.

23. Van Melle E, Frank J, Holmboe E, Dragone D, Stockley D, Sherbino J et al. A core components framework for evaluating implementation of competency-based medical education programs. Academic Medicine. 2019;94(7):1002-9.

24. Carraccio C, Wolfsthal S, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. Academic Medicine. 2002;77(5):361-7.

25. McGaghie W, Miller G, Sajid A,TelderT, Lipson L. Competency-based curriculum development in medical education. Geneva: World Health Organization; 1978.

26. Bhutta Z, Chen L, Cohen J, Crisp N, EvansT, Fineberg H et al. Comment. Education of health professionals for the 21st century: a global independent commission. Lancet. 2010;375:1137-8.

27. Global Health Workforce Alliance and World Health Organization. Scaling up, saving lives. Report for the Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers. Geneva: World Health Organization; 2008.

28. World Health Organization and the United Nations Children's Fund, A vision for primary health care in the 21 st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2018.

29. Dussault G, Kawar R, Castro Lopes S, Campbell J. Building the primary health care workforce for the 21 st century. Background paper to the Global Conference on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; 2018.

30. Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions. Geneva: World Health Organization; 2005.

31. Primary health care on the road to universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2019.

32. World Health Organization and United Nations Children's Fund. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; 2018.

33. International Standard Classification of Occupations (ISCO-08). Volume 1: Structure, group definitions and correspondence tables. Geneva: International Labour Office; 2012.

BIBLIOGRAFIA 89

34. Jamison DT, Nugent H, Gelband H, Horton S, Jha P, Laxminarayan R et al. Disease control priorities, third edition [nine volumes], Washington (DC): World Bank; 2015-2018.

35. ICD-11: International Classification of Diseases, 11th revision. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://icd.who.int/en/>, dostęp na 22 czerwca 2021 r).

36. World Organization of Family Doctors. International Classification of Primary Care, revised second edition. Oxford: Oxford University Press; 2005.

37. International Classification of Health Interventions (ICHI). Geneva: World Health Organization (https:// [www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions](http://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions), dostęp na 18 czerwca 2021 r).

38. Cobb N, Nyoni MMJ, Mulitalo K, Cuadrado H, Sumitani J, Kayingo G et al. Findings from a survey of an uncategorized cadre of clinicians in 46 countries: increasing access to medical care with a focus on regional needs since the 17th century. World Health and Population. 2015;16(1 ):72-86.

39. Qualification pack: National Occupational Standards (QP-NOS). India Sector Skills Council (http://www. healthcare-ssc.in/national-occupational-standards-page-193, dostęp na 22 czerwca 2021 r).

40. Metadata fortracer indicators used to measure the coverage of essential health services for monitoring SDG indicator 3.8.1. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/healthinfo/> universal\_health\_coverage/UHC\_Tracer\_lndicators\_Metadata.pdf, dostęp na 22 czerwca 2021 r).

41. Stenberg K, Hanssen O, EdejerTTT, Bertram M, Brindley C, Meshreky A et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. Lancet Global Health. 2017;5(9):e875-87. doi :10.1016/S2214-109X(17)30263-2.

42. Health emergency and disaster risk management framework. Geneva: World Health Organization; 2019.

43. WHO competency framework for health workers'education and training on antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2018.

44. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat. Sixty-ninth World Health Assembly, agenda item 16.1. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/gb/> ebwha/pdf\_files/WHA69/A69\_39-en.pdf, dostęp na 18 czerwca 2021 r).

45. WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.

46. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Geneva: World Health Organization; 2010.

47. EB144/29. Patient safety: global action on patient safety. Report by the Director-General. In: Executive Board, 144th session, December 2018. Geneva: World Health Organization; 2019.

48. World Health Assembly resolution WHA72.6. Global action on patient safety. In: Seventy-second World Health Assembly, Geneva, 20-28 May 2019: resolutions and decisions. Geneva: World Health Organization; 2019.

49. Boelen C, Heck J. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995.

50. World Health Organization and Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. A human rights-based approach to health. Geneva: World Health Organization; 2009.

51. Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health: note by the Secretary-General. Document A/74/174. In: United Nations General Assembly, Seventy-fourth session. New York: United Nations; 2019.

