

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES

Delivering Quality,
Serving Communities

**Nurses Leading
Care Innovations**



12 May 2009
International Nurses Day



**PIELĘGNIARKI SŁUŻĄ SPOŁECZEŃSTWU, DBAJĄ O JAKOŚĆ:
SĄ LIDERAMI WE WPROWADZANIU INNOWACJI W OPIECE ZDROWOTNEJ**

**DELIVERING QUALITY, SERVING COMMUNITIES:
NURSES LEADING CARE INNOVATIONS**



MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ PIELĘGNIAREK 2009

International Nurses Day

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Warszawa marzec 2009



Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP)

Tłumaczenie:

dr n hum. Małgorzata Kisilowska

Wszystkie prawa zastrzeżone, łącznie z tłumaczeniem na inne języki. Żadna część tej publikacji nie może być powielana drukiem, kserograficznie ani w żadnej innej formie, przechowywana w systemach informacyjnych, przekazywana w jakiegokolwiek formie, ani sprzedawana bez pisemnej zgody International Council of Nurses. Fragmenty (nie dłuższe niż 300 słów) mogą być powielane bez zgody, pod warunkiem wskazania źródła.

Copyright © 2009 by ICN - International Council of Nurses,
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95065-67-3

SPIS TREŚCI

Przedmowa	1
Rozdział 1 – „Innowacje” – co to takiego?	2
Rozdział 2 – Innowacje w procesie opieki	6
Rozdział 3 – Innowacje w zarządzaniu, polityce i edukacji	9
Rozdział 4 – Wprowadzanie zmian – od pomysłu do praktyki	14
Rozdział 5 – Innowatorzy wśród pielęgniarek: przeszłość i przyszłość	22
Literatura	24
Literatura zalecana	26



12 MAJA 2009

Drogie Koleżanki i drodzy Koledzy!

Codziennie na całym świecie pielęgniarki realizują działania o charakterze innowacyjnym, motywowane przez pragnienie poprawy wyników opieki nad pacjentem oraz konieczność obniżania kosztów w służbie zdrowia. Większość tych inicjatyw zaowocowała znaczącą poprawą stanu zdrowia pacjentów (indywidualnie i w perspektywie całej populacji) oraz pozytywnymi zmianami w systemie opieki zdrowotnej. Tym niemniej innowacje pielęgniarstwa rzadko są doceniane czy upubliczniane. Dlatego właśnie ICN wybrała to zagadnienie jako temat główny Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek 2009.

Żyjemy w świecie, który nieustannie się zmienia. To nasza rzeczywistość i jednocześnie wyzwanie i szansa dla nas – pielęgniarek – aby w tych zmianach uczestniczyć. Mamy ku temu bardzo dobre warunki.

Prowadzimy kliniki specjalistyczne, np. dla pacjentów z cukrzycą, ze schorzeniami reumatologicznymi, chorych psychicznie. Coraz częściej jesteśmy pełni funkcję „osób kontaktowych” reprezentujących opiekę zdrowotną, także dla ludzi, którym trudno jest skontaktować się z lekarzem.

Specjalistyczna wiedza i (wciąż ją poszerzające) badania naukowe w pielęgniarstwie to podstawa wielu naszych nowych ról zawodowych, jak i tradycyjnej opieki pielęgniarstwa. Ale to dzięki połączeniu innowacji i witalności nasza praca „dostaje skrzydeł”.

Nowoczesne rozwiązania stosowane w pielęgniarstwie to kluczowy element pozwalający na stawianie czoła bieżącym i przyszłym problemom zdrowotnym pojawiającym się w skali globalnej – takim jak starzenie się społeczeństwa, HIV/AIDS, gruźlica, malaria, zwiększenie zachorowalności na choroby zakaźne, ubóstwo, braki finansowe i niedobory kadrowe. Potrzeba wprowadzania innowacji w sektorze zdrowia nigdy nie była większa, jako że dziś staramy się oferować ogólnodostępną, bezpieczną i skuteczną opiekę zdrowotną przy jednoczesnym obniżaniu jej kosztów.

Przy wspomnianym braku środków, nieustannych zmianach i rozwoju wiedzy – innowacje stają się rzeczywiście niezbędne. Najwięcej inwestują w nie: sektor biznesu i władze publiczne. My również musimy podjąć ten wysiłek – aby rozwijać nasze kompetencje, poprawiać jakość opieki i jej efekty.

Mamy nadzieję, że przedstawiane materiały pomogą Wam włączyć się w ten nurt innowacyjności. Życzymy wielu sukcesów i radości z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek 2009!

Z wyrazami szacunku,

Hiroko Minami
prezydent

David C. Benton
dyrektor wykonawczy

Przedmowa

Pojęcie “innovacji” nie jest nowe w naszym zawodzie. Codziennie na całym świecie pielęgniarki angażują się w działalność o charakterze innowacyjnym, motywowane przez pragnienie poprawy wyników opieki nad pacjentem oraz konieczność obniżania kosztów w służbie zdrowia. Większość tych inicjatyw zaowocowała znaczącą poprawą stanu zdrowia pacjentów (indywidualnie i w perspektywie całej populacji) oraz pozytywnymi zmianami w systemie opieki zdrowotnej. Tym niemniej innowacje pielęgniarские rzadko są doceniane czy upubliczniane.

Innowacje pielęgniarские to kluczowe źródło postępu w opiece zdrowotnej na całym świecie. Pielęgniarki pracują przecież we wszystkich typach placówek opieki, ze wszystkimi grupami pacjentów, ich rodzin, grupami środowiskowymi, przedstawicielami innych zawodów medycznych i pozostałego personelu. Mamy więc doskonałą pozycję do wprowadzania twórczych, innowacyjnych rozwiązań, rzeczywiście odmieniających codzienne życie naszych pacjentów, organizacji, środowisk lokalnych i naszego zawodu.

Nowoczesne rozwiązania w pielęgniarstwie to także kluczowy element działań mających na celu sprostanie globalnym wyzwaniom zdrowotnym – takim jak starzenie się społeczeństwa, HIV/AIDS, gruźlica, malaria, zwiększenie zachorowalności na choroby zakaźne, ubóstwo, brak środków i niedobory kadrowe. Potrzeba wprowadzania innowacji w sektorze zdrowia nigdy nie była większa, jako że dziś staramy się oferować ogólnodostępną, bezpieczną i skuteczną opiekę zdrowotną przy jednoczesnym obniżaniu jej kosztów.

Tegoroczne materiały na Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek podkreślają rolę pielęgniarstwa w innowacyjności opieki zdrowotnej. W ten sposób (między innymi) ICN pragnie wspierać i promować nowoczesne projekty pielęgniarские, pomagać pielęgniarkom w ich codziennej pracy.

„Innowacja” to proces kształtowania nowego podejścia, wprowadzania nowych technologii i sposobów pracy. „Innowacyjne” mogą więc być narzędzia, techniki, procesy, ale też sposób organizacji, zachowanie człowieka, jego metoda działania. Innowacja rozpoczyna się od dobrego pomysłu, ale jest czymś znacznie więcej niż „tylko” pomysł. Obejmuje również proces przekształcania idei w coś, co jest możliwe do zastosowania, wdrożenia, zrealizowania, co (miejmy nadzieję) zaowocuje lepszą promocją zdrowia, skuteczniejszym zapobieganiem chorobom i opieką nad pacjentem.

Czasami innowacje mają charakter przełomowy – poważnych zmian, o dalekosiężnych konsekwencjach. Wiele przykładów takich przemian można znaleźć w historii. Tym niemniej innowacje mogą też być mniej radykalne (Afuah, 1998), a raczej powolne – stanowią wtedy stały proces doskonalenia, analizy, nieustannego wprowadzania zmian w celu osiągnięcia lepszych wyników. Choć nie są wówczas tak spektakularne, powodują doskonalenie kompetencji i – z perspektywy czasu – przynoszą równie pozytywne skutki.

Innowacje mogą mieć charakter techniczny (np. projektowanie nowego produktu lub jego doskonalenie), procesowy, czy administracyjny (dotyczący struktur lub procesów) (Afuah, 1998). Mogą – choć nie muszą – oddziaływać na siebie wzajemnie, w obszarze tej samej lub różnych dziedzin; czasami wdrożenie określonej zmiany wymaga (bądź powoduje) szereg kolejnych zmian w innych obszarach.

Innowacja wymaga często eksploracji nowych obszarów, wypróbowywania nowych rzeczy. Nie należy oczekiwać od niej natychmiastowych, pozytywnych wyników.

Przeciwnie – proces innowacji to działanie metodą prób i błędów. Literatura opisu-

jąca poszukiwania nowych rozwiązań, jak i opinie innowatorów ze środowiska biznesu czy przemysłu, pełne są przykładów niepowodzeń. Czasami klęska jest warunkiem sukcesu. Tym niemniej dla potrzeb tych rozważań przyjęto, że innowacja to tworzenie nowych pomysłów lub zastosowanie istniejących rozwiązań w nowych sytuacjach, powodujące poprawę

Ten, kto nie stosuje nowych leków, musi się spodziewać nowych problemów – jako że czas jest największym wynalazcą.

Francis Bacon (Cohen, b.d.)

usług, programów, struktur, produktu i/lub systemu.

Dlaczego innowacje?

