

EWA KANIECKA
ANNA RYBARCZYK-SZWAJKOWSKA
DARIUSZ TIMLER

DOBRE PRAKTYKI I ROZWIĄZANIA SYSTEMOWE W OBSZARZE FUNKCJONALNYM KOMITETÓW I ZESPOŁÓW PROBLEMOWYCH WYBRANYCH PODMIOTÓW LECZNICZYCH WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO



EWA KANIECKA¹ ANNA RYBARCZYK-SZWAJKOWSKA*² DARIUSZ TIMLER¹ 

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

¹ Zakład Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof, Uniwersytet Medyczny w Łodzi,
ewa.kaniecka@poczta.onet.pl, dariusz.timler@umed.lodz.pl

² Zakład Zarządzania i Logistyki w Ochronie Zdrowia, Uniwersytet Medyczny w Łodzi,
anna.rybarczyk@umed.lodz.pl

* e-mail: anna.rybarczyk@umed.lodz.pl

Seria monografii naukowych dotyczących zagadnień z zakresu dyscyplin nauk farmaceutycznych, nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Wydawnictwo recenzowane i punktowane na zasadach zgodnych z Rozporządzeniem MNiSW z dnia 22 lutego 2019 r. w sprawie ewaluacji jakości działalności naukowej (Dz.U. 2019 poz. 392 z późn. zm.; tekst jednolity: Dz.U. 2022 poz. 661).

RADA NAUKOWA

dr hab. Monika A. Olszewska, prof. uczelni – Redaktor naczelna
prof. dr hab. Monika Łukomska-Szymańska – Zastępca redaktor naczelnej
prof. dr hab. Iwona Cygankiewicz
dr hab. Małgorzata Pikala, prof. uczelni

REDAKTOR PROWADZĄCA

dr hab. Monika A. Olszewska, prof. uczelni

REDAKCJA JĘZYKOWA

Magdalena Kokosińska

KOREKTA

Magdalena Zagrobelna

OPRACOWANIE GRAFICZNE

Tomasz Przybył

DOBRE PRAKTYKI I ROZWIĄZANIA SYSTEMOWE W OBSZARZE FUNKCJONALNYM KOMITETÓW I ZESPOŁÓW PROBLEMOWYCH WYBRANYCH PODMIOTÓW LECZNICZYCH WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO

Łódź 2024

WYDAWNICTWO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI

<http://wydawnictwo.umed.pl/>

e-mail: editorial@reports.umed.pl

Unikatowy identyfikator Wydawnictwa: 60000

(Komunikat Ministra Edukacji i Nauki z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie wykazu wydawnictw publikujących recenzowane monografie naukowe)

ISBN 978-83-67198-42-4

WYDANIE PIERWSZE



© 2024. Pewne prawa zastrzeżone na rzecz autorów. Opublikowane na licencji Creative Commons Uznanie Autorstwa (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.pl>).

Licencjodawca: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Zezwala się na wykorzystanie treści monografii zgodnie z licencją – pod warunkiem zachowania niniejszej informacji licencyjnej oraz wskazania autorów jako właścicieli praw do tekstu.

Praca stanowi uaktualnioną wersję rozprawy przedłożonej
Radzie Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
w postępowaniu o nadanie stopnia doktora
nauk o zdrowiu mgr Ewie Kanieckiej.

Tytuł rozprawy:
**DOBRE PRAKTYKI I ROZWIĄZANIA SYSTEMOWE W OBSZARZE
FUNKCJONALNYM KOMITETÓW I ZESPOŁÓW PROBLEMOWYCH
WYBRANYCH PODMIOTÓW LECZNICZYCH
WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO**

Autor rozprawy:
dr n. o zdrowiu **Ewa Kaniecka**
Zakład Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Promotor w przewodzie doktorskim:
dr hab. n. med., prof. uczelni **Dariusz Timler**
Zakład Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Promotor pomocniczy w przewodzie doktorskim:
dr n. o zdrowiu **Anna Rybarczyk-Szwajkowska**
Zakład Zarządzania i Logistyki w Ochronie Zdrowia, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Recenzenci w przewodzie doktorskim:
prof. dr hab. n. med. n. o zdrowiu **Aleksandra Czerw**
Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

dr hab. n. med. **Mariusz Siemiński**
Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Data nadania stopnia doktora: **13.12.2022**

Spis treści

1. Wprowadzenie	10
1.1. Organizacja świadczeń zdrowotnych w Polsce	12
1.2. Jakość i akredytacja w ochronie zdrowia a bezpieczeństwo pacjentów	18
1.3. Komitety i zespoły problemowe w podmiotach leczniczych	24
2. Materiały i metody	43
2.1. Cele pracy	43
2.2. Opis badania pilotażowego	43
2.3. Opis badania głównego	44
2.4. Metody analizy statystycznej	46
3. Wyniki	46
3.1. Wyniki badania pilotażowego	46
3.2. Wyniki badania głównego	47
3.2.1. Komitety i Zespoły problemowe	47
3.2.2. Analizy prowadzone w jednostce	51
3.2.3. Uwagi i zalecenia pokontrolne dla jednostki ze strony zewnętrznych organów kontrolnych oraz oceniających	61
3.2.4. Ocena współpracy z innymi podmiotami	62
3.2.5. Ocena poszczególnych obszarów funkcjonowania szpitala	64
3.2.6. Systemy zarządzania i akredytacja w szpitalu	65
3.2.7. Systemy informatyczne i polityka bezpieczeństwa informacji w szpitalu	66
3.2.8. Uwagi dodatkowe	68
4. Dyskusja	70
5. Wnioski	72
Bibliografia	78
Załączniki	83