90 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

52. Draft global strategy on digital health 2020-2024. Geneva: World Health Organization; 2020.

53. Working together for health: the world health report. Geneva: World Health Organization; 2006.

54. Frank J, Snell L, Sherbino J. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

55. ACGME common program requirements (residency). Philadelphia: Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME); 2020.

56. Englander R, Cameron T, Ballard A, Dodge J, Bull J, Aschenbrener C. Towards a common taxonomy of competency domains for the health professions and competencies for physicians. Academic Medicine. 2013;88(8):1088-94.

57. A global competency framework for services provided by pharmacy workforce. FIP Education Initiatives. The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2012.

58. Nursing care continuum framework and competencies. ICN Regulation Series. Geneva: International Council of Nurses; 2008.

59. Essential competencies for midwifery practice. The Hague: International Confederation of Midwives; 2018.

60. Englander R, Frank J, Carraccio C, Sherbino J, Ross S, Snell L et al. Towards a shared language for competency-based medical education. Medical Teacher. 2013;39(6):582-7.

61. ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based curriculum. Medical Education. 2005;39(12):1176-7.

62. Shorey S, Lau T, Lau S, Ang E. Entrustable professional activities in health care education: a scoping review. Medical Education. 2019;53(8):766-77.

63. Bloom B, Mesia B, Krathwohl D. Taxonomy of educational objectives. New York: David McKay; 1964.

64. Anderson L, Krathwohl D, Airasian P, Cruikshank K, Mayer R, Pintrich P et al. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. Boston: Allyn & Bacon; 2001.

65. Mills JA, Middleton J, Schafer A, Fitzpatrick S, Short S, Cieza A. Proposing a reconceptualisation of competency framework terminology for health: a scoping review. Human Resources for Health. 2020;18:15.

66. Frank J, Snell L, ten Cate O, Holmboe E, Carraccio C, Swing S et al. Competency-based medical education: theory to practice. Medical Teacher. 2010;32(8):638-45.

67. Dreyfus H, Dreyfus S. Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the age of the computer. Oxford: Basil Blackwell; 1986.

68. Mannava P, Durrant K, Fisher J, Chersich M, Luchters S. Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: a systematic review. Globalization and Health. 2015;11:36.

69. Jepsen R, Ostergaard D, Dieckmann P. Development of instruments for assessment of individuals' and teams' non-technical skills in healthcare: a critical review. Cognition,Technology and Work. 2015; 17:63-77.

70. Health Communication Capacity Collaborative (HC3). Factors impacting the effectiveness of health care worker behaviour change: a literature review. Baltimore: Johns Hopkins Center for Communication Programs; 2016.

71. Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2017.

BIBLIOGRAFIA 91

72*.* Lee A, Steketee C, Rogers G, Moran M. Towards a theoretical framework for curriculum development in health professional education. Focus on Health Professional Education. 2013;14(3):70-83.

73. Pangaro L, ten Cate O. Frameworks for learner assessment in medicine: AMEE guide No. 78. 2013.

74. WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Geneva: World Health Organization; 2021.

75. Training tools for curriculum development: a resource pack. Geneva: UNESCO International Bureau of Education; 2017.

76. Transforming health priorities into projects: health action in crises 1-2. Stakeholder analysis. Geneva: World Health Organization; 2009.

77. Schmeer K. Stakeholder analysis guidelines. Geneva: World Health Organization, Global Health Workforce Alliance; 1999.

78. Hart L, Carr C, Fullerton J. Task analysis as a tool for health systems strengthening: an implementation guide. Baltimore: Jhpiego; 2015.

79. Matrix specification of core clinical conditions for the physician assistant by category of level of competence. United Kingdom Department of Health; 2006.

80. Coombes I, Avent M, Cardiff L, Bettenay K, Coombes J, Whitfield K et al. Improvement in pharmacist's performance facilitated by an adapted competency-based general level framework. Journal of Pharmacy Practice and Research. 2015;40(2):111-8.

81. Czabanowska K, Klemenc-Ketis Z, Potter A, Rochford A, TomasikT, Csiszar J et al. Development of a competency framework for quality improvement in family medicine: a qualitative study. Journal of Continuing Education. 2012;32(3):174-80.

82. Miller G. The magical number seven, plus or minus two: some limits on our capacity for processing information. Psychological Review. 1956;63(2):81 —97.

83. Integrated Management of Childhood Illness (ICMI): planning, implementing and evaluating pre-service training. Geneva: World Health Organization; 2001.

