

PROGRAM SZKOLENIA SAFE-MED Standard

Autorstwa:

dr Katarzyna Brzychcy, adiunkt w Katedrze Zarządzania Przedsiębiorstwem w Instytucie Zarządzania Uniwersytetu Szczecińskiego, kierownik Referatu Programów i Projektów Zdrowotnych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego,

mgr Wiktoria Niedzielska-Galant psycholog, społeczna psychologia kliniczna Uniwersytet SWPS w Warszawie, mediator sądowy, autorka programów szkoleniowych i procedur interwencyjnych w sytuacjach kryzysowych.

lek. Dorota Rybak - lekarz dentysta, mgr psychologii - Processwork Institute Portland, Master of Arts in Process Oriented Psychology and Conflict Studies.

The Joint Commission (TJC), wiodąca światowa organizacja akredytująca placówki medyczne, w swoich raportach dotyczących zdarzeń o krytycznych skutkach, regularnie wskazuje, że **błędy w przepływie informacji** odpowiadają za ponad **60% zdarzeń niepożądanych**. Dlatego standaryzacja komunikacji jest dziś kluczowym elementem bezpieczeństwa w sektorze zdrowia. Program **SAFE-MED Standard** stanowi pakiet protokołów ustandaryzowanych opracowany na podstawie badań wiodących organizacji i instytucji monitorujących sektor medyczny. Przekłada on teoretyczną wiedzę psychologiczną na konkretne protokoły operacyjne dla członków zespołów medycznych. Dzięki poznaniu tych procedur barierowych, personel zyskuje wymierne narzędzia do **minimalizacji ryzyka klinicznego, ochrony prawnej personelu oraz profilaktyki wypalenia** kadry medycznej.

Zastosowanie ustandaryzowanych protokołów komunikacyjnych pozwala na:

- **optymalizację czasu wizyty** i poprawę **skuteczności diagnostycznej** już w pierwszych minutach wywiadu,
- zbudowaniu **silnego sojuszu terapeutycznego**, co statystycznie **redukuje liczbę skarg i roszczeń o 30%**,
- ochronę dobrostanu personelu poprzez poznanie procedur deeskalacyjnych, które dają kadrze gotowe **matryce reakcji na agresję i silny stres**, co realnie obniża poziom stresu u medyków i stanowi profilaktykę wypalenia zawodowego

Program szkoleniowy SAFE-MED Standard zapewnia pełną zgodność z rygorystycznymi wymogami akredytacyjnymi **CMJ 2025** w obszarach **bezpieczeństwa i praw pacjenta**. Program bezpośrednio „zaopiekowuje” obligatoryjne wskaźniki jakościowe, m.in. Standard BP 4 (komunikacja personelu), JZ 3 (zarządzanie sytuacjami trudnymi) oraz PP

5 (zrozumiałość informacji), co przekłada się na **wyższą punktację podczas audytów jakościowych**.

Całość procesu kończy obiektywny egzamin **OSCE**, dostarczający dyrekcji twardych danych o realnym wzroście kompetencji zespołu.

TYTUŁ SZKOLENIA: SAFE-MED Standard - protokoły komunikacyjne w praktyce klinicznej

GRUPA DOCELOWA: członkowie zespołów medycznych - lekarze, pielęgniarki oraz kadra zarządzająca

CEL GŁÓWNY: Rozwijanie kompetencji komunikacyjnych w oparciu o ustandaryzowane protokoły komunikacyjne jako zasadnicze, mające na celu poprawę bezpieczeństwa klinicznego pacjenta, zaawansowanej współpracy w zespole, minimalizację ryzyka błędów medycznych, ochronę dobrostanu psychicznego i prawnego personelu medycznego.

CELE SZCZEGÓŁOWE:

- **Operacjonalizacja komunikacji:** Przekształcenie intuicyjnych rozmów w mierzalne algorytmy postępowania (procedury). Poznanie fundamentów protokołów komunikacji klinicznej.
- **Skrócenie czasu diagnostyki:** Optymalizacja wywiadu lekarskiego w celu pozyskania maksimum istotnych danych w minimum czasu.
- **Deeskalacja napięcia:** wykształcenie umiejętności neutralizowania agresji i silnych emocji pacjenta/rodziny bez angażowania własnych zasobów emocjonalnych. Empatia w praktyce klinicznej.
- **Standaryzacja przekazu w zespole:** Wyeliminowanie szumu informacyjnego i błędów interpretacyjnych podczas przekazywania opieki nad pacjentem. Komunikacja wewnątrz zespołu (Inter Professionalism).
- **Budowanie bezpiecznej relacji:** Profesjonalne dostarczanie trudnych diagnoz zgodnie z zasadami etyki i psychologii klinicznej. Trudne sytuacje i przekazywanie niepomyślnych wiadomości. Autorefleksja i ochrona zasobów (Wellness).