Streszczenie: Wprowadzenie. Istnieje wiele źródeł wiedzy o szpitalu, począwszy od opisu i analizy poszczególnych procesów, poprzez wyniki prowadzonych badań, np. satysfakcji pacjentów i pracowników, a skończywszy na rezultatach prowadzonych ocen, auditów wewnętrznych i zewnętrznych oraz kontroli uprawnionych organów. Wśród możliwych wewnętrznych mechanizmów pozyskiwania informacji o podmiocie leczniczym szczególnie miejsce zajmują powoływane w nich komitety i zespoły problemowe między innymi do spraw: kontroli zakażeń szpitalnych, farmakoterapii, antybiotyko-terapii, transfuzjologii, jakości, etyki, żywienia czy zgonów. Po uzyskaniu informacji i wykorzystaniu bazowej wiedzy z poziomu odniesienia kolejnym etapem jest ukonstytuowanie nowych danych adekwatnie do rozpoznanych potrzeb. Celem pracy było opracowanie modeli dobrych praktyk i rozwiązań systemowych dla sprawnego i skutecznego wdrażania oraz utrzymywania wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w podmiotach leczniczych. **Materiały i metody.** Badanie główne obejmowało szpitale województwa łódzkiego włączone do sieci szpitali. 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 z poszczególnymi uczestnikami badania. Ze względu na wyjątkową i bardzo trudną sytuację epidemiologiczną spowodowaną pandemią COVID-19 badanie zrealizowano w dwóch turach: najpierw w lutym 2021 r. (10 szpitali – 6 wywiadów i 4 ankiety), następnie w czerwcu 2021 r. (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 ankiet i wywiadów zostały wprowadzone 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, obliczono 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. **Wyniki i wnioski.** 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). Wskazano ponadto różnice oraz podobieństwa w zastosowaniu poszczególnych wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w obszarze funkcjonalnym komitetów i zespołów problemowych w podmiotach leczniczych. Opracowano praktyczne formularze do wykorzystania przy planowaniu, realizacji celów i zadań oraz dokumentowaniu działalności poszczególnych komitetów i zespołów problemowych.

Słowa kluczowe: dobre praktyki, komitety i zespoły problemowe, szpital, województwo łódzkie, ISO, akredytacja, audit, zarządzanie szpitalem, jakość

Abstract: Introduction. 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/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 objective of this dissertation was 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. **Material and methods.** The implementation of the main study was directed to the hospitals of the Łódź Province included in the "network of hospitals". 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. 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. **Results and conclusion.** 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). 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.

Keywords: good practices, committees and problem teams, hospital, Łódź Voivodeship, ISO, accreditation, audit, hospital management, quality

Wykaz skrótów

AKP – aparatura kontrolno-pomiarowa
ALS – zaawansowane zabiegi resuscytacyjne (ang. *advanced life support*)
AOS – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
ATC – klasyfikacja, która polega na przypisaniu leków i środków stosowanych w celach leczniczych do odpowiednich grup anatomicznych (A), terapeutycznych (T) i chemicznych (C)
BHP – Bezpieczeństwo i Higiena Pracy
CMJ – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
CO – ciągłość opieki
DDD – Dawka Dobowa Definiowana (ang. *Daily Defined Dose*), przypuszczalna średnia dobową podtrzymująca dawka leku
DO – diagnostyka obrazowa
EDM – elektroniczna dokumentacja medyczna
EFTA – Europejskie Porozumienie o Wolnym Handlu (ang. *European Free Trade Association*)
EHCI – Konsumencki Indeks Zdrowia (ang. *Euro Health Consumer Index*)
EOD – elektroniczny obieg dokumentów
FA – farmakoterapia
FFP – świeżo mrożone osocze (ang. *fresh frozen plasma*)
GUS – Główny Urząd Statystyczny
HIV – ludzki wirus niedoboru odporności (ang. *Human Immunodeficiency Virus*)
IHiT – Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie
IOD – Inspektor Ochrony Danych
ISO – International Organization for Standardization
KKCz – Koncentrat Krwinek Czerwonych
KKP – Koncentrat Krwinek Płytkowych
KG – Koncentrat Granulocytarny
KOC – koordynowana opieka nad kobietą w ciąży
KOS – koordynowana opieka specjalistyczna dla pacjenta po zawale serca
KOZM – Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych
KZ – kontrola zakażeń
LA – laboratorium
LAN – lokalna sieć komputerowa (ang. *local area network*)
MBA – studia podyplomowe dla kadry menedżerskiej (ang. *Master of Business and Administration*)
MSBOS – Program Maksymalnego Zamawiania Składników Krwi (ang. *Maximal Surgical Blood Ordering System*)
NCK – Narodowe Centrum Krwi
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK – Najwyższa Izba Kontroli
NN – oznaczenie osoby, której tożsamość nie jest ustalona
NRS 2002 – skala oceny stanu odżywienia
OD – odżywianie
OECD – Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *Organisation for Economic Cooperation and Development*)
OP – opieka nad pacjentem
OS – ocena stanu pacjenta
PDCA – schemat Planuj – Wykonaj – Sprawdź – Zastosuj (ang. *Plan – Do – Check – Act*)
PJ – poprawa jakości i bezpieczeństwo pacjenta
PKB – produkt krajowy brutto
PN-EN – polska norma wprowadzająca europejską normę
POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna
PP – prawa pacjenta

PPS HAI&AU – Badanie Punktowe Występowania Zakażeń Związanych z Opieką Zdrowotną i Stosowania Antybiotyków w Szpitalach Pracujących w Systemie Ostrego Dyżuru (ang. Point Prevalence Survey of Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use in Acute Care Hospitals)