Innowacje są warunkiem koniecznym utrzymania i poprawy jakości opieki. Pielęgniarki realizują je, poszukując nowych informacji i lepszych sposobów promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, lepszej opieki i pielęgnacji. Jednym z najwcześniejszych przykładów innowacji jest badanie Florence Nightingale dotyczące umieralności matek na skutek gorączki połogowej. Stwierdziła ona wysoki wskaźnik zgonów na oddziałach położniczych i zadała pytanie – „Czy więcej kobiet umiera po urodzeniu dziecka w szpitalu niż w domu? Jeżeli tak – to dlaczego tak się dzieje?”. Jej badania udowodniły, że wskaźnik zgonów kobiet w wyniku gorączki połogowej jest wyższy w szpitalach, co z kolei doprowadziło do zmian w oferowanych usługach i uratowaniu życia kobiet (McDonald, 2005).

System opieki zdrowotnej działa w środowisku nieustannych zmian i wyzwań. Zmiany demograficzne, zmiany zachorowalności – stawiają mu wciąż nowe wyzwania w walce z globalnymi zagrożeniami, co odzwierciedlają m.in. „Milenijne cele rozwoju” ONZ (MDG) (Affara, 2007). Kolejne problemy nie pojawiają się znikąd. Rosnące zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną zwiększa oczekiwania, aby robić więcej przy malejących środkach. W jednym z badań naukowcy obliczyli, że na opiece nad pacjentem z wieloma schorzeniami, realizowanej przez wykwalifikowaną pielęgniarkę (we współpracy z lekarzem), można zaoszczędzić 103 000 USD, co stanowi roczną sumę wydatków szpitala na pielęgniarkę (Patrick et al., 2006, s. 520). Niestety, naciski tego rodzaju będą coraz częstsze, ze względu na aktualny kryzys ekonomiczny, jako że władze rządowe próbują zaspokoić potrzeby w miarę dostępnych środków. Obniżanie kosztów pozostanie więc jednym z ważniejszych czynników innowacyjności (Amo, 2006).

Braki kadrowe w opiece zdrowotnej w skali globalnej to kolejny z tych czynników. I chociaż innowacje często kojarzą się z wysokimi kosztami, rozwiązaniami opartymi na nowoczesnych technologiach – to największe zapotrzebowanie na ich wprowadzanie istnieje w krajach rozwijających się. Jak pokazują Bucha i McCaffrey (2007), „braki kompetencyjne, zła dystrybucja geograficzna i sektorowa, niskie morale, brak środków finansowych, rosnące zapotrzebowanie na opiekę ze względu na epidemię HIV/AIDS i inne czynniki – to wciąż nierozwiązane problemy tak w Afryce, jak i w innych krajach rozwijających się. Nie da się sprostać tym wyzwaniom tych problemów bez znalezienia nowych metod rozwiązywania problemów i sprawowania opieki.

Każdy system jest zaprojektowany tak, aby osiągnął dokładnie te wyniki, dla których został stworzony... Jeśli wyniki Ci nie odpowiadają, zmień system.

*Don Berwick
Prezydent, dyrektor wykonawczy
Institute of Healthcare Improvement
(Dwyer and Leggat, 2004)*

Innowacje często pojawiają się na skutek konieczności realizacji potrzeby, uzupełnienia luki w usługach, dostrzeżonych braków technicznych. Na przykład pielęgniarki wiedzą, że opieka nad wcześniakami w inkubatorach jest bardzo kosztowna i stanowi zagrożenie dla ich życia, o ile nie jest właściwie prowadzona. W wielu krajach brak też wystarczającej liczby inkubatorów. Jedna z pielęgniarek amerykańskich w Kolumbii wymyśliła więc metodę „kangurzej mamy” będącą prostą, tanią, bezpieczną i społecznie akceptowaną alternatywą dla inkubatorów. Zdrowe „ wcześniaki” mamy noszą bezpośrednio na ciele, między piersiami. Wykorzystanie tej metody w opiece w Zimbabwe spowodowało zmniejszenie umieralności wcześniaków w krajach rozwijających się. Pomysł pielęgniarki z jednego kraju przyniósł korzyści dzieciom na drugim końcu świata (Kambarami et al., 1999).

W Afryce Południowej pielęgniarki korzystają z telefonów komórkowych, pomagając ludziom z HIV/AIDS, aby poprawić skuteczność terapii ARV. Wykwalifikowane pielęgniarki na Islandii również oferują pomoc telefonicznie (5 rozmów w ciągu 2 miesięcy), aby w ten sposób wesprzeć je i zmniejszyć poziom zmęczenia i stresu u młodych mam. Przykłady te pokazują, w jaki sposób innowacje mogą odpowiadać na lokalne wyzwania i stanowić sposób realizacji najważniejszych priorytetów zdrowotnych.

Diagram 1: Baza danych innowacji ICN

Codziennie na całym świecie pielęgniarki prowadzą działania o charakterze innowacyjnym, motywowane przez pragnienie poprawy wyników opieki nad pacjentem oraz konieczność obniżania kosztów w ochronie zdrowia. Większość tych inicjatyw zaowocowała znaczącą poprawą stanu zdrowia pacjentów (indywidualnie i w perspektywie całej populacji) oraz pozytywnymi zmianami w systemie opieki zdrowotnej. Tym niemniej innowacje pielęgniarskie rzadko są doceniane czy upubliczniane. Stworzona przez ICN-baza danych innowacji ICN (ang. ICN Innovations Database – ICN ID) ma na celu promocję i wymianę informacji o innowacyjnych projektach pielęgniarskich.

Cel

Celem ICN ID jest stworzenie źródła informacji użytecznego dla pielęgniarek, innych pracowników opieki zdrowotnej, pracodawców, władz rządowych, sfery przemysłu i opinii publicznej. ICN ID to inicjatywa długoterminowa, podjęta w celu:

- zgromadzenia danych o innowacjach w pielęgniarstwie,
- promocji i rozpowszechniania informacji o nich wśród szerszej publiczności,
- docenienia wkładu pielęgniarek w rozwój systemów zdrowotnych,
- stworzenia źródła informacyjno-wyszukiwawczego,
- stworzenia środowiska wymiany wiedzy.

Stworzenie ICN ID wymaga czasu. Początkowo baza danych będzie obejmowała szerokie kategorie wyszukiwawcze, które następnie – także na podstawie badań potrzeb i zachowań informacyjnych użytkowników – będą uszczegółowiane.

Kryteria wprowadzania danych

Zachęcamy wszystkich (osoby, grupy, organizacje) do dostarczania danych na temat wszelkich innowacji pielęgniarskich – prostych, kompleksowych, projektowanych lub już wdrożonych. Informacje włączane do bazy muszą spełniać następujące kryteria:

- innowacja skutkuje poprawą usług, programów, struktur, produktów i/lub systemów,
- dla innowacji niewdrożonych należy określić potencjał w zakresie poprawy usług, programów, struktur, produktów i/lub systemów,
- innowacja musi być aktualna (opracowana w latach 2003-2009),
- innowacja została opracowana ze znaczącym udziałem lub pod kierownictwem pielęgniarek, od pomysłu – przez proces tworzenia – do realizacji,
- innowacja nie była finansowana lub wspierana ze środków producentów wyrobów tytoniowych ani alkoholowych.

**Więcej o ICN ID, wyszukiwanie i wprowadzanie informacji pod adresem:
<http://www.icn.ch/innovations/about.htm>**

Innowacja w praktyce klinicznej może się pojawić w całym procesie opieki. Nowoczesne rozwiązania technologiczne i w zakresie sprzętu medycznego to znaczący czynnik zmian w praktyce klinicznej, wymagających nowych umiejętności, technik, sposobów pracy. Podobnie zmiany w dostępności i skuteczności terapii farmakologicznej powodują zmiany w praktyce klinicznej. Jednak równie ważne są zmiany w naszym podejściu do opieki – związane z nowymi formami współpracy z innymi organizacjami, przedstawicielami zawodów medycznych, środowiskami lokalnymi, klientami opieki zdrowotnej, ich rodzinami czy opiekunami.

Innowacje w promocji zdrowia i zapobieganiu chorobom

Doświadczenia działań w zakresie zapobiegania chorobom i promocji zdrowia zawierają wiele przykładów wpływu pielęgniarek na poprawę stanu zdrowia populacji. Pielęgniarki mają wyjątkowe możliwości rozpoznawania czynników ryzyka, udostępniania informacji o możliwościach postępowania w sytuacji zagrożenia, promocji korzyści, jakie płyną ze zdrowego stylu życia, diety i unikania ryzykownych zachowań (ICN, 2008a, ICN, 2008c).

Przywołany obok przykład, opisujący badanie, w którym wyodrębniono 392 różne interwencje, pokazuje różnorodność działań podejmowanych przez pielęgniarki, które sta-

Innowacje pielęgniarskie w promocji zdrowia i zapobieganiu chorobom

Irlandia Północna

1000 pielęgniarek pracujących w opiece społecznej w Irlandii Północnej uczestniczyło w badaniu, podczas którego zostały one poproszone o ocenę interwencji, jakie podejmują w pracy z kobietami w trudnej sytuacji. Zidentyfikowano 392 rodzaje interwencji pielęgniarskich, większość z nich miała charakter promocji zdrowia i dotyczyła takich zagadnień, jak badania kontrolne (mammografia, cytologia), zapobieganie wypadkom dzieci, ograniczenie palenia papierosów, samobójstwa nastolatków, świadomość zagrożenia HIV/AIDS.