EFEKTY SZKOLENIA:

Uczestnicy po ukończeniu szkolenia:

WIEDZĄ:

- jak przeprowadzić rozmowę z pacjentem;
- jakie są naukowe dowody na związek między jakością komunikacji a bezpieczeństwem pacjenta (wskaźniki zdarzeń niepożądanych);
- jak wskaźniki komunikacyjne wpływają na proces akredytacji placówki (standardy CMJ 2025: BP 4, JZ 3, PP 5);
- że komunikacja medyczna podlega standaryzacji tak samo jak procedury medyczne (np. reanimacja czy aseptyka);
- jak rozpoznać sygnały niewerbalne świadczące o narastającym lęku lub agresji u pacjenta.

ZNAJĄ:

- techniki i narzędzia wspierające rozmowę z pacjentem;
- potrafi przypisać konkretny protokół do aktualnej sytuacji klinicznej;
- zasady „pętli zamkniętej” (Check-back) i jej znaczenie w zapobieganiu błędom medycznym;
- technikę „strzału ostrzegawczego” oraz metody weryfikacji zrozumienia informacji przez pacjenta;
- granice własnej asertywności i profesjonalnej empatii, chroniące przed wypaleniem zawodowym.

POTRAFIĄ:

- przeprowadzić wywiad diagnostyczny, uzyskując kluczowe informacje w pierwszej minucie rozmowy;
- zneutralizować agresję lub lęk pacjenta przy użyciu protokołu komunikacyjnego, unikając eskalacji konfliktu w ciągu 30 sekund;

- sformułować precyzyjny komunikat w zespole według protokołu komunikacyjnego, zapewniając bezpieczne przekazanie parametrów krytycznych;
- przekazać niepomyślną wiadomość o stanie zdrowia, zachowując strukturę, która daje pacjentowi poczucie opieki, a lekarzowi poczucie profesjonalizmu.

METODY DYDAKTYCZNE:

wykład, dyskusja moderowana, praca w grupach, praca indywidualna, scenki symulacyjne, video-feedback.

- **Wykłady interaktywne** – krótkie, intensywne wprowadzenia merytoryczne, angażujące uczestników przez pytania kontrolne i wymianę doświadczeń.
- **Dyskusje moderowane** – ukierunkowana wymiana poglądów i doświadczeń uczestników, moderowana w celu wydobywania kluczowych wniosków.
- **Mini-wykład** - zwięzła prezentacja kluczowych treści, często jako wprowadzenie lub podsumowanie pracy warsztatowej.
- **Praca w parach lub grupach** – wspólne tworzenie projektów programów szkoleń oraz ćwiczenie wybranych metod dydaktycznych i facylitacyjnych.
- **Praca indywidualna** – opracowywanie scenariuszy zajęć, diagnozy potrzeb, planowanie ewaluacji szkolenia.
- **Scenki symulacyjne** – praktyczne ćwiczenie kompetencji komunikacji z pacjentem/ zespołem radzenia sobie z trudnymi pacjentami sytuacjami stresowymi oraz reagowania na sytuacje krytyczne (lęk, agresja) .
 - Role-playing: Symulacje rozmów z "trudnym pacjentem" (z nagrywaniem wideo i analizą).
 - Analiza Case Study: Omawianie realnych sytuacji z oddziału (z zachowaniem anonimowości).
 - Karty pracy: Gotowe check-listy komunikacyjne do włożenia do kieszeni fartucha.
- **Studium przypadku (Case study)** – analiza konkretnych przypadków sytuacji klinicznych (udanych i nieudanych), by lepiej zrozumieć zasady skutecznego komunikowania i zarządzania emocjami w sytuacjach klinicznych.