RCA – analiza przyczyn źródłowych (ang. *root cause analysis*)

RCKiK – Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa

RKO – resuscytacja krążeniowo-oddechowa

RODO – Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych

RTG – zdjęcie rentgenowskie, rentgenogram

SGA – Subiektywna Globalna Ocena Stanu Odżywienia (ang. *Subjective Global Assessment*)

SOP – standardowa procedura operacyjna (ang. *standard operating procedure*)

SPZOZ – Samodzielny Publiczny Zakłady Opieki Zdrowotnej

SWŁ – Samorząd Województwa Łódzkiego

ŚO – zarządzanie środowiskiem opieki

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization)

ZA – zabiegi i znieczulenia

ZI – zarządzanie informacją

ZO – zarządzanie ogólne

ZOL – zakład opiekuńczo-leczniczy

ZZ – zarządzanie zasobami ludzkimi

1. Wprowadzenie

Optymalizacja procesów zachodzących w usługach zdrowotnych wymaga zarówno systemowego podejścia do zagadnień zarządzania w ochronie zdrowia, jak i wysokiej jakości świadczeń medycznych. Biorąc pod uwagę jeden 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 nimi stawia przed kadrą menedżerską wiele wyzwań, a co za tym idzie, pojawia się konieczność wypełnienia szeregu złożonych zadań, by skutecznie rozwiązać wszystkie trudności. 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 skończywszy. Wśród możliwych wewnętrznych mechanizmów pozyskiwania informacji o podmiocie leczniczym szczególne miejsce zajmują powoływane w szpitalach komitety i zespoły problemowe, którym poświęcono niniejszą pracę.

Przed wszystkim należy zauważyć, że funkcjonowanie obecnego systemu ochrony zdrowia w Polsce wiąże się z wymaganiami płynącymi z wielu źródeł (przepisy prawa, zalecenia konsultantów, Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), uprawnionych organów kontrolnych itp.). Normy te są często sformułowane niejednoznacznie, niespójne, powodują konieczność wielokrotnego wdrażania tych samych bądź podobnych działań, 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. Według Najwyższej Izby Kontroli (NIK) pierwszym krokiem niezbędnej reformy systemu ochrony zdrowia powinno być opracowanie długookresowej strategii jego rozwoju i dookreślenie celów oraz priorytetowych kierunków uwzględniających wyzwania demograficzne i epidemiologiczne (Najwyższa Izba Kontroli, 2019). Przyjęcie strategii pozwoli zerwać z powszechną praktyką dokonywania często przypadkowych i doraźnych zmian, powodujących wspomniane powyżej tworzenie sprzecznych przepisów i trudności w ich interpretowaniu.

Niewielka liczba jednolitych metod postępowania, umożliwiających i przede wszystkim ułatwiających podmiotom leczniczym spełnienie szeregu wymagań prawnych, norm i standardów, nie ułatwia sprawnego i skutecznego ich realizowania i nie wpływa pozytywnie na zaistniałą sytuację. Ustalenie wymagań czy standardów, a następnie pozostawienie placówek ochrony zdrowia samym sobie w mozolnym procesie ich wdrażania i (jeszcze trudniejszym) ciągłego utrzymywania odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych nie jest wystarczające. Jak czytamy w raporcie NIK, standaryzacja zwiększa prawdopodobieństwo, że w procesie leczenia zostanie zastosowany najlepszy z możliwych wariantów, jest to więc bardzo istotny element poświadczający działanie zgodnie z najnowszą wiedzą. Przekłada się to na przejrzystość kosztów funkcjonowania (zarówno dla świadczeniodawcy, jak i płatnika), co jest szczególnie istotne w sytuacji występowania stałych niedoborów finansowych w ochronie zdrowia. Ponadto standardy pozytywnie oddziałują na jakość udzielanych świadczeń, stanowią formę ochrony kadry medycznej przed nieuzasadnionymi roszczeniami pacjentów a wypracowanie dobrych praktyk oraz rozwiązań systemowych w tym obszarze należy uznać za jedno z kluczowych celów zakładanej strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Oczywisty 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 efektywny proces zarządzania podmiotem leczniczym. Dwa modele wdrażania systemów czy standardów (wewnętrzny – samodzielnie poprzez pracowników i zewnętrzny – przy współudziale doradczej firmy consultingowej) wpływają na ostateczny kształt systemu, poziom jego skomplikowania i zrozumienia przez personel. Bez działań strategicznych na szczeblu ogólnokrajowym nie będzie możliwe wypracowanie dobrych praktyk zarządzania podmiotami leczniczymi, gdzie jakość stanie się integralną jego częścią,

a nie dodatkowym systemem. Nie chodzi przecież o to, aby wdrażać rozwiązania, które – choć zgodne z wymaganiami poszczególnych norm ISO (International Organization for Standardization), standardów akredytacyjnych czy wymagań prawnych – zaimplementowane mechanicznie, bez podejścia i wsparcia systemowego, nie będą stanowić wartości dodanej dla organizacji.

W nawiązaniu 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 nim 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 za projektowania niezbędnych zmian dla poprawy funkcjonowania podmiotu leczniczego (Dudzic-Urbaniak i in., 2009). Weryfikacja wdrożonych rozwiązań pod kątem przydatności i skuteczności wpisuje się w założenia E. Deminga (Seaver, 2003) dotyczące ciągłego doskonalenia procesu.