Malawi

Zespół pielęgniarek środowiskowych i pracowników socjalno-zdrowotnych rozpoczął działania mające na celu poprawę sytuacji społeczności lokalnej. Podjęto prace w zakresie stworzenia lokalnych komitetów zdrowotnych, edukacji w zakresie umiejętności przywódczych, komunikacji, postępowania w przypadku najprostszyc problemow zdrowotnych.

Wskazano najważniejsze problemy zdrowotne społeczności (m.in. biegunka, niedożywienie, planowanie rodziny). Opracowano plan działania, znaleziono środki (zewnętrzne i wewnętrzne). Po roku społeczność miała już dostęp do czystej wody, niemal wszystkie rodziny miały toaletę, realizowano program żywnościowy i zlikwidowano problem biegunek.

(ICN 2008)

rają się pomóc pacjentom w ich sytuacji zdrowotnej. Kolejnym przykładem mogą być pielęgniarki z Wielkiej Brytanii, które wdrożyły program „Praktycznych porad opieki nad dziećmi dla nastolatków” (PACT) – dla młodych ludzi ze środowisk marginesowych, w których stwierdzono wysoki wskaźnik ciąż nastolatek. Z udziałem młodych ludzi opracowano kurs, następnie oceniano go na każdym etapie realizacji i wnioski wykorzystywano w dalszych pracach. Stworzono program, w którym nastolatki dostawały interaktywną lalkę-niemowlę i miały się nim opiekować. Musiały m.in. brać je do szkoły i zajmować się nim w nocy, jeśli się przebudziło. Pielęgniarki pomagały uczestnikom w zdobywaniu wiedzy i doświadczeń, m.in. dotyczących skutków ciąży w tak młodym wieku, rozwodów, samotnego rodzicielstwa, aborcji. Projekt realizowano w placówkach lokalnych, dzięki czemu mogły w nim uczestniczyć także osoby z grup marginesowych czy niechodzące do szkoły. Skrótowa nazwa projektu (PACT) wynika też z faktu, że młodzi uczestnicy podpisali „pakt” o uczestnictwie we wszystkich spotkaniach, realizacji wszystkich zadań i dostarczeniu dokumentacji (na piśmie, nagrań dźwiękowych, rysunków) swojej pracy. Ocena programu wykazała zmianę podejścia do wczesnej ciąży i wzrost zainteresowania własną przyszłością. Uczestnicy mówili także o większym szacunku do siebie samych i chęci wyrażania własnych opinii (do ICN ID wprowadzone przez M. Brok, www.icn.ch/innovations).

W Denver (Colorado, USA) opracowano program współpracy pielęgniarsko-rodzinnej (Nurse - Family Partnership – NFP), którego celem jest wsparcie ubogich młodych matek (spodziewających się pierwszego dziecka) podczas ciąży i w ciągu 2 pierwszych lat życia dziecka. W trzech oddzielnych badaniach wykazano trwałą poprawę zdrowia dziecka oraz innych czynników społecznych w wyniku realizacji NFP (m.in. lepsze wyniki w czasie ciąży, dłuższa przerwa między pierwszym a drugim porodem, zmniejszenie wskaźnika wypadków i przemocy wobec dzieci). Z programu wynikły również oszczędności w opiece zdrowotnej (AHRQ, 2008a).

Innowacje pielęgniarskie w podstawowej opiece zdrowotnej

Rodziny farmerskie, Australia

Projekt obejmował programy edukacyjne i badania kontrolne właścicieli farm mlecznych i ich rodzin w obszarze wiejskim stanu Victoria, dostarczenie im odpowiednich informacji i pomocy. Został opracowany na podstawie założenia dotyczącego starzenia się tej grupy społecznej, ich coraz cięższej i dłuższej pracy, wyższego wskaźnika zranień, samobójstw i umieralności w stosunku do całej populacji Australijczyków.

Lider projektu i pielęgniarka, dyrektor przychodni lokalnej, poinformowali, że dotychczasowe dane wykazały znaczące zmiany w podejściu i zachowaniach związanych z osobistym zdrowiem i bezpieczeństwem (poprawa poziomu cholesterolu, poprawa wskaźnika BMI, wzrost wiedzy zdrowotnej, częstsze kontakty z miejscową przychodnią i lekarzem pierwszego kontaktu).

Projekt realizowano we współpracy opieki zdrowotnej, środowiska naukowego, przemysłu mlecznego i władz rolniczych oraz 321 rodzin farmerskich. W 2007 roku otrzymano wsparcie władz federalnych na rozszerzenie programu na inne środowiska wiejskie w Australii (Western District Health Service).

Innowacje w podstawowej opiece zdrowotnej i opiece środowiskowej

Pielęgniarki są główną grupą realizującą podstawową opiekę zdrowotną (POZ) i wpływającą na jej rozwój. Ubiegłoroczny temat Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek (Dbają o jakość i służą społeczeństwu: Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej) odwoływał się do tej tradycji, doceniając ogromny wkład pielęgniarek w kształtowanie czynników prozdrowotnych, takich jak edukacja, poziom dochodu, środowisko społeczne. Od początku rozwoju POZ i ruchu „Zdrowie dla wszystkich” (Health for All – HFA), ICN kierowała zmianami w edukacji, praktyce i badaniach naukowych w pielęgniarstwie, związanymi z tą formą opieki.

Kluczowym składnikiem POZ jest pojęcie rozwoju społeczności lokalnej. Sprawując 80% POZ (Hughes, 2006), pielęgniarki mają wyjątkowe możliwości wprowadzania innowacji w tym obszarze. Ponieważ współpracują ściśle ze środowiskami lokalnymi, odgrywają kluczową rolę w lokalnych działaniach prozdrowotnych i prorozwojowych.

Pielęgniarki wciąż podejmują działania innowacyjne w POZ. Przykładem może być projekt Tirawhiti Innovative Nursing Team (TINT), realizowany wyłącznie przez pielęgniarki, w ubogim regionie Nowej Zelandii. W ramach tego projektu m.in. prowadzono badania kontrolne, udzielano informacji, oferowano doradztwo dla rodziców i nastolatków, pomoc środowiskom marginesowym. Wyniki jakościowe potwierdzają pozytywne oddziaływanie TINT, m.in. wprowadzenie monitoringu wskaźników zachorowalności i przyjęć do szpitala (ICN ID, dane wprowadzone przez D. Williams, www.icn.ch/innovations).

Pielęgniarki wykwalifikowane w Ghanie, które przeniosły się z klinik lokalnych do przychodni wybudowanych przez społeczności lokalne, opiekują się pacjentami, odwiedzając ich w domach, oferując pomoc ambulatoryjną, szczepienia, edukację zdrowotną, informację, diagnostykę. W ramach realizowanego projektu otrzymały motocykle. Ewaluacja po pierwszych 5 latach realizacji projektu wykazała, że pielęgniarki pracujące bezpośrednio w środowisku lokalnym osiągnęły zmniejszenie wskaźnika umieralności dzieci (dzięki poprawie opieki w ostrych infekcjach układu oddechowego, malarii i biegunce oraz lepszej realizacji programu szczepień dziecięcych).

W Stanach Zjednoczonych pielęgniarki specjalistyczne korzystają z telefonu, kontrolując stan niemowląt z infekcjami płuc, mieszkających w obszarach wiejskich. Program obejmuje rodziny z obszarów wiejskich, którym trudno jest regularnie przyjeżdżać do oddległych ośrodków opieki zdrowotnej w celu kontynuacji opieki. Badania wykazały, że program (po raz pierwszy wykorzystujący telefon do kontroli stanu niemowląt) dał podobne wyniki zdrowotne do tradycyjnych metod opieki, może więc być rozszerzony na inne obszary, bez zagrożenia dla jakości usług (AHRQ, 2008b).

Innowacje w zarządzaniu zasobami ludzkimi

Braki kadrowe wśród pracowników opieki zdrowotnej, brak osób z odpowiednimi kwalifikacjami, nierówna dystrybucja zasobów ludzkich to problem o skali globalnej.

Jedną z reakcji na tę sytuację jest zmiana sposobu pracy pielęgniarek, aby zapewnić jak najlepsze wykorzystanie dostępnych umiejętności. W pielęgniarstwie wprowadzane są nowe obszary zadań, związane z nowym podejściem do opieki i przejmowaniem części funkcji od innych pracowników ochrony zdrowia. Doliczono się ich około 3000 (Read et al., 1999, cyt. za: Spilsbury, Meyer, 2001).

Przykładem mogą być pielęgniarki specjalistyczne, które od chwili wprowadzenia tej funkcji w latach 60tych XX w. zaczęły odgrywać ważną rolę w opiece zdrowotnej, m.in. ze względu na braki kadrowe w obszarach odległych i nieustanne starania o obniżanie kosztów. Wciąż brak przekonujących wyników badań dotyczących długoterminowych wyników finansowych, są już jednak dowody na skuteczność i wysoką jakość ich opieki nad pacjentem (Buchan i Calman, 2005).

Innowacje w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi – z których wiele dotyczy także pielęgniarek – odgrywają ważną rolę w polityce zdrowotnej. Poniżej przedstawiono kilka aktualnych przykładów:

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek: przywództwo w innowacjach

Centra opieki dla pracowników

ICN i Stephen Lewis Foundation współpracują w regionie Afryki subsaharyjskiej z krajowymi towarzystwami pielęgniarskimi oraz firmą Becton, Dickinson & Co przy tworzeniu centrów opieki (ang. wellness centres) dla pracowników opieki zdrowotnej i ich rodzin. Celem tego projektu jest znalezienie odpowiednich funduszy i materiałów na „utrzymanie zespołu zdrowych, zmotywowanych, produktywnych pracowników ochrony zdrowia i umocnienie systemu opieki zdrowotnej” (ICN 2006).