- **Demonstracja** – metoda polegająca na pokazaniu uczestnikom, jak prawidłowo wykonać dane zadanie lub czynność. Ułatwia zrozumienie i naśladowanie wzorca działania. Symulacje kliniczne – intensywny trening protokołów komunikacyjnych
- **Informacja zwrotna grupowa i indywidualna** – konstruktywna informacja zwrotna od uczestników oraz trenera prowadzącego, wzmacniająca kompetencje i świadomość własnych mocnych stron oraz obszarów do rozwoju.
- **Refleksja grupowa** – podsumowanie doświadczeń i wyciąganie wniosków po każdym module , ugruntowujące przyswajane treści.

ŚRODKI DYDAKTYCZNE: prezentacja multimedialna, karty pracy, ankiety, flipchart, video feedback

- **Prezentacja multimedialna** – uporządkowany przekaz treści merytorycznych, schematów, modeli dydaktycznych oraz kluczowych informacji wspierających proces uczenia się uczestników.
- **Karty pracy** – gotowe formularze i szablony do ćwiczeń praktycznych, np. formularze protokołów z przykładami, recepty komunikacyjne, arkusze samooceny
- **Kwestionariusze i ankiety** – narzędzia do analizy potrzeb i stanów emocjonalnych pacjentów i współpracowników , oraz przeprowadzania ewaluacji na różnych etapach procesu szkoleniowego.
- **Flipchart, tablice suchościeralne, markery, karteczki samoprzylepne (post-it)**
– do wspierania pracy grupowej, prowadzenia burzy mózgów, dyskusji moderowanych oraz wizualizacji pomysłów uczestników.
- **Materiały pomocnicze** – przykładowe scenariusze sytuacji klinicznych – gotowe wzorce, które uczestnicy mogą wykorzystać jako punkt wyjścia do własnej praktyki klinicznej .
- **Gry i symulacje edukacyjne** – zestawy do przeprowadzania praktycznych ćwiczeń, np. symulacji prowadzenia rozmów z pacjentem, zbierania wywiadu, komunikacji wewnątrz zespołu, przekazania pacjenta, zwracanie uwagi na błędy
- **Materiały dydaktyczne w formie cyfrowej** – zestaw gotowych do użycia “recept komunikacyjnych” w oparciu o protokoły *SAFE-MED Standard*
- **Listy kontrolne** – narzędzia wspierające przygotowanie procesu szkoleniowego, kontrolę poprawności realizowanych etapów, np. lista trenera przed, w trakcie oraz po szkoleniu.
- **Narzędzia autodiagnostyczne** - kwestionariusze.

- **Ankiety (pre-test, post-test, inne)** - narzędzie diagnostyczne mające na celu ocenę efektywności nauczania oraz poziomu przyswojenia wiedzy przez uczestników.

LICZBA GODZIN DYDAKTYCZNYCH:

Lp.	Temat (części szkolenia)	Czas (godziny dydaktyczne/min.)
	Moduł 1: Poznanie fundamentów protokołów komunikacji klinicznej	
1.	• Model Calgary-Cambridge: Standard struktury konsultacji medycznej (rozpoczęcie, zbieranie informacji, budowanie relacji, wyjaśnianie i planowanie). • Komunikacja niewerbalna w białym fartuchu: Wpływ kontaktu wzrokowego, postawy ciała i tonu głosu na poczucie bezpieczeństwa pacjenta. • Aktywne słuchanie: Techniki parafrazy i odzwierciedlenia, które skracają czas wywiadu przy jednoczesnym zwiększeniu ilości uzyskanych danych.	4h
2.	Moduł 2: Empatia w praktyce klinicznej	
	• Pięciostopniowy protokół komunikacyjny obsługi emocji pacjenta. • Empatia vs. Sympatia: Gdzie postawić granicę, by zachować profesjonalizm i zdrowie psychiczne.	4h

	• Empatia jako kompetencja kliniczna. • Strategie podtrzymywania relacji w oparciu o empatię z uwzględnieniem specyfiki środowiska medycznego. • Rozpoznawanie emocji i potrzeb - co kieruje zachowaniem własnym i innych. • Skupienie uwagi na rozmówcy w celu pełnego zrozumienia jego perspektywy - korzyści w praktyce klinicznej.	
3.	Moduł 3: Trudne sytuacje i przekazywanie niepomyślnych wiadomości	
	• Sześciostopniowy model przekazywania złych wieści (od przygotowania otoczenia po plan działania). • Radzenie sobie z agresją i oporem: Techniki deeskalacji napięcia u pacjenta lub jego rodziny. • Błąd medyczny: Jak rozmawiać o pomyłkach, by zachować autorytet i etykę.	6h