Wśród możliwych wewnętrznych mechanizmów pozyskiwania informacji (wiedzy) o podmiotach leczniczych szczególne miejsce zajmują powoływane w nich komitety i zespoły problemowe: ds. kontroli zakażeń szpitalnych, farmakoterapii, antybiotykoterapii, transfuzjologii, jakości, etyki, żywienia, 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. Należy podkreślić, iż jedynie systematyczne dokonywanie pomiaru własnej działalności, czyli zbieranie danych według przyjętej, wiarygodnej metodologii, następnie ich wnikliwa ocena i rzetelna analiza, dają realną szansę wprowadzenia zmian niezbędnych dla poprawy, a także weryfikacji wdrożonych rozwiązań pod kątem ich przydatności oraz skuteczności.

Celem niniejszej pracy było opracowanie modeli dobrych praktyk i rozwiązań systemowych dla sprawnego i skutecznego wdrażania oraz utrzymywania wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w podmiotach leczniczych.

Na potrzeby monografii przyjęto tezę główną, zgodnie z którą modele dobrych praktyk i rozwiązań systemowych w obszarze funkcjonalnym komitetów i zespołów problemowych stanowią podstawę sprawnego i skutecznego wdrażania oraz utrzymywania wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w podmiotach leczniczych. Ustalono także tezę cząstkową: Komitety i zespoły problemowe powoływane w podmiotach leczniczych nie funkcjonują w sposób sprawny i skuteczny z uwagi na:

- niepostrzeganie komitetów i zespołów jako gremium doradczego, mającego wiedzę, kompetencje i doświadczenie w obszarze funkcjonalnym ich dotyczącym,
- niski poziom zaangażowania członków komitetów i zespołów w realizację powierzonych zadań,
- prowadzenie analiz w oparciu o różną metodykę, w sposób nieregularny oraz na podstawie danych niedoszacowanych (brak danych lub dane niepełne),
- brak wytycznych odnoszących się do opracowania programu ich funkcjonowania lub ograniczone wytyczne,
- brak realizacji celów i zadań wynikających z przyjętego programu działania lub ograniczoną ich realizacją,
- wypracowywanie niepełnych procedur i modeli postępowania,
- ograniczone wdrażanie wniosków z prowadzonych działań (w tym działań naprawczych i doskonalących wynikających z przeprowadzonych analiz),
- brak bieżącego informowania zainteresowanych o rezultatach prowadzonych działań (w tym o wynikach analiz),
- nieregularność spotkań,
- nieliczne i nieregularne szkolenia personelu w zakresie zgodnym z obszarem funkcjonalnym danego komitetu/zespołu.

Praca jest przeznaczona głównie dla osób pełniących funkcje zarządcze w podmiotach leczniczych, odpowiedzialnych za wdrażanie działań pro jakościowych w szpitalach, dla członków komitetów i zespołów problemowych powołanych w szpitalach. Monografia stanowi także ważne źródło praktycznych rozwiązań w zakresie organizacji pracy pełnomocników/specjalistów ds. jakości w podmiotach leczniczych.

1.1. Organizacja świadczeń zdrowotnych w Polsce

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W POLSCE – PRAWNE I ORGANIZACYJNE TŁO DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

System ochrony zdrowia w Polsce znajduje się obecnie w trakcie przeobrażeń. Proces ten jest przede wszystkim wynikiem oraz naturalną konsekwencją transformacji ustrojowej, ale także zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wciąż niestabilnej sytuacji ekonomicznej w naszym kraju. Najważniejszym i zarazem najtrudniejszym zagadnieniem okazało się sprawne przekształcenie instytucji i mechanizmów funkcjonowania ochrony zdrowia w nowoczesny system, odpowiadający zarówno finansowym możliwościom państwa, oczekiwaniom społeczeństwa, jak i założeniom koncepcji wzrostu i rozwoju (Matysiewicz, 2012). Dla przeciętnego człowieka zdrowie to najwyższe dobro, które zapewnia szczęście w życiu rodzinnym, zawodowym czy społecznym. Co więcej, ochrona zdrowia prawem każdego obywatela, zapisanym w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, dostępnym każdemu na równych zasadach (Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, 1997; Nobile, 2014). Modne w dzisiejszych czasach podejście prozdrowotne wydaje się tego najlepszym dowodem. Już wiele lat temu znawca i ekspert procesów zarządzania Peter Drucker przewidywał, że usługi ochrony (i odnowy) zdrowia, obok edukacji, będą najbardziej rozwijającymi się produktami w XXI wieku (w krajach rozwiniętych, ale również rozwijających się) (Drucker, 2009).

Reforma polskiego systemu ochrony zdrowia rozpoczęła się w roku 1989 wraz z transformacją ustrojową, natomiast przebiegała bardzo powoli, napotykając na szereg barier i niosąc za sobą wiele czasochłonnych oraz kosztownych zmian w wielu aspektach życia gospodarczo-społecznego kraju. Jedną z pierwszych podstawowych i znaczących regulacji prawnych była uchwalona 30 sierpnia 1991 roku ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, 1991), zastąpiona w roku 2011 ustawą o działalności leczniczej (Ustawa o działalności leczniczej, 2011.), która dała początek usamodzielnieniu się większości jednostek budżetowych oraz otworzyła rynek dla prywatnych dostawców świadczeń zdrowotnych. Następnie 6 lutego 1997 roku uchwalono ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, 1997), zastąpioną najpierw ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ (Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, 2003), a następnie ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązującą do dzisiaj (Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 2004). Ten ostatni akt prawny na dłuższy czas wyznaczył kierunek finansowania usług zdrowotnych w Polsce, zmieniając model narodowej ochrony zdrowia w model ubezpieczeniowy realizowany przez instytucje ubezpieczenia zdrowotnego – tzw. kasy chorych. Taka organizacja sektora zdrowia doprowadziła do szybkiego terytorialnego zróżnicowania zakresu i dostępności do poszczególnych usług. W celu poprawy sytuacji w 2003 roku powołano nową instytucję ubezpieczenia zdrowotnego – Narodowy Fundusz Zdrowia z tzw. funduszem zapasowym (Matysiewicz i in., 2012), który funkcjonuje na mocy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 2004).