Centra opieki oferują wiele usług, m.in. badania, doradztwo i leczenie HIV i gruźlicy, opieka nad matką i dzieckiem (w tym zapobieganie zarażeniu dziecka przez matkę – PMTC), radzenie sobie ze stresem, profilaktyka po ryzyku zarażenia, badania w kierunku chorób przewlekłych, szkolenia, materiały informacyjne dla potrzeb kształcenia ustawicznego. Ich zadaniem jest udzielanie pomocy pracownikom ochrony zdrowia, którzy dzięki temu będą w stanie oferować lepszą opiekę swoim pacjentom i środowiskom lokalnym.

- realizacja opieki zdrowotnej i usług związanych z planowaniem rodziny w Ghanie, przy współpracy specjalnie przeszkolonych pielęgniarek skierowanych do pracy środowiskowej w biednych obszarach wiejskich (Pence et al., 2005),
- Ministerstwo Zdrowia Malawi (MOH) wsparło wiele inicjatyw dotyczących instruktorów pielęgniarstwa. W 1997 wprowadziło dla nich dodatek finansowy ze środków Interchurch Organization for Development Cooperation. Takie działanie bodźcowe ma swoje zalety i wady, ale z pewnością odniosło sukces w utrzymaniu i przyciągnięciu nowych chętnych do pełnienia funkcji instruktora (Buchan i McCaffery, 2007).
- W Holandii pozytywne wyniki uzyskał projekt pielęgniarstwa dotyczący pracy z osobami chorymi na cukrzycę. Opieka nad pacjentami zewnętrznymi z cukrzycą typu 2 została przeniesiona od pielęgniarek internistycznych do specjalistów z pielęgniarstwa diabetologicznego, z klinik do przychodni ogólnych. Nie wpłynęło to negatywnie na jakość opieki, a nawet opieka specjalistyczna spowodowała poprawę kontroli glikemicznej pacjentów (Vrijhoef et al., 2001).
- W Wielkiej Brytanii stworzono dla pielęgniarek wiele nowych zadań i wprowadzono je w nowe obszary. M.in. pielęgniarki opieki specjalistycznej (ANP) przyjęły funkcję kierowników domów opieki dla osób starszych z problemami gastrologicznymi i ginekologicznymi (bez zmian w zakresie uprawnień do wypisywania recept). Badanie wpływu tej innowacji wykazało trwałe korzyści w zakresie komunikacji i współpracy wielodzinowej oraz rozwój nieformalnego systemu komunikacji, który pozwala pacjentom na częstszy i łatwiejszy kontakt z opiekunem. Nie wykazano żadnych negatywnych skutków dla opieki nad pacjentem (Easton et al., 2004).

Innowacje w edukacji i rozwoju

W minionych dekadach wiele znaczących zmian zaszło również w edukacji, m.in. większy nacisk kładziony jest na kształcenie kompetencji (nie na przekaz wiedzy), w tym umiejętności wspólnych (ang. transferable skills) i w zakresie podejmowania decyzji.

Rozwój technologii teleinformatycznych zaowocował nowymi modelami edukacyjnymi, w tym szczególnie w kształceniu ustawicznym. Poniższe przykłady mogą mieć zastosowanie również w edukacji pielęgniarskiej.

- Internetowy amerykański kurs „Community as Partner” (społeczność jako partner), obejmujący trzy etapy związane z oceną, analizą, planowaniem i interwencjami pielęgniarek w środowisku lokalnym. Pierwszy dotyczy oceny i analizy stanu społeczności, drugi – planowania programu, trzeci – ewaluacji. Kursy są realizowane od 1998 roku, zostały opracowane przez zespół składający się z pielęgniarki i studentów studiów 2 stopnia na kierunku „położnictwo”. Uzyskał ocenę pozytywną, obecnie planowana jest jego aktualizacja i rozszerzenie, także dla innych grup odbiorców (ICN ID, wprowadzono przez E. Anderson, www.ich.ch/innovations).
- Szkolenie pielęgniarek w środowisku „Second Life”. W Wielkiej Brytanii opracowano program wirtualny pomagający studentom rozwijać umiejętności kliniczne. Glasgow Caledonian University stworzył w „SL” własną wyspę, a na niej laboratorium do szkolenia umiejętności klinicznych. Studenci pielęgniarstwa mogą tu sprawdzać swoją wiedzę i umiejętności (Tweedle, 2008).

International Council of Nurses: przywództwo w innowacjach

Przywództwo dla Zmian (Leadership for Change – LFC)

Przywództwo dla zmian to program edukacyjny kształcący umiejętności przywódcze i menedżerskie pielęgniarek w zmieniającym się środowisku opieki zdrowotnej. Skuteczne przywództwo i zarządzanie to więcej niż tylko zdobywanie nowej wiedzy – obejmuje kształtowanie postaw, umiejętności i zachowań, które wyróżniają skutecznych przywódców i menedżerów. Ten skuteczny program (realizujący zasadę „uczenie przez działanie”) jest realizowany zazwyczaj przez 2 lata (wystarczająco długo), aby rozwijać kompetencje poprzez zdobywanie doświadczeń.

LFC koncentruje się na poprawie skuteczności w następujących obszarach:

- planowanie i polityka w sektorze zdrowia,
- przywództwo i zarządzanie w pielęgniarstwie i usługach zdrowotnych,
- rozwijanie wysokiej jakości i tanich usług pielęgniarskich,
- przygotowywanie przyszłych menedżerów i przywódców (pielęgniarek i nie-pielęgniarek),
- ustawiczny rozwój,
- udział w zespołach opieki zdrowotnej i kierowniczych,
- wprowadzanie zmian w programach kształcenia,
- współpraca krajowa, regionalna i międzynarodowa.

- W 2003 roku stworzono przyjazne narzędzie elektroniczne Veterans Health Administration Nurse Manager Core Curriculum Resource Tool (program edukacyjny dla pielęgniarek – kierowników placówek opieki nad osobami starszymi). Ma on pomagać w rozwijaniu umiejętności przywódczych pielęgniarek na stanowiskach kierowniczych. Pozwala na zdobywanie wiedzy i umiejętności potrzebnych w pracy menedżerskiej, a także udostępnia odpowiednie materiały edukacyjne. Narzędzie to można wykorzystywać zarówno dla potrzeb edukacji własnej, jak i jako źródło wiedzy pomocne przy rozwiązywaniu konkretnych problemów. Pozwala (tak doświadczonym menedżerom, jak i pielęgniarkom przygotowującym się do tej roli) ocenić własne potrzeby edukacyjne, zastosować wiedzę w pracy, podtrzymywać kompetencje. Może być też traktowany jako oficjalny program edukacyjny (ICN ID, wprowadzone przez L. Weiss, www.icn.ch/innovations).

Innym przykładem innowacji edukacyjnej jest LeaRN CRNE Readiness Test, promowany przez Kanadyjskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Test dostępny online jest symulacją kanadyjskiego egzaminu dla pielęgniarek dyplomowanych (CRNE). Narzędzie to jest pomocne dla pielęgniarek, które zdobyły wykształcenie w krajach innych niż Kanada, w sprawdzeniu czy spełniają kryteria kanadyjskiej opieki zdrowotnej. Test składa się ze 100 pytań wybranych spośród materiałów już wykorzystanych w egzaminach. Korzyści jego stosowania to m.in.:

- swobodny dostęp (z dowolnego miejsca na świecie),
- stworzenie pielęgniarkom możliwości oceny ich gotowości do przystąpienia do CRNE, jeszcze przed przyjazdem do Kanady,
- możliwość poznania rodzajów pytań, które rzeczywiście występują w prawdziwych testach CRNE lub mają taki sam poziom trudności (ICN ID, wprowadzone przez J. Barry, www.icn.ch/innovations).

Innowacje nie muszą jednak mieć komponentu “technologicznego”, żeby być skuteczne. Przykładem innowacyjnego rozwiązania wieloletniego problemu są Kufry z książkami ICN. Umożliwiają one dostęp do potrzebnych materiałów pracownikom ochrony zdrowia na całym świecie. Szczegółową ich charakterystykę przedstawiono w Diagramie 2.

Diagram 2: Kufry z książkami ICN: mobilne książki(biblioteki) w pielęgniarstwie i opiece zdrowotnej

Pielęgniarki realizują ponad 80% opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się. Często pracują w odległych placówkach, nie mając dostępu do bieżącej informacji zdrowotnej (lub mając go w bardzo ograniczonym zakresie). Tymczasem codziennie wzywane są do pomocy pacjentom z nowymi (jak HIV/AIDS) bądź powracającymi (gruźlica, malaria) schorzeniami. Muszą też reagować na wszystkie codzienne potrzeby zdrowotne populacji – szczepienia, promocję zdrowia, narodziny dzieci, opiekę dla ofiar wypadków, osób starszych, umierających.

Zbyt często informacje, do których pielęgniarki mają dostęp, stanowią zagrożenie dla zdrowia pacjentów, głównie ze względu na ich nieaktualność. Nie tylko nie można znaleźć w tych źródłach danych dotyczących nowych problemów zdrowotnych, ale też informacji o najnowszych metodach zapobiegania i leczenia. Nawet nauczyciele pielęgniarstwa często pracują na starych podręcznikach, zalecając interwencje, których nieskuteczność lub szkodliwość potwierdziły już prowadzone badania.