4.	Moduł 4: Komunikacja wewnątrz zespołu (Inter Professionalism)	
	• Feedback w biegu: Jak dawać i przyjmować konstruktywną krytykę w warunkach napięcia i presji. • Sześciostopniowy protokół komunikacyjny skuteczny przy wymianie informacji klinicznych. • Identyfikacja zasobów zespołu. • Budowanie kultury otwartej komunikacji w zespole - korzyści i wyzwania. • Rozpoznanie barier w komunikacji zespołowej. • Rozpoznawanie mechanizmów powstawania nieporozumień/ konfliktów. • Jakość wymiany informacji w zespole - jak podnosić jakość komunikacji w warunkach klinicznych • Strategie budowania skutecznej komunikacji w zespole.	6h

	• Rozpoznawanie własnych stylów komunikacyjnych.	
5.	Moduł 5: Autorefleksja i ochrona zasobów (Wellness)	
	• Rozpoznawanie własnych zasobów osobistych. • Identyfikacja własnych słabych i mocnych stron w komunikacji. • Świadoma praca z własnym potencjałem. • Identyfikowanie mechanizmów utraty własnych zasobów.	4h
	Razem liczba godzin dydaktycznych	24h

Architektura Programu (Model 70:20:10)

Faza A: Pre-work (10% - Edukacja formalna)

Narzędzie: Micro-learning (video + pigułki wiedzy).

Cel: Zapoznanie z ustandaryzowanymi protokołami komunikacyjnym, aby na warsztacie skupić się wyłącznie na treningu.

Faza B: Warsztat Treningowy (20% - Social Learning)

Metoda: „Akwarium” (Fishbowl) oraz Peer-to-peer feedback z wykorzystaniem arkuszy obserwacji uczestniczącej, które pozwolą uczestnikom szkolenia na obiektywną ocenę osób uczestniczących w zadaniu bez poczucia oceniania personalnego.

Faza C: Symulacja Kliniczna (70% - Praktyka)

Metoda: High-Fidelity Simulation z Pacjentem Symulowanym (aktorem) z wykorzystaniem optymalizacji scenariuszy symulacyjnych, aby wymuszały one przejście przez każdy krok wybranego protokołu.

Program szkoleniowy jest realizowany zgodnie z Cyklem Kolba:

- Doświadczenie (Gry/Symulacje): Doświadczenie symulacji
- Refleksja: Analiza błędów, momentów krytycznych
- Teoria (Konceptualizacja): Protokoły *SAFE-MED Standard* jako rozwiązanie.
- Praktyka: Trenujemy protokół w bezpiecznych warunkach - video feedback, informacja zwrotna od obserwatorów zgodnie z kartą ewaluacji, formularz samooceny

Certyfikacja SAFE-MED Standard

Egzamin **OSCE** jest uznawany za „złoty standard” weryfikacji kompetencji praktycznych, ponieważ pozwala na mierzalny dowód nabycia umiejętności, co jest wymogiem akredytacyjnym (Standard JZ 7.1). Aby kryteria oceny były w pełni obiektywne - z wykorzystaniem **behawioralnych wskaźników binarnych**.

Szkolenie przygotowuje do przejścia procedury certyfikacyjnej OSCE

1. Metoda ważenia kryteriów (Matryca Kompetencji):

- **Kryteria Krytyczne (60% oceny) – Zgodność z protokołem:**
 - Weryfikacja realizacji każdego kroku protokołu komunikacyjnego
 - Stosowanie „pętli zwrotnej” (Check-back) – obligatoryjny punkt kontrolny dla bezpieczeństwa pacjenta.
 - Użycie „strzału ostrzegawczego” wymagany w protokole
- **Kryteria Behawioralne (30% oceny) – Technika wykonania:**
 - Utrzymanie kontaktu wzrokowego i pozycji siedzącej
 - Nazwanie emocji pacjenta
 - Czas trwania ciszy po przekazaniu trudnej wiadomości (min. 10 sekund).
- **Kryteria Relacyjne (10% oceny) – Subiektywne odczucie aktora:**

- Pacjent symulowany ocenia w skali 1-5: „Czy czułem się bezpiecznie/zrozumiany?”.

