



Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Wydział Nauk o Zdrowiu

mgr Ewa Kaniecka
Nr albumu 182514

Dobre praktyki i rozwiązania systemowe w obszarze funkcjonalnym komitetów i zespołów problemowych wybranych podmiotów leczniczych województwa łódzkiego

Good practices and system solutions in the functional area of committees and problem teams of selected medical entities of lodzkie voivodship

Rozprawa doktorska przygotowana pod kierunkiem
Promotor: dr hab. n. med., prof. uczelni Dariusz Timler
Promotor pomocniczy: dr n. o zdrowiu Anna Rybarczyk-Szwajkowska

Rozprawa powstała w ramach projektu „InterDoktorMen – Budowanie nowej jakości i efektywności kształcenia w formule studiów doktoranckich dla menedżerów ochrony zdrowia na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, POWR.03.02.00-00-I027/16) współfinansowany ze środków Unii Europejskiej, z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Wartość projektu: 3 350 170,80

Łódź, 2022

Streszczenie

Optymalizacja procesów zachodzących w usługach zdrowotnych wymaga systemowego podejścia do zagadnień zarządzania w ochronie zdrowia oraz jakości świadczeń medycznych. Patrząc przez pryzmat jednego z nadrzędnych celów systemu ochrony zdrowia, jakim jest *zachowanie i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa*, wiedza o podmiocie i zachodzących w nim procesach staje się kluczem do sprawnego i skutecznego nim zarządzania. Szpitale to wielozadaniowe organizacje o bardzo rozbudowanej oraz skomplikowanej strukturze, zarządzanie którymi przysparza kadrze menadżerskiej niebagatelnych wyzwań, a co za tym idzie, szeregu złożonych zadań dla ich skutecznego rozwiązywania.

Źródeł wiedzy o szpitalu jest bardzo wiele, począwszy od opisu i analizy poszczególnych procesów, poprzez wyniki prowadzonych badań, np. satysfakcji pacjentów i pracowników, a na rezultatach prowadzonych ocen, auditów wewnętrznych i zewnętrznych oraz kontroli uprawnionych organów kończąc. Wśród możliwych wewnętrznych mechanizmów pozyskiwania informacji o podmiocie leczniczym szczególne miejsce zajmują powoływane w szpitalach komitety i zespoły problemowe, którym poświęcono niniejszą dysertację.

W pierwszej kolejności należy zauważyć, że obecnie funkcjonujący system ochrony zdrowia w Polsce, generuje wymagania z wielu źródeł (przepisy prawa/ zalecenia konsultantów/ NFZ/ uprawnione organy kontrolne i inne), często niejednoznacznie sformułowanych i niespójnych, powodujących konieczność wdrażania tych samych, bądź podobnych działań wielokrotnie, częstego ich modyfikowania oraz korygowania. W konsekwencji, ustalenie stabilnej polityki zarządzania jakością w podmiotach leczniczych staje się praktycznie niemożliwe, a wręcz pociąga za sobą konieczność uruchamiania kolejnych zasobów i nie zawsze przekłada się na poprawę poziomu jakości oraz wzrost poziomu bezpieczeństwa pacjentów.

Niewielki zasób jednolitych metod postępowania, umożliwiających i przede wszystkim ułatwiających podmiotom leczniczym spełnienie szeregu wymagań prawnych, norm i standardów, nie ułatwia i nie wpływa pozytywnie na sytuację w obszarze sprawnego

i skutecznego ich realizowania. Nie jest wystarczające jedynie wskazanie wymagań czy standardów i pozostawienie placówek ochrony zdrowia samym sobie w mozolnym procesie ich wdrażania i jeszcze trudniejszym procesie ciągłego utrzymywania odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Standaryzacja zwiększa prawdopodobieństwo, że w procesie leczenia zostanie zastosowany najlepszy z możliwych wariantów, jest więc bardzo istotnym elementem poświadczającym działanie zgodnie z najnowszą wiedzą, przekładając się na czytelność kosztów funkcjonowania (zarówno dla świadczeniodawcy, jak i płatnika). Ponadto, standardy pozytywnie oddziałują na jakość udzielanych świadczeń, stanowią formę ochrony kadry medycznej przed nieuzasadnionymi roszczeniami pacjentów, a wsparcie i wypracowanie dobrych praktyk oraz rozwiązań systemowych w tym obszarze należy uznać za jedno z czołowych celów zakładanej strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Oczywistym staje się fakt, że wyłącznie profesjonalnie przeprowadzony proces implementacji systemów zarządzania, standardów akredytacyjnych i innych wymagań prawnych, stanowi skuteczne narzędzie podnoszące poziom jakości świadczeń zdrowotnych oraz zapewniające sprawny i skuteczny proces zarządzania podmiotem leczniczym.