Informacja wiarygodna może być po prostu niedostępna – przechowywana skrzętnie w bibliotekach i innych instytucjach, które często nie mają środków, na przekazanie jej „na linię frontu”. Zbyt często aktualne materiały są na tyle drogie, że przechowuje się je „pod kluczem” w obawie przed utratą bądź uszkodzeniem.

Kufer z materiałami pielęgniarstwu ICN/MSD (ICN/Merck) to zestaw materiałów transportowanych w pojemniku odpornym na wilgoć, insekty, uderzenia. Powstał w odpowiedzi na ogromną potrzebę dostępu do informacji pielęgniarstwu. Ta wyjątkowa inicjatywa pozwala na dostarczanie wiedzy przedstawicielom POZ w krajach rozwijających się.

Praca zespołowa

Realizacja inicjatywy “Kufer z książkami ICN” wymagała współpracy wyjątkowego zespołu partnerów sfery przemysłu i pielęgniarstwa, w którym zadaniem ICN jest koordynacja projektu, dostarczanie części materiałów i funduszy.

Inicjatorem idei był Merck (MSD), który sfinansował dystrybucję 20 Kufrów z książkami w Kenii, Zimbabwie i Botswanie, oraz przekazał wiele egzemplarzy własnego podręcznika dla lokalnych bibliotek.

Do zespołu dołączył Elsevier Science, finansując pakowanie i transport Kufrów do towarzystw członkowskich ICN w wyznaczonych krajach. Organizacje pielęgniarstwu (szkoły, towarzystwa krajowe, fundacje) także włączyły się do projektu, przeznaczając 2500 USD na potrzeby każdego Kufra. Pielęgniarki z krajów docelowych przyjęły na siebie obowiązek dystrybucji, utrzymania materiałów oraz realizacji odpowiednich szkoleń.

Ministerstwa zdrowia wyznaczonych krajów oraz organizacje pozarządowe związane z tym resortem pomagają w dostarczeniu Kufrów ze stolic do wyznaczonych regionów.

**Wprowadzanie zmian -
od pomysłu do praktyki**

Kiedy pojawi się pomysł na innowację i zostanie odpowiednio opracowany, nadchodzi czas na jego wdrożenie, co nie zawsze jest procesem łatwym. Można wskazać wiele różnych czynników oddziałujących na wprowadzanie zmian, takich jak cechy indywidualne osób zaangażowanych, ich motywacje, środowisko kulturowe i organizacyjne, w którym innowacja jest wdrażana.

Chyba najważniejszym tekstem dotyczącym tego problemu jest wielokrotnie cytowany *Diffusion of innovations* Rogersa, w którym autor przedstawił całościową analizę wprowadzania innowacji w życie. Rogers wyodrębnił kilka etapów procesu dyfuzji: wiedza, przekonywanie, decyzja, wdrożenie, potwierdzenie. Etapy te opisują proces, który rozpoczyna się od rozbudzenia świadomości zainteresowanych stron co do innowacji i sformułowania przez nich opinii na jej temat. To prowadzi do następnego etapu, podczas którego zostaje podjęta decyzja dotycząca ewentualnej kontynuacji działań. Następnie innowacja jest wdrażana, przechodzi etap testów. Wreszcie, na etapie potwierdzenia, nowa metoda wchodzi do codziennej praktyki, zastępując wcześniejsze (Rogers, 2003; Van der Weide, Smits, 2004).

Nie wszystkie innowacje dojdą do etapu wdrożenia. Przy podejmowaniu decyzji o ich realizacji trzeba wziąć pod uwagę wiele czynników. Część pytań, które warto sobie postawić na tym etapie, zawarto w bardzo przydatnym podręczniku opracowanym przez Agency for Healthcare Research and Quality amerykańskiego Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej pt. *Will it work here? A decision-maker's guide to adopting innovations* (Brach et al., 2008) – o czym szerzej w Diagramie 3.

Osiągnięcia! Ludzie, dlaczego mam tyle osiągnięć. Znam przecież mnóstwo pomysłów, które spaliły na panewce.

Thomas Edison

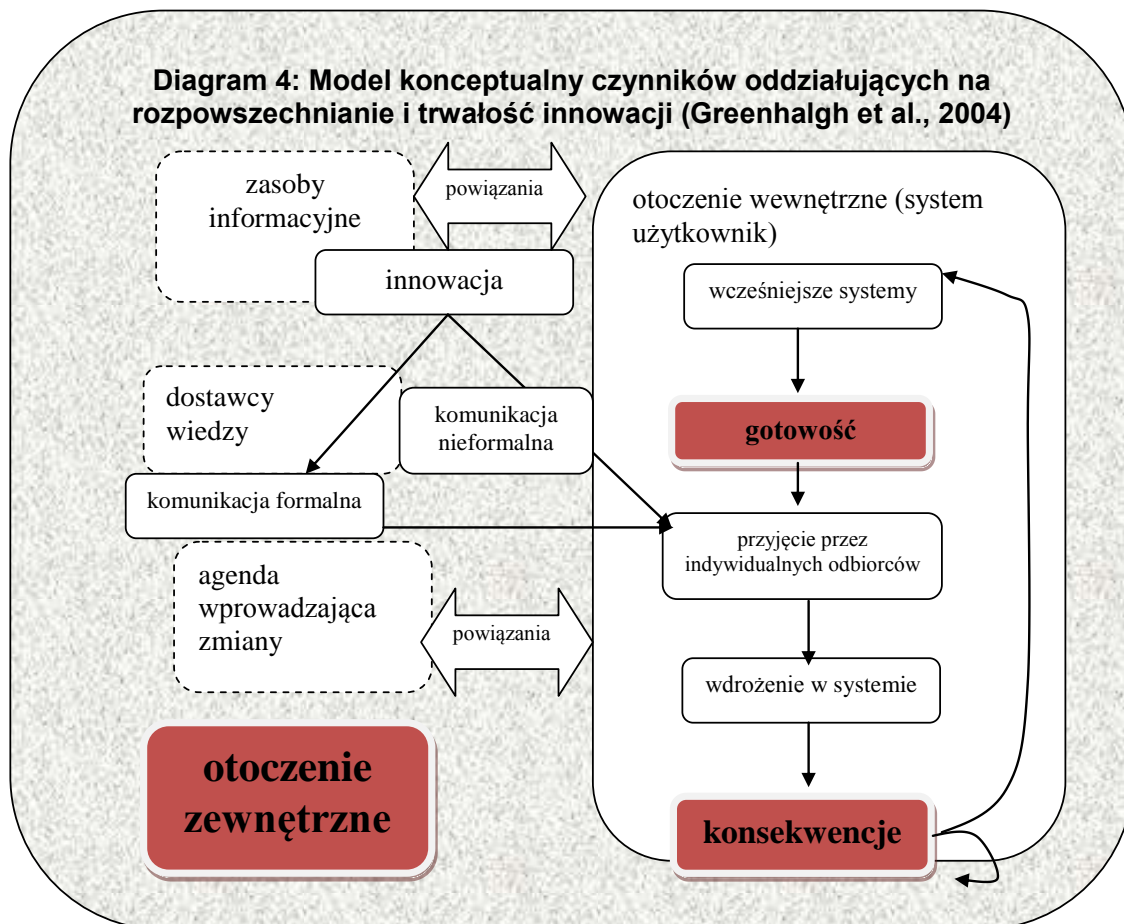
Diagram 3: Czy to zadziała?

Czy ta innowacja nam pasuje?	Na czym polega? Czy jest zgodna z naszymi celami? Czy pasuje do naszej organizacji?
Czy powinniśmy ją realizować?	Jakie są potencjalne korzyści? Jakie są możliwe koszty? Czy możemy przygotować business plan? Jakie ryzyko nam grozi?
Czy możemy ją zrealizować?	Czy jesteśmy gotowi do takiej zmiany? Jakie zmiany będziemy musieli wprowadzić? Czy mamy wszystkie czynniki konieczne do odniesienia sukcesu?
Jak ją przeprowadzić?	Jak zmierzyć skutki wprowadzenia innowacji? Czy możemy ją najpierw przetestować? W jaki sposób wdrożymy innowację?

Cytat z: *Will It Work Here?*
A Decision-Maker's Guide to Adopting Innovations
(Brach et al., 2008)

Realizacja i upowszechnianie innowacji

Proces wprowadzania innowacji w życie obejmuje również etap jej upowszechniania. Zawiera on w sobie z jednej strony planowe, formalne informowanie o innowacji, zazwyczaj z wykorzystaniem kanałów formalnych (jak hierarchia organizacyjna), z drugiej zaś – nieformalne, zdecentralizowane procedury komunikacyjne, jak swobodne przejmowanie pewnych pomysłów. Oba te procesy odgrywają ważną rolę (zob. Diagram 4).



Źródło: Trisha Greenhalgh et al., „How to spread good ideas”, kwiecień 2004 s. 27. Cytat za zgodą autorów.

Czynniki wpływające na rozpowszechnianie informacji o innowacji

Jest ich wiele. Sama innowacja, jej forma i zakres, ma w sobie pewne cechy sprzyjające bądź nie skutecznej komunikacji. Ogromnie ważny jest cały kontekst – otoczenie innowacji, jak również charakter systemu (środowiska pracy) czy osoby uczestniczące w systemie opieki zdrowotnej, a odgrywające różne i zmienne role w propagowaniu innowacji.