2. Narzędzia zwiększające obiektywizm:

- **Double-coding:** Ocena przez dwóch niezależnych egzaminatorów
- **Video-debriefing:** Nagrywanie sesji pozwala na rozstrzygnięcie spornych kwestii i pokazanie uczestnikowi dowodów na pominięcie kroku protokołu.

Poziom 3 (Zachowanie): Pomiar transferu wiedzy do gabinetu

Pomiar zachowań w realnym gabinecie z wykorzystaniem skutecznych, nieinwazyjnych metod mierzenia, czy lekarz faktycznie stosuje algorytmy **SAFE-COM**.

1. Wykorzystanie wskaźników CMJ i ankiet PJ 9: Najbardziej obiektywnym, systemowym narzędziem są **badania opinii i doświadczeń pacjentów (Standard PJ 9)**.

- Dodanie do standardowej ankiety pytania celowane: „*Czy lekarz upewnił się, że rozumie Pan/Pani plan leczenia?*” (sprawdza transfer poznanego protokołu)
- Wysoki wynik (min. 85%) w tej sekcji jest mierzalnym sukcesem wdrożenia szkolenia.

2. Audyt dokumentacji medycznej (Wskaźnik Adopcji poznanych protokołów):

Metoda całkowicie bezpieczna dla prywatności, polegająca na analizie wpisów w kartach pacjenta.

- Sprawdzenie, czy wpisy dotyczące przekazania opieki (handoffs) są ustrukturyzowane według poznanego protokołu
- Wyszukiwanie frazy: „*Poinformowano pacjenta zgodnie z protokołem, zweryfikowano zrozumienie*” – co stanowi dowód staranności zawodowej i precyzji prawnej.

3. Autorefleksja i Micro-Debriefing (Indeks Odporności): Narzędzie wspierające dobrostan personelu (Standard JZ 3).

- Wprowadzenie krótkich kart samooceny po trudnych dyżurach: „*Czy w dzisiejszej sytuacji z agresywnym pacjentem użyłem protokołu komunikacyjnego? Co zadziałało?*”.
- Wzrost poczucia bezpieczeństwa personelu w skali Likerta jest dowodem na transfer umiejętności deeskalacyjnych.

Bibliografia i Wybrane Piśmiennictwo:

1. *CRICO Strategies. National Comparative Benchmarking System: Communication Failures in Malpractice Cases. Harvard Medical Institutions.*
2. *Starmer A.J., et al. Changes in Medical Errors after Implementation of a Handover Bundle. N Engl J Med 2014; 371:1803-1812.*
3. *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). TeamSTEPPS: Effectiveness of Standardized Communication Protocols in Patient Safety Outcomes.*
4. *Baile W.F., Buckman R. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News. The Oncologist 2000; 5:302–311*

Rozwinięcie:

1. Raport CRICO Strategies (Harvard Medical Institutions)

To fundament i najważniejsze źródło wiedzy o błędach komunikacyjnych na świecie. CRICO zarządza bazą danych obejmującą ponad 30% wszystkich spraw o błędy medyczne w USA.

Kluczowe dane: Analiza ponad 23 000 spraw sądowych wykazała, że **aż 30% roszczeń o błąd medyczny miało bezpośrednie podłoże w deficytach komunikacyjnych**. W przebadanych przypadkach błędy te kosztowały system ochrony zdrowia 1,7 miliarda dolarów i doprowadziły do śmierci pacjentów w 37% przypadków.

2. Badanie dot. Protokołu I-PASS (New England Journal of Medicine)

Najgłośniejsze, wieloośrodkowe badanie naukowe, które udowodniło, jak wdrożenie sztywnych protokołów komunikacji (zblizonych konstrukcyjnie do SBAR) wpływa na bezpieczeństwo.

Kluczowe dane: Po wprowadzeniu standaryzowanego protokołu przekazywania informacji o pacjencie w 9 dużych szpitalach akademickich, “liczba błędów medycznych spadła o 23%”, a “liczba zdarzeń niepożądanych zagrażających życiu pacjenta spadła o 30%”. Co kluczowe, czas potrzebny na przekazanie raportu nie wydłużył się.

3. Dane AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) i TeamSTEPPS

Amerykańska rządowa agencja odpowiedzialna za jakość w medycynie opublikowała liczne metaanalizy dotyczące efektów wdrożenia programu TeamSTEPPS (z którego pochodzą algorytmy SBAR i CUS).