Z całą pewnością dzięki przeprowadzonym reformom pacjentom dano pewną swobodę decydowania o korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych. Podmioty lecznicze, w tym szpitale (dostawcy usług), chcąc utrzymać obecnych i pozyskiwać nowych pacjentów, muszą dążyć do możliwie jak najlepszego zaspokojenia ich oczekiwań i potrzeb. Jednocześnie konkurującym ze sobą podmiotom leczniczym towarzyszy nieodłącznie monopolista, czyli NFZ. Z jednej strony zmusza to podmioty lecznicze do ciągłego podnoszenia jakości świadczonych usług, z drugiej zaś kładzie się nacisk na konieczność obniżania kosztów. Większa integracja i unifikacja działań Polski z Unią Europejską (UE) otwiera przed rodzimym sektorem zdrowia nowe uwarunkowania i nowe możliwości, m.in.:

- wejście na polski rynek prywatnych, nieobowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych,
- zawieranie przez NFZ umów kontraktowych z prywatnymi dostawcami usług medycznych,
- komercjalizację publicznych jednostek ochrony zdrowia,
- otwarcie rynku na zagraniczne instytucje medyczne (Matysiewicz i in., 2012).

Ogólnie rzecz ujmując, rynek usług zdrowotnych to ogół procesów zachodzących pomiędzy świadczeniodawcami usług zdrowotnych (podmiotami leczniczymi) a świadczeniobiorcami (pacjentami). Specyfika usług zdrowotnych nasuwa wątpliwość, czy w przypadku ochrony zdrowia można w ogóle mówić o kategoriach mechanizmów rynkowych. Kenneth Arrow, znakomity amerykański ekonomista i noblista, jako pierwszy zauważył, że usługi zdrowotne nie są dobrami rynkowymi, ponieważ popyt nie jest konsekwencją pożądania zaspokojenia potrzeby, ale koniecznością, której się unika (Wiercińska, 2012).

Odmienność opieki zdrowotnej jako towaru odnajdujemy przede wszystkim w postrzeganiu:

- potrzeb zdrowotnych tworzących potrzebę opieki zdrowotnej – opieka zdrowotna jest jedną z determinant zdrowia, obok uwarunkowań genetycznych, środowiska naturalnego itd., natomiast potrzeba opieki zdrowotnej wywodzi się z zapotrzebowania na zdrowie,
- efektów zewnętrznych wynikających z rozszerzenia dostępu do świadczeń zdrowotnych przez wzrost subwencji publicznych,
- asymetrii informacji pomiędzy świadczeniodawcami a pacjentami – pacjenci poszukują informacji diagnostycznej oraz informacji dotyczącej sposobów leczenia, natomiast świadczeniodawca posiada informację na temat różnych opcji leczenia i na podstawie tej wiedzy podejmuje decyzję o jej wyborze; ostatecznym efektem tej asymetrii jest kreowanie popytu przez dostawcę usług, co narusza założenia klasycznej ekonomii o niezależności strony popytowej i podażowej rynku,
- niepewności w sferze popytu na usługi zdrowotne i niepewności co do skuteczności leczenia powodują ryzyko, które może zakłócać funkcjonowanie systemu, gdyż dostawcy świadczeń zlecają leczenie w zależności od statusu ubezpieczenia pacjenta i skłonności płatnika „trzeciej strony” do pokrycia kosztów niektórych procedur (Suchecka, 2010).

Opieka zdrowotna jest zatem specyficznym dobrem, a bezpośrednie wprowadzenie klasycznych założeń co do racjonalności zachowań jednostek oraz efektywnej alokacji zasobów do modelu ekonomicznego rynku w rzeczywistości może prowadzić do podejmowania błędnych decyzji w sektorze zdrowia. Ponadto w opiece zdrowotnej maksymalizacja zysku zwykle nie jest podstawowym i jedynym kryterium działania, a lekarze często nie są ograniczeni popytem rynkowym (często sami go kreują) oraz w przeważającej mierze nie mają wpływu na cenę poszczególnych świadczeń (Kowalska, 2005). Powoduje to sytuację, że w przypadku sektora usług zdrowotnych mechanizm rynkowy nie zapewnia efektywnej alokacji zasobów.

Warto w tym miejscu zwrócić także uwagę na fakt, że pomimo powyższych ograniczeń analizy systemów gospodarczych wskazują jednoznacznie na większą efektywność gospodarki rynkowej, która w dużej mierze opiera się na własności prywatnej. Konkurencja pomiędzy podmiotami wymusza bowiem poszukiwanie nowych rozwiązań obniżających koszty świadczonych usług i co najważniejsze – poprawę ich jakości (Buzowska, 2008). Mechanizm ten dotyczy także ochrony zdrowia, w tym szpitali. Prywatyzacja świadczeń medycznych w prostej linii prowadzi do wzrostu liczby oferowanych usług, tym samym pokrywając popyt na świadczenia medyczne, którego publiczne jednostki zdrowia nie są w stanie samodzielnie zaspokoić.

Bardzo ważną cechą rynku świadczeń zdrowotnych, w szczególności w odniesieniu do szpitali, jest także jego niejednorodność. W zakresie świadczonych przez podmioty usług zdrowotnych można odnaleźć zarówno takie, które ze względu na swój charakter są świadczone głównie przez podmioty publiczne (przeważnie drogie i skomplikowane procedury czy niszowe specjalizacje), jak i takie, gdzie rynek jest w dużej mierze zagospodarowany przez podmioty prywatne (np. stomatologia, chirurgia plastyczna i estetyczna). W pierwszym przypadku z całą pewnością mechanizm rynkowy jest ograniczony, w drugim zaś – zdecydowanie można mówić o bardzo dużej konkurencyjności rynku (Wiercińska, 2012).