Dlaczego niektóre innowacje odnoszą sukces, a inne nie?

Większość autorów zajmujących się tym zagadnieniem powołuje się na „teorię dyfuzji” Rogersa (Rogers, 2003), przywołując zestaw cech innowacji kształtujących prawdopodobieństwo wdrożenia danego pomysłu do praktyki. Najczęściej przywoływane cechy to:

- *relatywna korzyść*, lub zakres, w którym innowacja poprawia istniejące *status quo*,
- *zgodność*, lub stopień, w jakim innowacja pasuje do danej organizacji lub podejścia,
- *kompleksowość* – czy raczej *prostota*, łatwiej zastosować prostsze rozwiązania,

- *sprawdzalność*, lub łatwość poddania danej innowacji testom/próbowi przez potencjalnych użytkowników,
- „*obserwowalność*” – łatwość, z jaką potencjalni użytkownicy mogą dostrzec rezultaty/wyniki innowacji,
- *adaptowalność* – stopień, w jakim innowacja może być dostosowana do specyficznego środowiska, okoliczności lub wymagań (Greenhalgh et al., 2005).

Po szczegółowej analizie literatury dotyczącej innowacji, opisaney w książce *Diffusion on innovation in health service organisations. A systematic literature review* (2005), Trisha Greenhalgh wraz ze współpracownikami opracowała pełniejszą, choć nie całkiem spójną, listę najważniejszych cech innowacji, które oddziałują na sukces jej wdrożenia. Na liście znajdują się m.in.:

- nieostre granice,
- ryzyko,
- podział zadań,
- rodzaj wiedzy koniecznej do realizacji innowacji,
- rozwój/wsparcie.

Należy jednak podkreślić, że zaprojektowanie innowacji spełniającej wszystkie te kryteria nie wystarczy dla osiągnięcia sukcesu. Autorzy podkreślają:

Wspomniane elementy nie są ani stałymi cechami innowacji, ani czynnikami gwarantującymi ich asymilację. O skuteczności wdrożenia decyduje raczej interakcja między innowacją, podmiotami zaangażowanymi w jej realizację oraz okolicznościami całego procesu. (Greenhalgh et al., 2005 s. 8).

Innowacje w praktyce klinicznej: Leczenie i zapobieganie HIV/AIDS

Papua Nowa Gwinea

Placówka POZ kierowana przez pielęgniarki oferuje opiekę w obszarach wiejskich z wysokim wskaźnikiem HIV/AIDS. Pielęgniarki wyodrębniły podstawowe grupy w społeczności lokalnej (takie jak młodzież, kobiety, przywódcy społeczni) w 14 wsiach, aby współpracować z nimi w rozwijaniu świadomości i wiedzy dotyczącej zarażeń HIV i zachorowalności na AIDS. W pracy korzystały z lokalnych rozgłośni radiowych i prasy w celu dostarczania informacji dotyczących zdrowia i opieki zdrowotnej, a także sprawowały opiekę w każdej wsi.

Przychodnia prowadzi także warsztaty dotyczące HIV/AIDS i współpracuje z mieszkańcami w zakresie zapobiegania zarażeniom, jak i innych problemów POZ (cukrzyca, nadciśnienie, opieka nad ciężarnymi, szczepienia). Po jednym z warsztatów do ośrodka przyszło 365 osób, aby zrobić badania na obecność wirusa HIV. Osoby z wynikiem pozytywnym kierowano do szpitala, w celu leczenia oraz uzyskania szczegółowych informacji o terapii.

Innowatorzy – grupy i samodzielni gracze

Nawet doskonale zaprojektowana innowacja będzie niczym bez ludzi, którzy ją wdrożą. Skuteczność procesu zależy od osobowości i charakteru zaangażowanych osób, ról, jakie odgrywają oni w swoich grupach społecznych, norm i wartości, których przestrzegają, a także sposobu komunikowania się między sobą.

Innowacja musi przenikać całą organizację, musi stać się własnością każdego...

Rosabeth Moss (Kanter 1997)

Samodzielni innowatorzy

Badania dotyczące innowacji w rolnictwie wykazały, że proces wdrożenia innowacji ma kształt krzywej „S” – najpierw jest ona przyjmowana przez kilka zainteresowanych

osób, potem przez kolejną grupkę, następnie następuje jej gwałtowne upowszechnienie wśród innych, którzy dostrzegą korzyści z niej płynące (Cain i Mittman, 2002). Jednym z wyjaśnień tego zjawiska jest odwołanie do różnych postaw poszczególnych graczy wobec innowacji. Rogers, wśród osób pozytywnie reagujących na zmiany technologiczne, wyróżnia 5 podstawowych grup: „innowatorzy”, „nowinkarze”, „wczesna większość”, „późna większość”, „guzdrały” (Rogers, 2003). Ta prosta klasyfikacja została jednak skrytykowana w kolejnej pracy, jako zbyt stereotypowa i nieobiektywna, niereprezentatywna dla poziomu kompleksowości czynników wpływających na sposób przyjęcia informacji (Greenhalgh et al., 2004 s. 15).

Skłonność poszczególnych osób do przyjmowania innowacji podlega wpływowi wielu cech osobowości, takich jak inteligencja, tolerancja niepewności, motywacja, wartości, styl uczenia się (Greenhalgh et al., 2004). Ważne także, na ile dana innowacja jest ważna dla danej osoby, co doprowadziło do podjęcia decyzji o jej wdrożeniu, własne poglądy na temat innowacji oraz na ile zmieniały się one przed, w trakcie i po wdrożeniu nowego pomysłu. Analiza literatury przeprowadzona przez Greenhalgh sugeruje, że ważnym czynnikiem oddziałującym na akceptację innowacji jest dostęp do informacji (w tym informacji zwrotnej) na wszystkich etapach realizacji procesu.

Komunikacja i oddziaływanie

Ludzie komunikują się i uczą na różne sposoby. Poszczególne formy komunikacji i oddziaływania mają też swoje mocne i słabe strony.

Badania sugerują, że o ile środki masowego przekazu, publikacje i inne ogólne kanały komunikacji stanowią skuteczne i tanie środki przekazu informacji i budzenia świadomości dotyczącej innowacji (Greenhalgh et al., 2004; Cain, Mittman, 2002), skuteczniejsze w przekonywaniu ludzi co do akceptacji nowych rozwiązań są kontakty indywidualne w formalnych lub nieformalnych sieciach społecznych.

Greenhalgh et al. (2004, s. 17-19) wyodrębniła kilka kluczowych czynników skutecznej komunikacji i akceptacji innowacji. Są to:

- rodzaj sieci. Różne grupy funkcjonują w różnych sieciach społecznych, które mają odmienne sposoby działania. Np. sieci poziome są skuteczne w rozpowszechnianiu opinii o innych, sieci pionowe natomiast – w przekazie wiarygodnych informacji.
- akceptacja innowacji jest bardziej prawdopodobna w grupach jednorodnych, tzn. łączących osoby o podobnej sytuacji społeczno-ekonomicznej, wykształceniu, zawodzie, pochodzeniu kulturowym.
- ogromną siłę oddziaływania mają liderzy opinii. Dotyczy to zarówno osób wydających opinię o innych, wiarygodnych w oczach kolegów, jak i osób postrzeganych jako eksperci w swojej dziedzinie. Znalezienie takich liderów to warunek promocji innowacji (Greenhalgh et al., 2004).
- innowacje zyskują dzięki „zwycięzcom” – osobom, które je entuzjastycznie wspierają. Tacy ludzie odgrywają kluczową rolę w tworzeniu pozytywnego środowiska dla wprowadzania zmian – podejmując współpracę, wprowadzając pomocne procedury czy rozwiązania systemowe.
- Ci, którzy przekraczają granice, mają dobre kontakty z innymi organizacjami czy sieciami. Te osoby są często bardziej otwarte na przejmowanie pomysłów z innych obszarów i ich adaptację.

Istota innowacji jest dziś inna niż kiedyś. Nie chodzi już o samodzielnych badaczy zamkniętych w laboratoriach, z których wychodzą, ogłaszając sukces prowadzonego eksperymentu. Nie chodzi o osoby. Chodzi o wielozdziedzinowość. O globalizm. O współpracę.

*Sam Palmisano
Przewodniczący, prezydent
i dyrektor wykonawczy IBM
Chapman 2008)*

Istnieją również badania sugerujące, że różne sposoby komunikacji formalnej i nieformalnej mają różną skuteczność w zależności od rodzaju pracowników. Na przykład Amo w swoim badaniu dotyczącym zachowań innowacyjnych w opiece zdrowotnej w Norwegii wskazał różnice w sposobie, w jaki pielęgniarki dyplomowane, pomoce pielęgniarskie oraz pracownicy niewykwalifikowani interpretowali postawy przedstawicieli zarządu oraz swoich współpracowników wobec innowacji. Stwierdził też, że pielęgniarki łatwiej ulegają pozytywnemu nastawieniu przełożonych do innowacji niż swoich kolegów. I przeciwnie – pomoce pielęgniarskie i pracownicy niewykwalifikowani łatwiej ulegali innowacyjnym zachowaniom swoich kolegów niż zachętom przełożonych (Amo, 2006). Sugeruje to, że w każdej grupie różne osoby mogą mieć różny wpływ na proces innowacji, oraz że należy uwzględnić różne podejścia poszczególnych grup pracowników opieki zdrowotnej, przygotowując grunt dla promocji innowacji.