W relacji do powyższego, jakości nie da się „jakoś” zabezpieczyć, jakość wymaga ukonstytuowania procesów kulturotwórczych wśród świadczeniodawców, zrozumienia tego pojęcia, wyznaczenia celów oraz zdefiniowania procesów zachodzących w podmiocie leczniczym, a także opracowania konkretnych rozwiązań dla sprawnego i skutecznego nimi zarządzania. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że jedynie systematyczne dokonywanie ewaluacji własnej działalności, czyli zbieranie danych według przyjętej, metodologii, następnie ich wnikliwa ocena i rzetelna analiza dają realną szansę zaprojektowania niezbędnych zmian dla poprawy funkcjonowania podmiotu leczniczego.

Wśród możliwych wewnętrznych mechanizmów pozyskiwania informacji (wiedzy) o podmiotach leczniczych szczególne miejsce zajmują powoływane w nich komitety i zespoły problemowe/ zadaniowe ds. kontroli zakażeń szpitalnych, ds. farmakoterapii, ds. antybiotykoterapii, ds. transfuzjologii, ds. jakości, ds. etyki, ds. żywienia, ds. zgonów i inne, w których kolejnym etapem, po pozyskaniu informacji i wykorzystaniu bazowej wiedzy z poziomu odniesienia, jest ukonstytuowanie nowej wiedzy adekwatnej do rozpoznanych potrzeb.

Konsekwencją uzasadnienia wagi zauważonych problemów jest sformułowanie celu głównego niniejszej rozprawy jakim jest opracowanie modeli dobrych praktyk i rozwiązań systemowych dla sprawnego i skutecznego wdrażania oraz utrzymywania wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w podmiotach leczniczych.

Realizację badania głównego skierowano do szpitali województwa łódzkiego włączonych do „sieci szpitali”, zgodnie z ogłoszonym przez Dyrektora Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, „**Wykazem świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa łódzkiego**” (ogłoszenie z dnia 03.12.2019, okres obowiązywania przedmiotowego Wykazu od dnia 1 października 2017 r. do dnia 30 czerwca 2021 r.) – pierwotnie planowany termin – I połowa 2021.

W oparciu o wnioski z badania pilotażowego zmodyfikowano narzędzie badawcze, przystosowując kwestionariusz ankiety w taki sposób, aby możliwe było zebranie danych zarówno w formie ankiety wypełnianej samodzielnie przez respondentów, jak i w formie wywiadu kwestionariuszowego przeprowadzanego przez badacza indywidualnie z poszczególnymi uczestnikami przedmiotowego badania.

W rezultacie przeprowadzonych modyfikacji, kwestionariusz ankiety/ wywiadu podzielony został na następujące elementy:

1. **CZĘŚĆ I.** Komitety/ Zespoły problemowe w Szpitalu
2. **CZĘŚĆ II.** Analizy prowadzone w Szpitalu
3. **CZĘŚĆ III.** Uwagi i zalecenia pokontrolne dla Szpitala ze strony zewnętrznych organów kontrolnych oraz oceniających
4. **CZĘŚĆ IV.** Ocena współpracy z innymi podmiotami
5. **CZĘŚĆ V.** Ocena poszczególnych obszarów funkcjonowania Szpitala
6. **CZĘŚĆ VI.** Systemy zarządzania i akredytacja w Szpitalu
7. **CZĘŚĆ VII.** Systemy informatyczne i Polityka Bezpieczeństwa Informacji w Szpitalu
8. **CZĘŚĆ VIII.** Uwagi dodatkowe

Ze względu na wyjątkową i bardzo trudną sytuację epidemiologiczną spowodowaną pandemią Covid-19, badanie zrealizowano w dwóch turach, w miesiącu lutym 2021 (10 Szpitali – 6 wywiadów i 4 ankiety) oraz ponownie w miesiącu czerwcu 2021



(10 Szpitali – 4 wywiady i 6 ankiet). Łącznie przeprowadzono 10 wywiadów i zgromadzono 10 ankiet (w badaniu wzięło udział 20 szpitali z 34 uprawnionych). Badanie w całości zrealizowano zdalnie, za pośrednictwem dostępnych narzędzi komunikacji na odległość (wywiady telefoniczne/ przesłanie wypełnionych ankiet za pośrednictwem Internetu).