Zgodnie z powyższym rynek usług zdrowotnych posiada cechy charakterystyczne, które niektórzy autorzy (Rój, 2006; Bukowska-Piestrzyńska, 2010) definiują jako:

- brak stabilności popytu na opiekę zdrowotną,
- nierównomierność i losowy charakter tego popytu,
- nieracjonalność zachowania konsumenta opieki zdrowotnej,
- silne zróżnicowanie wewnętrzne asortymentu usługowego,
- występowanie specyficznych preferencji poszczególnych segmentów pacjentów, podczas gdy w analizach zmian w tym sektorze są oni często postrzegani jako zbiór homogeniczny,
- podejmowanie decyzji dotyczących struktury sektora zdrowia w sposób właściwy dla mechanizmu rynkowego regulowanego.

Oprócz powyższego na specyfikę rynku świadczeń zdrowotnych, również w zakresie szpitalnictwa, wpływają także cechy typowe dla wszystkich usług, a mianowicie:

- niematerialność – nieuchwytność rezultatów i brak gwarancji skuteczności podjętego leczenia oraz towarzyszący temu stres pacjentów,
- niejednorodność – różnorodność i niepowtarzalność,
- nierozdzielność – określone preferencje pacjentów względem konkretnych usługodawców,
- nietrwałość – brak możliwości magazynowania usług, nie da się ich wytworzyć na zapas (Kotler, 2005).

W związku z powyższym reforma usług zdrowotnych polegających na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które są realizowane w ramach stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, jest niezwykle trudna. Wskazują na to również podejmowane przez decydentów działania w zakresie tworzenia w Polsce sieci szpitali, które sięgają pierwszych lat powojennych, a dokładnie momentu uchwalenia ustawy z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Ustawa o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, 1948). Zgodnie z jej zapisami wyodrębniono szpitale powiatowe, wojewódzkie oraz kliniczne, które należały do zakładów służby zdrowia finansowanych przez budżet państwa. W art. 15 wprost użyto pojęcia „sieć”, które określało plan rozlokowania zakładów służby zdrowia. Ich finansowanie wynikało z planu gospodarczego dotyczącego służby zdrowia (Mikos i in., 2017). Po przemianach ustrojowych nowa idea dla sieci szpitali pojawiła się ponownie w 1997 r. Zmiany miały dotyczyć w głównej mierze ograniczenia dowolności gospodarowania zasobami opieki stacjonarnej, stworzenia układu szpitali odpowiadającego faktycznemu zapotrzebowaniu na usługi medyczne ze szczególnym uwzględnieniem zwiększenia liczby łóżek opieki długoterminowej oraz pielęgnacyjnej (Murkowski i in., 1997). Projekt ten znalazł swoje odzwierciedlenie w nowelizacji ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, 1997). Na jej podstawie ówczesny minister zdrowia wskazał krajowej sieci szpitali oraz oddziałów rekomendacje do zdefiniowania. Ich poziom referencyjny miał być ustalany w zależności od rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych w poszczególnych szpitalach. Prawo wprowadzające sieć szpitali spotkało się z krytyką ze strony lokalnych samorządów, które określiły to rozwiązanie jako ograniczające zadania szczebla samorządowego. Również w ocenie NIK model ten nie zyskał pełnej aprobaty, zwracano uwagę na fakt, iż przynależność do sieci powinna być określana w oparciu o przejrzyste i jednoznaczne zasady, wykluczające możliwość arbitralnych decyzji w zakresie umieszczenia danego podmiotu w sieci albo jego wykluczenia (Najwyższa Izba Kontroli, 2004). W 2007 roku podjęto kolejną próbę wprowadzenia regulacji legislacyjnych w zakresie funkcjonowania sieci szpitali (Projekt o sieci szpitali, 2007). Inicjatywę poprzedzono naukową prognozą zapotrzebowania w zakresie hospitalizacji w poszczególnych specjalnościach medycznych, wnioski zaś oparto o analizę sytuacji zdrowotnej i demograficznej, która została przeprowadzona przez Państwowy Zakład Higieny. Pierwszym etapem stało się oszacowanie potrzeb zdrowotnych za pomocą sformalizowanego narzędzia, tzw. map potrzeb zdrowotnych. Tworzy się je na poziomie regionalnym (wojewódzkim) i na poziomie centralnym z częstotliwością pięciu lat, z wymogiem ich bieżącego monitorowania oraz regularnego aktualizowania. Pierwsza ogólnopolska mapa potrzeb zdrowotnych przygotowana przez Ministerstwo Zdrowia dostarczyła ważnych informacji o istniejących dysproporcjach, jakie mają miejsce w odniesieniu do dostępności ochrony zdrowia w poszczególnych woje-

wództwach. Zanotowane różnice dotyczyły zarówno poszczególnych jednostek chorobowych, jak i określonych specjalności medycznych. Na poziomie wojewódzkim mapowanie potrzeb zdrowotnych jest realizowane przez wojewodów oraz gremia doradcze, np. wojewódzkie rady ds. potrzeb zdrowotnych. Najczęściej przy ich tworzeniu wykorzystuje się dane epidemiologiczne, demograficzne oraz dane z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Mapa regionalna służy do ustalania priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, które powinny znaleźć swoje odzwierciedlenie w kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych. Finalnie w roku 2017 zakończyły się prace nad nowym kształtem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 2004) i na mocy nowelizacji ustawy wprowadzono system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, tak zwaną sieć szpitali. Ustawa wprowadziła sześć poziomów szpitalnego podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia, 2017):

- szpitale I stopnia,
- szpitale II stopnia,
- szpitale III stopnia,
- szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne,
- szpitale pediatryczne,
- szpitale ogólnopolskie.