84. Bloom B.Taxonomy of educational objectives, handbook: the cognitive domain. New York: David McKay; 1956.

85. Miller G.The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine. 1990;65(9):63-7.

86. Wass V, van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. Lancet. 2001;357:945-9.

87. van der Vleuten C, Sluijsmans D, Joosten-ten Brinke D. Competence assessment as learner support in education. In: Competence-based vocational and professional education, technical and vocational education and training: issues, concerns and prospects. Switzerland: Springer International Publishing; 2017:607-30.

88. van der Vleuten C.The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. Advances in Health Sciences Education. 1996; 1 (1 ):41 —67.

89. Biggs J. Constructive alignment in university teaching. HERDSA Review of Higher Education. 2014;1:5-22.

90. Kirkpatrick D. Evaluation of training. In: Training and development handbook. New York: McGraw-Hill; 1967.

92 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Załącznik 1

Zasady tworzenia komponentów ram kompetencji: kompetencje, zachowania, czynności praktyczne i zadania

Poniżej przedstawiono zasady pisania opracowane i zastosowane przy opracowywaniu Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC. Zostały one również przedstawione tutaj, aby pomóc użytkownikom w kontekstualizacji ram.

|  |  |
| --- | --- |
| **Kompetencja**  **Definicja** | Zdolność danej osoby do integrowania wiedzy, umiejętności i postaw podczas wykonywania zadań w danym kontekście. Kompetencje są trwałe, możliwe do wyszkolenia i, poprzez wyrażanie zachowań, mierzalne. |
| **Charakterystyka** | -Ciągłe, stałe umiejętności  -Może rozwijać się lub erodować wraz z upływem czasu  -Umożliwia wykonywanie wielu czynności praktycznych  -Osoba może posiadać kompetencję  -Kompetencja jest demonstrowana w kontekście wyników  -Wymaga integracji wiedzy, umiejętności i postaw  -Zachowanie wykazujące daną kompetencję definiuje standard wykonania  -Kompetencja jest wieloaspektowa (przejawia się w wielu zachowaniach)  -Zachowania są wymiernym wyrazem kompetencji. |
| **Zasady pisania** | 1. Czasownik wyrażający czynność: trzecia osoba liczby pojedynczej  2. Listy są uporządkowane alfabetycznie  3. Koncentruje się na roli jednostki, a nie na tym, dlaczego lub jaki może być wynik końcowy; nie przypisuje postaw, przekonań, celów ani motywacji  4. Brak twierdzeń o tym, czego nie należy robić  5. Brak przysłówków względnych lub oceniających (np. szybko, powoli) lub przymiotników (np. dobry, skuteczny, odpowiedni); są one bardziej odpowiednie dla standardów.  6. Każda kompetencja pojawia się w ramach raz; niektóre kompetencje mogą się na siebie nakładać, jeśli zostaną podane dodatkowe szczegóły, na przykład skuteczna komunikacja z pacjentami, współpracownikami i zespołami międzysektorowymi. W tym przypadku wymagana jest ocena, czy zorganizować jako część „komunikacji” czy „współpracy”. |

93

**Zachowanie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Definicja** | Obserwowalne zachowanie wobec innych osób lub zadań, które wyraża daną kompetencję. Zachowania są mierzalne podczas wykonywania zadań |
| **Charakterystyka** | -Ciągłe, stałe zachowania (nawyki)  -Może rozwijać się lub erodować wraz z upływem czasu  -Umożliwia wykonywanie wielu czynności praktycznych  -Wymaga integracji wiedzy, umiejętności i postaw  -Określa standard wykonania  -Wiele zachowań demonstruje jedną kompetencję  -Wykonanie jest mierzalne jako ocena w skali częstotliwości (nigdy, czasami, zawsze). |
| **Zasady pisania** | 1. Czasownik wyrażający czynność: trzecia osoba liczby pojedynczej  2. Tylko pojedynczy, mierzalny czasownik  3. Listy są uporządkowane alfabetycznie  4. Nie przypisuje postaw, przekonań, celów ani motywacji; koncentruje się na roli jednostki, a nie na tym, dlaczego lub jaki może być wynik końcowy  5. Wyrażenie zachowania jest w mocy lub pod kontrolą pracownika służby zdrowia; pracownik służby zdrowia kontroluje swoje działania lub reakcję na sytuację, ale nie może kontrolować wyniku  6. Brak twierdzeń o tym, czego nie należy robić  7. Brak przysłówków względnych lub oceniających (np. szybko, powoli) lub przymiotników (np. dobry, skuteczny, odpowiedni); są one bardziej odpowiednie dla standardów.  8. Każde zachowanie pojawia się w Ramach raz |

**CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Definicja** | Podstawowa funkcja praktyki zdrowotnej obejmująca grupę powiązanych zadań. Czynności praktyczne są ograniczone czasowo, możliwe do wyszkolenia i, poprzez wykonywanie zadań, mierzalne. Osoby mogą uzyskać certyfikat uprawniający do wykonywania czynności praktycznych |
| **Charakterystyka** | -Opisuje wspólny cel grupy zadań  -Ograniczone czasowo, osobne działania, obserwowalne od początku do końca.  -Wymaga stosowania wiedzy, umiejętności i postaw  -Osoba może wykonywać czynność praktyczną lub zadanie, ale nie może ich posiadać.  -Jednostka oceny, certyfikacji lub regulacji |
| **Zasady pisania** | 1. Czasownik wyrażający jedną czynność: czas teraźniejszy  2. „Rozmiar” czynności praktycznej nie odzwierciedla czasu trwania programu nauczania; dopuszczalne jest, aby były one zmienne.  3. Każda czynność praktyczna pojawia się w Ramach raz |

**Zadanie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Definicja** | Obserwowalna jednostka pracy w ramach czynności praktycznej, która opiera się na wiedzy, umiejętnościach i postawach. Zadania są ograniczone czasowo, możliwe do wyszkolenia i mierzalne. |
| **Charakterystyka** | -Ograniczone czasowo, osobne działania, obserwowalne od początku do końca  -Wymaga stosowania wiedzy, umiejętności i postaw  -Osoba może wykonywać czynność praktyczną lub zadanie, ale nie może ich posiadać.  -Jednostka oceny, certyfikacji lub regulacji  -Mniejsza, mierzalna jednostka w ramach czynności praktycznej  -Nie osiąga celu samo w sobie; jest abstrakcyjne, chyba że jest rozpatrywane w kontekście szerszej czynności praktycznej  -Wykonanie jest mierzalne na skali dychotomicznej (tak lub nie). |
| **Zasady pisania** | 1. Czasownik wyrażający jedną czynność: czas teraźniejszy  2. Nie przedstawia wytycznych ani wyników sekwencyjnych  3. Przedstawia dobrą praktykę  4. Ma zastosowanie do różnych ról, kontekstów, sytuacji lub zadań, bez ich określania  5. Nie uwzględnia standardów zawodowych, takich jak częstotliwość, okoliczności wykonywania zadania lub interpretacje tego, co jest właściwe lub istotne  6. Brak przysłówków względnych lub oceniających (np. szybko, powoli) lub przymiotników (np. dobry, skuteczny, odpowiedni); są one bardziej odpowiednie dla standardów.  7. Pojawia się raz w ramach czynności praktycznej. Może pojawić się w wielu czynnościach praktycznych |

94 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Załącznik 2

Szablony do kontekstualizacji Globalnych Ram Kompetencji i Wyników dla UHC dla określonego kontekstu, zestawu usług lub grupy zawodowej

Nie ma jednego poprawnego sposobu przedstawienia kompetencji i czynności praktycznych, ponieważ zależy to od poziomu ich szczegółowości, ich liczby, domen i tego, jak wiele szczegółów jest zdefiniowanych. Każda z dwóch poniższych opcji może być dalej rozszerzana w celu dodania poziomów biegłości odnoszących się do zadań w ramach odpowiedzialności, jeśli kontekstowe ramy mają na celu kierowanie kamieniami milowymi w podróży ucznia.