Dane pochodzące ze wszystkich zebranych ankiet i przeprowadzonych wywiadów wprowadzone zostały do arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel. Po utworzeniu bazy przeprowadzono losowe sprawdzenie 5% rekordów pod kątem jakości oraz kompletności wprowadzonych danych. W celu opracowania zebranych danych zastosowano metody opisowe i metody wnioskowania statystycznego. Opracowując statystycznie zebrany materiał empiryczny dla cech ilościowych został obliczony ich zakres (minimum–maksimum) oraz wartości przeciętne (średnie arytmetyczne). Ponadto, do pomiaru siły związku między cechą wyrażoną na skali przedziałowo-ilorazowej (zmienną ciągłą) i nominalnej (zmienną dychotomiczną) zastosowano współczynnik korelacji punktowo-dwuseryjnej.

Zebrane wyniki pozwoliły na ocenę przygotowania i zaawansowania procesu wdrożenia poszczególnych wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w wybranych podmiotach leczniczych województwa łódzkiego w obszarze funkcjonalnym komitetów i zespołów problemowych. Dodatkowo, umożliwiły identyfikację czynników wpływających na powyższy proces wdrożenia poszczególnych wymagań w obszarze funkcjonalnym komitetów i zespołów problemowych, takich jak zaimplementowany system akredytacji Ministra Zdrowia lub system zarządzania jakością wg normy ISO 9001 w badanych szpitalach, sposób implementacji wymienionych systemów (samodzielnie lub przy współpracy z zewnętrzną firmą konsultingową), liczba łóżek czy liczba zatrudnionego personelu. Dzięki pozyskanym danym, wskazano ponadto różnice oraz podobieństwa w zastosowaniu poszczególnych wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w obszarze funkcjonalnym komitetów i zespołów problemowych w podmiotach leczniczych województwa łódzkiego.

Najważniejsze wnioski z przeprowadzonego badania głównego, identyfikujące najważniejsze obszary do opracowania wspólnych dobrych praktyk postępowania i rozwiązań systemowych dla sprawnego i skutecznego wdrażania poszczególnych wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w szpitalach kształtują się następująco:

1. znikome zaangażowanie i współpraca ze strony dyrekcji oraz najwyższego kierownictwa na rzecz jakości, którego podłożem mogą być niewystarczające kompetencje managerskie i brak silnego przywództwa,



2. brak skutecznych narzędzi motywujących i mobilizujących personel do większego zaangażowania w pracę komitetów i zespołów,
3. dostępność standardów funkcjonowania i działania (kompleksowe wytyczne do opracowania programu działania, realizacji analiz, wdrażania wniosków i szkoleń) wyłącznie dla wybranych komitetów i zespołów problemowych,
4. brak narzędzi i jednoznacznych wytycznych do sprawnego, regularnego i kompleksowego gromadzenia danych dla niezbędnych i wymaganych analiz klinicznych (zarówno w odniesieniu do dedykowanych programów/ systemów informatycznych, wspólnych rejestrów czy baz danych, jak i przy definiowaniu zakresu zbieranych danych i późniejszego ich analizowania), stanowiących główne źródło wiedzy o poziomie i jakości świadczonej opieki zdrowotnej,
5. niewystarczająca informatyzacja, a przy tym automatyzacja realizowanych procesów czy zadań, w tym dedykowanych komitetom i zespołom problemowym,
6. ograniczony zakres wdrażania niezbędnych działań doskonalących wynikających bezpośrednio z realizowanych zadań, prowadzonych analiz i oceny funkcjonowania danej placówki w pełnym zakresie,
7. niewystarczająca i zakłócona komunikacja wewnętrzna, brak wymiany wiedzy i doświadczeń oraz informacji istotnych z punktu widzenia zarządzania oraz funkcjonowania szpitala,
8. niska świadomość projakościowa wśród personelu medycznego,
9. niewielka ilość i ograniczony zakres realizowanych szkoleń tematycznych.