Przyjęta nowelizacja ustawy oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 roku w sprawie ustalenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie określenia..., 2017) jednoznacznie dookreśliły, jakie profile działalności są oczekiwane od poszczególnych jednostek na każdym z wyznaczonych poziomów opieki. Przykłady podano w Tabeli nr 1.

Tabela 1. Przykład oczekiwanych profili działalności w poszczególnych poziomach opieki (Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 2004).

POZIOM ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ	OCZEKIWANE PROFILE DZIAŁALNOŚCI
szpitale I stopnia	chirurgia ogólna, położnictwo i ginekologia, choroby wewnętrzne, neonatologia, pediatria
szpitale II stopnia	kardiologia, chirurgia dziecięca, chirurgia plastyczna, neurologia, okulistyka, otolaryngologia, reumatologia, urologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu
szpitale III stopnia	choroby klatki piersiowej (dzieci i dorośli), choroby płuc (dzieci i dorośli), choroby naczyniowe, kardiochirurgia (dzieci i dorośli), choroby zakaźne, kardiologia (dzieci), nefrologia (dzieci i dorośli), neurochirurgia (dzieci i dorośli), okulistyka dla dzieci, otolaryngologia dla dzieci, ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci, transplantologia kliniczna (dzieci i dorośli), toksykologia kliniczna (dzieci i dorośli), urologia dla dzieci
szpitale onkologiczne	chemioterapia onkologiczna, brachyterapia, ginekologia onkologiczna, hematologia, chirurgia onkologiczna (dzieci i dorośli), onkologia i hematologia (dzieci), radioterapia, terapia izotopowa, onkologia kliniczna, transplantologia kliniczna (dzieci i dorośli)

Tabela 1. Przykład oczekiwanych profili działalności w poszczególnych poziomach opieki... (cd.)

szpitale pulmonologiczne	chemioterapia – hospitalizacja, choroby płuc (dzieci i dorośli), chirurgia klatki piersiowej (dzieci i dorośli)
szpitale pediatryczne	wszystkie profile systemu zabezpieczenia dla dzieci w zakresie leczenia szpitalnego
szpitale ogólnopolskie	wszystkie profile systemu zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego

Poza zasadniczymi profilami oczekiwanymi od szpitali poszczególnych poziomów referencyjności ustawa określa również dodatkowe wymagania dotyczące możliwości wejścia do sieci, między innymi wymóg udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe. Z punktu widzenia dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów, a także funkcjonowania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego sieć szpitali stanowi największą i najbardziej znaczącą zmianę w sektorze ochrony zdrowia, ponieważ zasadniczo zmienia systemowe – centralne oraz lokalne – indeksy i układy sił, które mają bezpośredni związek z kontraktowaniem, a następnie rozliczaniem świadczeń zdrowotnych. Kwalifikacji szpitali do poszczególnych poziomów dokonuje co cztery lata dyrektor wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Okres ten jest swoistym kompromisem pomiędzy koniecznością zapewnienia stabilizacji szpitalom a potrzebą dokonania okresowej weryfikacji systemu, jego przydatności i adekwatności. Już teraz mocno zarysowuje się problem znacznego ograniczenia wejścia do sieci nowo powstałych podmiotów leczniczych, nie ma także wypracowanego elastycznego systemu reagowania na pojawiające się nowe potrzeby zdrowotne pacjentów na konkretnym obszarze geograficznym. Ustawa nie reguluje również kwestii dających możliwość zrezygnowania placówce z bycia w sieci szpitali, jak również jej wykreślenia w przypadku np. drastycznego naruszania praw pacjenta, niskiej jakości udzielanych świadczeń czy braku spełnienia kryteriów dotyczących bezpieczeństwa sanitarnego. W 2017 r. do sieci szpitali zakwalifikowano łącznie 594 placówki, w tym 516 szpitali publicznych, które dysponują 145 tys. łóżek. Poza siecią funkcjonowało 355 szpitali (16 placówek publicznych). Szpitale poziomu I to 283 placówki, szpitale II stopnia, które realizują bardziej skomplikowane świadczenia, to 96 placówek. Poziom III stopnia – wieloprofilowe szpitale specjalistyczne – to łącznie 62 placówki. Ponadto w sieci znajduje się 20 szpitali onkologicznych, 13 pediatrycznych, 30 pulmonologicznych oraz 90 placówek ogólnopolskich (instytuty i szpitale kliniczne) (Mikos, 2017).

W województwie łódzkim do sieci zakwalifikowano 34 podmioty. Szczegóły przedstawiono w Tabeli nr 2.

Tabela 2. Wykaz podmiotów leczniczych województwa łódzkiego włączonych do sieci szpitali – obowiązujący od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r. (NFZ, 2017).

Lp.	WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE
1.	Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki
2.	Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera
3.	SP ZOZ CSK UM w Łodzi
4.	SP ZOZ MSWiA w Łodzi
5.	SP ZOZ USK im. WAM UM w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów
6.	SP ZOZ USK nr 1 im. N. Barlickiego
7.	Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi
8.	NU-MED Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Tomaszów Mazowiecki II Sp. z o.o.
9.	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie
10.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi

Tabela 2. Wykaz podmiotów leczniczych województwa łódzkiego... (cd.)