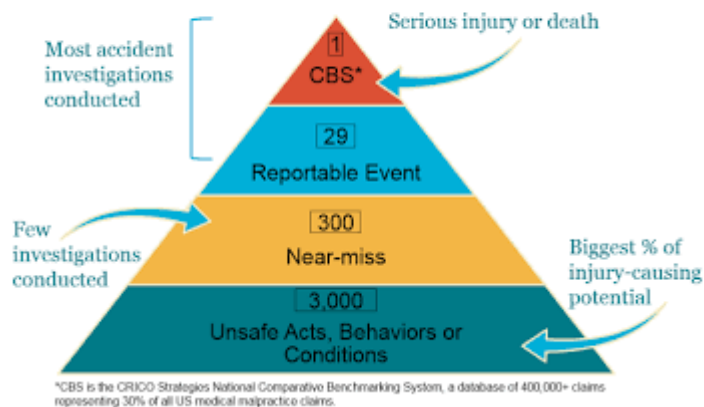
Kluczowe dane: Szpitale wdrażające protokoły komunikacji zespołowej odnotowały średni spadek roszczeń ubezpieczeniowych z tytułu błędów medycznych w przedziale “od 25% do 40%” w ciągu pierwszych 3 lat od pełnej implementacji systemu. Poprawie uległ również wskaźnik tzw. “Root Cause Analysis” w kontekście opóźnień diagnostycznych.

4. Badanie dotyczące protokołu SPIKES i roszczeń w onkologii

Przekazywanie złych wiadomości w zły sposób to jedna z najczęstszych przyczyn skarg pacjentów do Izb Lekarskich oraz Rzecznika Praw Pacjenta.

Kluczowe dane: Badania nad zachowaniami pacjentów dowodzą, że w ponad “70% przypadków” decyzja o wejściu na drogę sądową po niepowodzeniu medycznym nie wynikała z samego faktu powikłania, ale z “agresywnego, lekceważącego lub niejasnego sposobu komunikacji lekarza” podczas przekazywania trudnej informacji. Lekarze stosujący protokoły komunikacyjne drastycznie minimalizują to ryzyko subiektywnego rozczarowania pacjenta.

Incident Ratio Model: Adapted from Heinrich's Theory



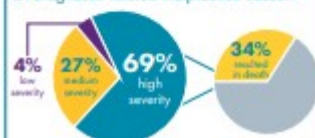
Did you know...

1 in 3 patients experiences a diagnostic error firsthand.¹



33% of all diagnostic-related malpractice cases have **1+ communication breakdowns.**²

Of diagnostic-related malpractice cases...³



Diagnostic-related communication failures occur across all settings.⁴



Inappropriate testing, wrong treatments & malpractice lawsuits result in expenses over **\$100 billion per year.**⁵



Improve Communication and Teamwork Among Providers by Using the TeamSTEPPS® for Diagnosis Improvement Course



Module 1: Introduction



Module 2: Diagnostic Team Structure



Module 3: Communications



Module 4: Leadership



Module 5: Situation Monitoring



Module 6: Mutual Support



Module 7: Putting It All Together

References

1. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Improving Diagnosis in Health Care. Washington, DC: National Academies Press; 2015. <https://doi.org/10.17232/157171>.
2. Harrison B, Reed M, Lendvai A. A Doctor of Insight: Diagnostic Accuracy: Room for Improvement. Boston, MA: Corecept; March 2018. <https://www.corecept.com/2018/03/08/a-doctor-of-insight-diagnostic-accuracy-room-for-improvement>. Accessed January 8, 2022.
3. Hoffman J. Research: Communication Factors in Diagnostic Error. Cambridge, MA: CRICO; 2017. <https://www.cricoinc.org/research/communication-factors-in-diagnostic-error/>. Accessed January 9, 2022.
4. Diagnostic Error in Communication Factors: 2013 Annual Benchmarking Report. Boston, MA: CRICO Strategies; 2013. <https://www.cricoinc.org/diagnostic-error-in-communication-factors-2013-annual-benchmarking-report/>. Accessed January 8, 2022.
5. Newman-Toker DE. Diagnostic value: the economics of high-quality diagnosis and a value-based perspective on diagnostic innovation. Modern Healthcare Annual Patient Safety & Quality Virtual Conference; June 17, 2015.



TeamSTEPPS® for Diagnosis Improvement
AHRQ Publication No. 22-0018
February 2022