Zarówno wyniki, jak i wnioski z przeprowadzonego badania głównego pozwoliły na wskazanie szeregu dobrych praktyki oraz rozwiązań systemowych dla sprawnego i skutecznego wdrażania oraz utrzymywania wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w podmiotach leczniczych, w tym opracowanie czterech praktycznych formularzy do wykorzystania przy planowaniu, realizacji celów i zadań oraz dokumentowaniu działalności poszczególnych komitetów i zespołów problemowych.



Abstrakt

Optimisation of processes taking place in health services requires a systemic approach to the issues of management in health care and quality of medical services. Looking from the perspective of one of the primary objectives of the health care system, which is to maintain and improve the health of the society, knowledge about the entity and the processes occurring in it becomes the key to its efficient and effective management. Hospitals are multi-task organisations with a very developed and complex structure, the management of which poses significant challenges for the managers and, consequently, a number of complex tasks for their effective solution.

There are many sources of knowledge about the hospital, starting from the description and analysis of particular processes, through the results of surveys, e.g. patient and employee satisfaction, and ending with the results of evaluations, internal and external audits and inspections by authorised bodies. Among the possible internal mechanisms for obtaining information about the medical entity, a special place is occupied by committees and problem teams established in hospitals, to which this dissertation is devoted.

First of all, it should be noted that the current health care system in Poland, generates requirements from many sources (laws / recommendations of consultants / NFZ / authorized control bodies and others), often ambiguously formulated and inconsistent, resulting in the need to implement the same or similar actions repeatedly, frequent modification and correction. As a result, establishing a stable quality of management policy in medical entities becomes practically impossible, and even entails the need to mobilise further resources and does not always translate into an improvement in the level of quality and an increase in patient safety.

A small number of uniform methods of conduct, enabling and above all facilitating the healthcare entities to meet a number of legal requirements, norms and standards, does not facilitate and does not have a positive impact on the situation in the area of their efficient and effective implementation. It is not enough just to indicate requirements or standards and leave health care units alone in the arduous process of their implementation and even more difficult process of continuous maintenance of appropriate quality of provided health services. Standardisation increases the likelihood that the best possible option will be used in the



treatment process, so it is a very important element that certifies that the treatment is carried out in accordance with the latest knowledge, which translates into clear operating costs (for both the provider and the payer). Moreover, standards have a positive impact on the quality of services provided, they are a form of protection of medical staff against unjustified claims of patients, and support and development of good practice and systemic solutions in this area should be considered as one of the leading objectives of the assumed strategy for the development of the health care system in Poland.

It becomes obvious that only a professionally conducted process of implementation of management systems, accreditation standards and other legal requirements, is an effective tool for increasing the level of quality of health services and ensuring an efficient and effective process of managing a health care entity.

In relation to the above, quality cannot be "somehow" secured, quality requires the formation of cultural processes among providers, understanding this concept, setting goals and defining processes in the healthcare unit, as well as developing specific solutions for their efficient and effective management. It is not without significance that only systematic evaluation of one's own activity, i.e. collecting data according to an adopted methodology, followed by their thorough assessment and reliable analysis, gives a real chance to design necessary changes for improving the functioning of a healthcare unit.

Among the possible internal mechanisms of obtaining information (knowledge) about medical entities, a special place is occupied by committees and problem/task forces established in them for the control of hospital infections, for pharmacotherapy, for antibiotic therapy, for transfusion, for quality, for ethics, for nutrition, for deaths and others, in which the next stage, after obtaining information and using the baseline knowledge from the reference level, is the formation of new knowledge adequate to the identified needs.

The consequence of justifying the importance of the problems noted is the formulation of the main objective of this dissertation, which is to develop models of good practices and system solutions for efficient and effective implementation and maintenance of legal requirements, accreditation and ISO standards in medical entities.



The implementation of the main study was directed to the hospitals of the Łódź Province included in the "network of hospitals", according to the "List of healthcare providers qualified for individual levels of the system of basic hospital provision of healthcare services in the territory of the Łódź Province" announced by the Director of the Łódź Regional Branch of the National Health Fund (announcement of 03.12.2019, validity period of the said List from 1 October 2017 to 30 June 2021) - originally planned deadline - the first half of 2021.