Format 1: ramy kompetencji i wyników

Nadaje się do ram, które mają szerokie zastosowanie w wielu grupach zawodowych lub środowiskach, do dalszej adaptacji i przyjęcia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Domena kompetencji** |  | **Domena czynności praktycznej** |  | |
| 1. Kompetencja | 1. | Czynność praktyczna |  | |
| a. Zachowanie |  | a. Zadanie |  | |
| b. Zachowanie |  | b. Zadanie |  | |
| c. itd. |  | c. itd. | |  | |
| 2. Kompetencja | 2. | Czynność praktyczna |  | |
| a. Zachowanie |  | a. Zadanie |  | |
| b. Zachowanie |  | b. Zadanie |  | |
| c. itd. |  | c. itd. |  | |
| 3. Kompetencja | 3. | Czynność praktyczna |  | |
| a. Zachowanie |  | a. Zadanie |  | |
| b. Zachowanie |  | b. Zadanie |  | |
| c. itd. |  | c. itd. |  | |

Format 2: standardy oparte na kompetencjach

Autorytatywne stwierdzenia dotyczące wykonania lub zdefiniowane wyniki programu.

|  |  |
| --- | --- |
| **CZYNNOŚĆ PRAKTYCZNA**  Zadania | **Nazwa**  a. Zadanie  b. Zadanie  c. itd. |
| Standardy wykonania | a. Zachowanie (czasownik określający działąnie w stronie czynnej) + treść (narzędzia, przedmiot) + kryteria (częstotliwość, dokładność itp.).  b. Zachowanie (czasownik określający działąnie w stronie czynnej) + treść (narzędzia, przedmiot) + kryteria (częstotliwość, dokładność itp.).  c. itd. |

95

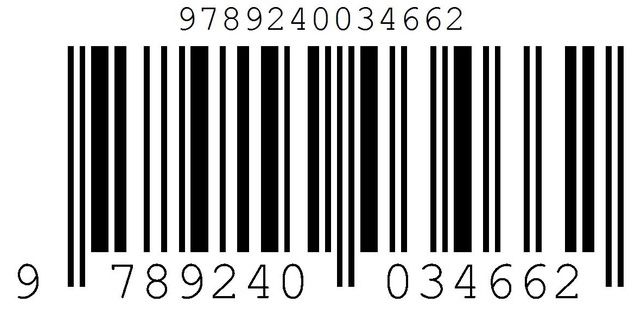
Department Pracowników Służby Zdrowia

Światowa Organizacja Zdrowia

20 Avenue Appia

CH 1211 Genewa 27

Szwajcaria [www.who.int/hrh](http://www.who.int/hrh)



1. Taki zintegrowany pakiet polityk obejmuje bezpieczeństwo pracy, możliwość zarządzania obciążeniem pracą, wspierający nadzór i zarządzanie organizacją, możliwości kształcenia ustawicznego i rozwoju zawodowego, ulepszone ścieżki rozwoju kariery, zachęty rodzinne i związane ze stylem życia, zapomogi w przypadku trudnych sytuacji, dodatki i stypendia mieszkaniowe i edukacyjne, odpowiednie udogodnienia i narzędzia pracy oraz środki mające na celu poprawę bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym środowisko pracy wolne od wszelkiego rodzaju przemocy, dyskryminacji i nękania *(7).* [↑](#footnote-ref-1)
2. Teoria aktywności jest zakorzeniona w rozumieniu ludzi jako osób społeczno-kulturowych (a nie procesorów lub elementów systemów), tak więc aby osiągnąć wynik w świadczeniu opieki zdrowotnej, osoba musi pośredniczyć w sekwencji zadań zmierzających do celu w ramach zasad i narzędzi dostępnych w danym kontekście.

   1.WPROWADZENIE 11 [↑](#footnote-ref-2)
3. „Wobec wszystkich ludzi” oznacza niezależnie od wieku, statusu azylowego lub migracyjnego, karalności, kultury, niepełnosprawności, statusu ekonomicznego, pochodzenia etnicznego, tożsamości i ekspresji płciowej, świadomości zdrowotnej, stanu zdrowia, języka, narodowości, rasy, religii, płci, orientacji seksualnej, przestrzegania leczenia, podatności na zły stan zdrowia lub innych cech.

   2. KOMPETENCJE 17 [↑](#footnote-ref-3)
4. Cele komunikacyjne opisują pożądane wyniki interakcji, na przykład przekazanie lub otrzymanie informacji, przekonanie, budowanie zaufania lub zapewnianie wsparcia, a także pilność.

   2. KOMPETENCJE 19 [↑](#footnote-ref-4)
5. Pojęcie „innych” obejmuje osoby indywidualne, rodziny, opiekunów, społeczności i innych pracowników służby zdrowia.

   20 GLOBALNE RAMY KOMPETENCJI I WYNIKÓW DLA POWSZECHNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI ZDROWOTNEJ [↑](#footnote-ref-5)