Innowacyjne środowiska

Nikt z nas nie żyje w próżni, również i innowacje nie są wdrażane w warunkach próżniowych. Pojawiają się w konkretnych okolicznościach, często na skutek oddziaływania danego środowiska, a jego charakter wpływa na prawdopodobieństwo pojawienia się ciekawych pomysłów oraz na możliwość ich realizacji. Niektórzy mówią, że „kontekst, w jakim wdrażane są udokumentowane naukowo innowacje, ma takie samo znaczenie, jak wyniki poszczególnych pracowników wprowadzających zmiany w życie” (Angus et al., 2003 s. 218).

Istnieje wiele czynników kojarzonych z innowacyjnymi organizacjami, należą do nich także zdecentralizowane struktury decyzyjne. Organizacja musi mieć także zdolność przyjmowania nowej wiedzy, gotowość reagowania na zmiany. Analiza literatury Greenhalgh et al. wykazała 6 kluczowych elementów określających „gotowość innowacyjną”. Są to:

- gotowość do zmiany, dostrzeganie potrzeby wprowadzenia zmian,
- zgodność proponowanej innowacji z wartościami, normami, celami i możliwościami systemu,
- umiejętność właściwej oceny skutków innowacji i dążenia do ich osiągnięcia,
- obecność w systemie rzeczników innowacji – w tym „zwycięzców” i liderów opinii,
- zdolność systemu do przeznaczenia odpowiednich środków i czasu na realizację innowacji, oraz
- zdolność do skutecznej oceny oczekiwa-

Innowacja nie ma nic wspólnego z sumą pieniędzy, które posiadasz... Nie chodzi o pieniądze, chodzi o ludzi, sposób zarządzania, zaangażowanie.

*Steve Jobs
amerykański przedsiębiorca
komputerowy
(www.quotationpage.com)*

nych i nieoczekiwanych skutków innowacji, gromadzenie i przetwarzanie informacji zwrotnej (Greenhalgh et al., 2004).

Wdrożenie innowacji nie wymaga obecności wszystkich tych elementów. Nowe pomysły mogą mieć mniejszy lub większy zakres, mogą pochodzić z dowolnego ogniwa organizacji. Na przykład mała zmiana w sposobie zapisów w małej wiejskiej przychodni może spowodować znaczącą poprawę satysfakcji pacjentów i pracowników, przy minimalnych kosztach. Skuteczna organizacja to taka, która zainteresuje się nowym pomysłem, dostrzeże jego wartość, pomoże pomysłodawcom i całej organizacji we wdrożeniu zmian.

Organizacje muszą też wspierać innowacje, aby zapewnić ich trwałość. Badania dowodzą, że wymaga to zaangażowania personelu wszystkich szczebli. Pracownicy muszą posiadać odpowiednią motywację, zdolności i kompetencje, w razie potrzeby należy ich wesprzeć właściwymi szkoleniami. Organizacja, której struktura wspiera dobrą komunikację wewnętrzną i procesy decyzyjne, ma większe szanse na trwałość i ciągłość wprowadzanych zmian (Greenhalgh et al., 2004).

Wspólną cechą firm innowacyjnych jest otwarta kultura. Kultura, która potrafi z każdym nawiązać relację: niezależnie od struktury wewnętrznej, z każdym partnerem zewnętrznym, z którym współpraca może przynieść korzyści.

Rosabeth Moss (Kanter 1997)

**Innowatorzy wśród pielęgniarek:
przeszłość i przyszłość**

Innowatorzy wśród pielęgniarek

Innowacje nie są w pielęgniarstwie pomysłem nowym. Jak pokazują przywołane powyżej przykłady, codziennie na całym świecie pielęgniarki angażują się w działania innowacyjne, motywowane chęcią poprawy opieki nad pacjentem i koniecznością obniżania kosztów. Wiele tych inicjatyw w konsekwencji wpływa pozytywnie na stan zdrowia pacjentów, populacji, na systemy opieki zdrowotnej. Tym niemniej wkład pielęgniarek w innowacje w sektorze ochrony zdrowia rzadko jest doceniany czy upowszechniany.

Pielęgniarki pracują we wszystkich typach placówek opieki, ze wszystkimi grupami pacjentów, ich rodzin, grupami środowiskowymi, przedstawicielami innych zawodów medycznych i pozostałego personelu. Mają więc doskonałą pozycję do wprowadzania twórczych, innowacyjnych rozwiązań, rzeczywiście odmieniających codzienne życie pacjentów, organizacji, środowisk lokalnych i naszego zawodu (Amo, 2006).

Nowoczesne rozwiązania pielęgniarstwie to także kluczowy element w działaniach związanych z bieżącymi i przyszłymi globalnymi wyzwaniami zdrowotnymi – takimi jak starzenie się społeczeństwa, HIV/AIDS, gruźlica, malaria, wzrost zachorowalności na choroby zakaźne, braki środków czy niedobory kadrowe.

**Innowatorzy wśród pielęgniarek
- Florence Nightingale**

Działalność Florence Nightingale to doskonały przykład przywództwa w innowacjach.

Wśród wielu jej pomysłów wymienić można wprowadzenie systematycznej dokumentacji opieki zdrowotnej (Hughes, 2006).

Była także „innowatorem w zakresie gromadzenia, porządkowania, interpretacji i prezentacji graficznej danych statystycznych” (Audain, 2008). Opracowała „diagram spolaryzowany” jako sposób prezentacji danych potwierdzających jej argumenty za wprowadzeniem reformy, w czasie, kiedy matematyczny pomiar i analiza zjawisk społecznych były w powijakach.

W 1860 roku, w uznaniu tych zasług, Florence Nightingale została – jako pierwsza kobieta – członkiem Towarzystwa Statystycznego (The Florence Nightingale Museum, 2008).

The Florence Nightingale International Foundation, stworzona dla uczczenia jej pamięci, promuje rozwój pielęgniarstwa na całym świecie poprzez szereg różnych działań, w tym wspieranie przedsięwzięć International Council of Nurses.

Rola krajowych towarzystw pielęgniarskich

Krajowe towarzystwa pielęgniarskie stanowią kluczową siłę we wspieraniu innowacji we wszystkich sferach swojego oddziaływania. Zakres ich przywództwa obejmuje:

- promocję pielęgniarstwa jako zawodu z długimi tradycjami innowacyjności w opiece zdrowotnej, promowanie osiągnięć pielęgniarek w tym zakresie,
- wspieranie kultury innowacyjności w miejscu pracy, współpraca z kluczowymi partnerami w promocji wspierającymi pozytywne środowiska pracy, gotowe do zmian, gdzie nowe pomysły są chętnie dyskutowane,
- współpraca z organizacjami sektora zdrowia, badaczami i politykami w zakresie analizy skutków proponowanych innowacji dla pielęgniarek, korzyści i kosztów (krótko- i długoterminowych), udział w dyskusjach dotyczących sposobu dalszego postępowania,
- rzecznictwo w sprawie kluczowych innowacji w szerszym środowisku, kontakty z liderami opinii i grupami społecznymi, udział w debatach politycznych i ekonomicznych,
- tworzenie forum wymiany pomysłów i dyskusji nad innowacjami,
- docenianie innowatorów w pielęgniarstwie,
- rozpowszechnianie nowych pomysłów wśród pielęgniarek i w innych środowiskach.

Pielęgniarki w miejscu pracy

Jak pokazano w niniejszym tekście, każda pielęgniarka może uczestniczyć w procesach innowacyjnych, przekazywać informacje dotyczące ich użyteczności, propozycje zmian, czy dostosowania ciekawych pomysłów do lokalnych potrzeb i warunków. Dzięki swojej pracy i kontaktom z kolegami, pielęgniarki mogą oddziaływać twórczo w środowisku pracy i wprowadzać w nim konieczne zmiany.

Pielęgniarki pełnią także ważne role przywódcze w organizacjach związanych z opieką zdrowotną – na stanowiskach kierowniczych wyższego szczebla i w poszczególnych oddziałach. Wszędzie tam mają doskonałą okazję do rozpowszechniania informacji o innowacji czy nowoczesnych rozwiązaniach. Mogą także przyczyniać się do kształtowania pozytywnego nastawienia do zmian w zespole pracowników.

Jak ilustruje to wiele przykładów przywołanych w tym materiale, pielęgniarki codziennie proponują innowacyjne rozwiązania, mające na celu poprawę usług zdrowotnych i wyników opieki w środowisku lokalnym. Nowe pomysły są realizowane na wiele sposobów, w różnych placówkach – począwszy od dużych szpitali i klinik w większych miastach – po najmniejsze przychodnie na terenach wiejskich. Pracując z odwagą, determinacją, twórczo – pielęgniarki na całym świecie wciąż odgrywają kluczową rolę we wprowadzaniu innowacji w opiece zdrowotnej.

Silne i trwałe przywództwo, które "przygotowuje drogę" twórczości, do warunek konieczny pojawienia się innowacji.

Hughes 2006

Literatura

Affara F. (2007). Strengthening nursing and midwifery: scaling up capacity to reach the Millennium Development Goals: a report from Fadwa Affara on a global consultation called by ICM, ICN and WHO, hosted in Islamabad, Pakistan, 5-6 March, 2007. "International Midwifery", International Confederation of Midwives.

Afuah A. (1998). Innovation Management: Strategies, Implementation and Profits. Oxford: Oxford University Press.