Based on the conclusions from the pilot study, the research tool was modified, adapting the survey questionnaire in such a way that it was possible to collect data both in the form of a questionnaire filled in by the respondents themselves and in the form of a questionnaire interview conducted by the researcher individually with particular participants of the study in question.

As a result of the modifications made, the survey/interview questionnaire was divided into the following components:

1. PART I. Committees/ Problem Teams at the Hospital
2. PART II. Analyses conducted at the Hospital
3. PART III. Comments and post-audit recommendations for the Hospital from external inspection and assessment bodies
4. PART IV. Assessment of cooperation with other entities
5. PART V. Assessment of particular areas of Hospital operation
6. PART VI. Management systems and accreditation in the Hospital
7. PART VII. Information systems and Information Security Policy in the Hospital
8. PART VIII. Additional notes

Due to the exceptional and very difficult epidemiological situation caused by the Covid-19 pandemic, the survey was implemented in two rounds, in the month of February 2021 (10 Hospitals - 6 interviews and 4 surveys) and again in the month of June 2021 (10 Hospitals - 4 interviews and 6 surveys). A total of 10 interviews were conducted and 10 surveys were collected (20 Hospitals out of 34 eligible). The survey was entirely carried out remotely, using available remote communication tools (telephone interviews/ submission of completed questionnaires via the Internet).



Data from all collected questionnaires and conducted interviews were entered into a Microsoft Excel spreadsheet. Once the database was created, a random check of 5% of the records was carried out to ensure the quality and completeness of the data entered. Descriptive methods and statistical inference methods were used to process the collected data. While statistically processing the collected empirical material for quantitative features, their range (minimum-maximum) and average values (arithmetic means) were calculated. Moreover, to measure the strength of the relationship between the trait expressed on the interval-amplitude scale (continuous variable) and the nominal scale (dichotomous variable) the point-double correlation coefficient was applied.

The collected results allowed to evaluate the preparation and advancement of the process of implementation of particular legal requirements, accreditation and ISO standards in selected health care entities in Łódź province in the functional area of committees and problem teams. Additionally, they made it possible to identify factors influencing the above implementation process of particular requirements in the functional area of committees and problem teams, such as the implemented accreditation system of the Ministry of Health or the quality management system according to ISO 9001 standard in the investigated hospitals, the way of implementation of the above mentioned systems (independently or in cooperation with an external consulting company), the number of beds or the number of employed personnel. Thanks to the data obtained, differences and similarities in the application of particular legal requirements, accreditation and ISO standards in the functional area of committees and problem-solving teams in medical centres in Łódzkie voivodship were also indicated.

The most important conclusions from the main survey, identifying the most important areas for the development of common good practices and system solutions for efficient and effective implementation of particular legal requirements, accreditation and ISO standards in hospitals are as follows:

1. negligible commitment and cooperation on the part of the management and top management for quality, which may be underpinned by insufficient managerial competence and lack of strong leadership,
2. lack of effective tools to motivate and mobilise staff to become more involved in the work of committees and teams,



3. availability of functioning and action standards (comprehensive guidelines for the development of an action programme, implementation of analyses, implementation of conclusions and training) only for selected committees and problem teams,
4. lack of tools and unambiguous guidelines for efficient, regular and comprehensive collection of data for necessary and required clinical analyses (both in relation to dedicated software/IT systems, common registers or databases, as well as in defining the scope of collected data and its subsequent analysis), constituting the main source of knowledge about the level and quality of provided health care,
5. insufficient informatisation and at the same time automation of implemented processes or tasks, including those dedicated to committees and problem teams,
6. limited scope of implementation of necessary improvement actions resulting directly from the performed tasks, conducted analyses and evaluation of the functioning of a given institution in full scope,
7. insufficient and disturbed internal communication, lack of exchange of knowledge and experience and information relevant to management and functioning of the hospital,
8. low pro-quality awareness among medical personnel,
9. small number and limited scope of implemented thematic trainings.

Both the results and the conclusions of the main survey carried out made it possible to identify a number of good practices and system solutions for efficient and effective implementation and maintenance of legal requirements, accreditation and ISO standards in medical entities, including the development of four practical forms to be used in planning, implementation of objectives and tasks and documenting the activities of individual committees and problem teams.