The Agency for Healthcare Research and Quality Healthcare Innovations Exchange (2008a). Innovation Profile: Nurse Home Visits Improve Birth outcomes, Other Health and Social Indicators for Low-Income, First Time Mothers and Their Children. [online] Agency for Healthcare Research and Quality. Dostępny w WWW: <http://www.innovations.ahrq.gov/content.aspx?id=2229>

The Agency for Healthcare Research and Quality Healthcare Innovations Exchange (2008b). Innovation Profile: Periodic, Nurse-Initiated Telephone Contact Provides Quality Followup Care to Infants With Lung Disease in Rural Areas. [online] Agency for Healthcare Research and Quality. Dostępny w WWW: <http://www.innovations.ahrq.gov/content.aspx?id=1756>

Amo B.W. (2006). Employee innovation behaviour in health care: the influence from management and colleagues. "International Nursing Review" (53):231-237.

Angus J., Hodnett E., O'Brien-Pallas L. (2003). Implementing evidence-based nursing practice: a tale of two intrapartum nursing units. "Nursing Inquiry" 10(4): 218-228.

Audain C. (2008). Biographies of Women in Mathematics: Florence Nightingale. [online] Dostępny w WWW: <http://www.agnesscott.edu/lriddle/women/nitegale.htm>

Brach C., Lenfestey N., Roussel A., Amoozegar J., Sorensen A. (2008). Will It Work Here? A Decision-Maker's Guide to Adopting Innovations. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Publication No. 08-0051. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Buchan J., Calman N. (2005). Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurse in Advanced Roles. OECD Health Working Papers No.17. Paris: Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Organisation for Economic Co-Operation and Development.

Pence, B.W., Nyarko, P., Phillips, J.F., Dbpuur, C. (2005), The Effect of Community Nurses and Health Volunteers on Child Mortality: The Navrongo Community Health and Family Planning Project. New York: The Population Council. Cyt. za: Cain M., Mittman R., Diffusion of Innovation in Healthcare. 4th edition.

Chapman M., Berman S., Blitz A. (2008). Rethinking Innovation: Insights from the World's Leading CEOs. Artarmon, New South Wales: Fast Thinking Books.

Cohen J.M., Cohen M.J., The Penguin Dictionary of Quotations. Penguin Books, b,d.

Danjoux N.M., Martin D.K., Lehoux P.N., Harnish J.L., Shaul R.Z., Bernstein M., Urbach D.R. (2007). Adoption of an innovation to repair aortic aneurysms at a Canadian hospital: a qualitative case study and evaluation. "BMC Health Services Research" 2007: 7:182.

Dwyer J., Leggat S. (2004) A new look for Australian Health Review. "Australian Health Review" 28 (1): 5-6. [online] Dostępny w WWW:
http://www.aushealthreview.com.au/PUBLICATIONS/articles/issues/ahr_28_1_300904/ahr_28_1_005-006.asp

Edison T., Brainyquote. [online] Dostępny w WWW:
http://www.brainyquote.com/quotes/authors/t/thomas_a_edison.html

Edison T., The Quotations Page. [online] Dostępny w WWW:
<http://www.quotationspage.com/quote/1914.html>

Farella C. (2001). Frustration, Perspiration and Innovation: Nurse Inventors Create in the Name of Patient Care. [online] Dostępny w WWW:
<http://www2.nursingspectrum.com/articles/article.cfm?aid=4200>

The Florence Nightingale Museum (2008). [online] Dostępny w WWW:
<http://www.florence-nightingale.co.uk/flo2.htm>

Greenhalgh T., Bate P., Kyriakidou O., Peacock R., Robert G., MacFarlane F., Donalson L. (2005). Diffusion of Innovations in Health Services Organisations: A Systematic Literature Review. BMJ Books, Blackwell Publishing.

Greenhalgh T., Robert G., Bate P., Kyriakidou O., Macfarlane F., Peacock R. (2004). How to Spread Good Ideas: A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service delivery and Organisation R&D (NCCSDO). London: NCCSDO.

LITERATURA ZALECANA

Wiele jest źródeł dotyczących innowacji w opiece zdrowotnej.

Poniższa lista nie jest wyczerpująca, może natomiast stanowić dobry punkt wyjścia dla wszystkich, którzy chcą poznać bliżej teorię innowacji, szukających porady lub narzędzi pomocnych w opracowywaniu i wdrażaniu nowych rozwiązań, ciekawych przykładów udanych działań.

Zainteresowanych zachęcamy do zajrzenia do pracy pt. *Will It Work Here? A Decision-Maker's Guide to Adopting Innovations* (Brach et al. 2008), opublikowanej przez amerykańską Agency for Healthcare Research and Quality. Stanowi ona praktyczny przewodnik pokazujący krok po kroku, jak wdrażać innowacje w placówkach opieki zdrowotnej. Można tam znaleźć także wiele odniesień do źródeł i narzędzi.

Innym pożytecznym przewodnikiem, łączącym porady praktyczne z podstawowymi informacjami na temat teorii dyfuzji, jest książka pt. *Diffusion of Innovation in Healthcare* (Cain, Mittman, 2002), przygotowana pod auspicjami California HealthCare Foundation.

Wszystkim, którzy chcą poznać bliżej teorię innowacji, polecamy Greenhalgh et al., *Diffusion of Innovation in Health Services Organisations: A Systematic Literature Review* (2005), która stanowi dogłębny, całościowy przegląd literatury dotyczącej tego zagadnienia.

Wśród ciekawych witryn internetowych, zwłaszcza zawierających praktyczne przykłady wdrożeń i ich wyników, wymienić można:

- The International Council of Nurses Innovations Database
<http://www.ich.ch/innovations/about.htm>
- The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Healthcare Innovations Exchange (US)
<http://www.innovations.ahrq.gov>
- NHS Innovation Centre (UK)
<http://www.nic.nhs.uk>
- Australian Resource Centre for Healthcare Innovations (ARCHI)
<http://www.archi.net.au>

Hughes F. (2006). Nurses at the forefront of innovation. "International Nursing Review" (53): 94-101.

International Council of Nurses (2006). BD and International Council of Nurses Collaborate to Address the Health Human Resource Crisis in Africa. [online] Wycinek prasowy dostępny w WWW: http://www.icn.ch/PR22_06.htm.

International Council of Nurses (2008a). Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Primary Health Care. Materiały na Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek, Genewa.

International Council of Nurses (2008b) International Council of Nurses Innovation Database, www.icn.ch/innovations/, accessed 18 November 2008.

International Council of Nurses (2008c). Nursing Perspectives and Contribution to Primary Health Care. Geneva

Jobs S., The Quotations Page. [online] Dostępny w WWW: <http://www.quotationspage.com>

Kambarami R.A., Chidede O., Kowo D.T. (1999). Kangaroo care for well low birth infants at Harare Central Hospital Maternity Unit – Zimbabwe. "Central African Journal of Medicine" 45(3) pp.56-59.

Kanter R.M., Kao J., Wiersema F. (red.) (1997). Innovation: Breakthrough Thinking at 3M, DuPont, GE, Pfizer and Rubbermaid. New York: Harper Collins.

Lester R.K., Piore M.J. (2004). Innovation - The Missing Dimension. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Levitt T. [online] Dostępny w WWW:
<http://www.quotesandsayings.com/finquoteframes.htm>

McDonald L., red. (2005) Florence Nightingale on Women, Medicine, Midwifery and Prostitution. volume 8 of the Collected Works of Florence Nightingale. Waterloo: Wilfrid Laurier University Press.

Marquez L. (2001). Helping Healthcare Providers Perform According to Standards. Operations Research Issue Paper 2(3). Bethesda, MD: Published by the U.S. Agency for International Development by the Quality Assurance Project.

O'Connor K., Brown P.B. (2003). The Map of Innovation: Creating Something Out of Nothing. New York: Random House.

Patrick H., Roberts N., Hutt R., Hewitt P., Connelly J., Oliver D. (2006). Evaluation of Innovations in nursing practice: report and discussion. "British Journal of Nursing" 9(15).

Plsek P. (2003). Complexity and the Adoption of Innovation in Healthcare. Accelerating Quality Improvement in Health Care: Strategies to Speed the Diffusion of Evidence-Based Innovations. Washington DC: Agency for Healthcare Research and Quality, Centers for Disease Control and Prevention, Robert Wood Johnson Foundation, Anthem Foundation, eHealth Initiative, January 27 - 28.

Rogers E. (2003). Diffusion of Innovations. New York: Free Press, 5th edition.

Ross Baker G., MacIntosh-Murray A., Portcellato C., Dionne L., Stelmacovich K., Born K. (2008). High Performing Health Systems: Delivering quality by design. Toronto: Longwoods Publishing Corporation.

Scott S.D., Plotnikiff R.C., Karumamuni N., Bize R., Rodgers W. (2008). Factors influencing the adoption of an innovation: An examination of the uptake of the Canadian Heart Health Kit (HHK). "Implementation Science" 3(41).

Spilsbury K., Meyer J. (2001). Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. "Journal of Clinical Nursing" 10:3-14.

Stanton J. (b.d.) Innovations in Medicine and Health: Diffusion and resistance in the Twentieth Century.

Tweedle L. (2008). Student Nurses in Scotland are to use virtual world program Second Life to enhance their training from next year. "Nursing Times".

Van der Weide M., Smits J. (2004). Adoption of innovations by specialised nurses: personal, work and organisational characteristics. "Health Policy" 68:81-92.

Western District Health Service (2008). [online] Dostępny w WWW:
<http://www.wdhs.net/newsev/PremierAward08.html>