11.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. W. Biegańskiego
12.	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi
13.	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała S. Wyszyńskiego w Sieradzu
14.	Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach Sp. z o.o.
15.	Centrum Dializa Sp. z o.o.
16.	Miejskie Centrum Medyczne im. dr. K. Jonschera w Łodzi
17.	Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.
18.	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim
19.	Szpital Powiatowy w Radomsku
20.	Tomaszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
21.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu
22.	Kutnowski Szpital Samorządowy Sp. z o.o.
23.	ZOZ w Łęczycy
24.	ZOZ w Łowiczu
25.	Centrum Medyczne im. dr. L. Rydygiera Sp. z o.o.
26.	Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego w Łodzi Sp. z o.o.
27.	SP ZOZ Szpital Powiatowy im. E. Biernackiego w Opocznie
28.	SP ZOZ w Pajęcznie
29.	Szpital Główny Grupa Zdrowie Sp. z o.o.
30.	Poddębickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
31.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. S. Rybickiego w Skierniewicach
32.	SP ZOZ w Wieluniu
33.	Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z o.o. NZOZ Szpital Powiatowy Wieruszów
34.	Zduńskowolski Szpital Powiatowy Sp. z o.o.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 2004) gwarantuje finansowanie (najczęściej w formie ryczałtu) zakwalifikowanym jednostkom ochrony zdrowia bez potrzeby brania przez nie udziału w konkursach na świadczenia. Wraz z uruchomieniem programu do szpitali w sieci przekazano ponad 90% środków zaplanowanych na leczenie szpitalne przez publicznego płatnika. Według przepisów (Ustawa o działalności leczniczej, 2011) jednostka, która wykonuje działalność leczniczą, może uzyskać środki na:

- realizowanie zadań w obszarze programów zdrowotnych oraz promocji zdrowia,
- inwestycje, w tym zakup aparatury oraz sprzętu medycznego,
- remonty,
- realizowanie projektów finansowanych z wykorzystaniem środków, które pochodzą z budżetu Unii Europejskiej albo nie podlegają zwrotowi, środków z pomocy udzielonej przez kraje członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) albo innych środków, które pochodzą ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi zakresie odrębnych przepisów,
- cele zdefiniowane w odrębnych przepisach i międzynarodowych umowach,
- realizowanie programów wieloletnich,
- pokrywanie kosztów kształcenia oraz podnoszenia kwalifikacji osób, które wykonują zawody medyczne.

1.2. Jakość i akredytacja w ochronie zdrowia a bezpieczeństwo pacjentów

SYSTEMY ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ WEDŁUG NORM ISO W PODMIOTACH LECZNICZYCH

Jedną z pierwszych osób, które zainicjowały rozważania nad tematyką jakości w opiece zdrowotnej, był libański lekarz Avedis Donabedian. Zgodnie z jego koncepcją „jakość to ten rodzaj opieki, w którym maksymalizuje się mierzalne dobro pacjenta, biorąc pod uwagę równowagę oczekiwanych korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki we wszystkich jego elementach” (Donabedian, 2003). Dla Donabediana istotne były takie czynniki, jak sposób interakcji personelu medycznego z pacjentem, zaangażowanie samego pacjenta w opiekę zdrowotną, dostępność i wyposażenie placówek świadczących opiekę, dostęp do opieki oraz poprawa stanu zdrowia w wyniku procesu opieki zdrowotnej w różnych grupach społecznych (Walshe, 2011).

Donabedian opisał trzy wymiary jakości usług medycznych, które łącznie składają się na jakość danej usługi. Gdy choć jedna z tych płaszczyzn zawiera błędy czy uchybienia, zapewnienie wysokiej jakości staje się niemożliwe. Do perspektyw tych zaliczamy:

1. Jakość struktury – definiuje strukturę organizacji: liczbę pracowników i ich kwalifikacje, a także wyposażenie, w tym sprzęt oraz budynki.
2. Jakość procesu – odnosi się do wszelkich czynności podjętych lub zaniechanych w trakcie diagnozowania, leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji pacjenta. Autor podkreśla, że najlepsze wyniki osiąga się wtedy, gdy leczenie przebiega w sposób systematyczny, według powtarzalnych i sprawdzalnych zasad czy praktyk.
3. Jakość wyniku – która jest ukierunkowana na ocenę stopnia poprawy stanu zdrowia pacjentów oraz ich zadowolenie, oparta o takie wskaźniki jak: śmiertelność, zachorowalność, skutki uboczne i inne (Donabedian, 1980).

W oparciu o tę koncepcję R.J. Maxwell wyodrębnił sześć zasad budowania jakości opieki zdrowotnej, które zostały zaakceptowane przez Światową Organizację Zdrowia i stały się bazą tworzenia standardów w celu zapewnienia najwyższego poziomu świadczonych usług zdrowotnych (Maxwell, 1984):

1. Efektywność – udzielanie świadczeń przynoszących pozytywne efekty dla populacji i jednostki.
2. Dostępność – osiągalność usług bez zbędnej zwłoki, niezależnie od ograniczeń związanych ze statusem finansowym czy wiekiem pacjenta.
3. Adekwatność – dostosowanie proponowanych świadczeń do oczekiwań i potrzeb pacjentów.
4. Skuteczność – udzielanie świadczeń w oparciu o aktualną wiedzę i najnowsze doniesienia naukowe.
5. Wydajność – dostępność zasobów finansowych, rzeczowych i ludzkich wraz z racjonalnym ich wykorzystywaniem.
6. Równość – równy dostęp do usług dla całej populacji niezależnie od statusu kulturowego, społecznego, rasowego, charakteru czy innych cech osobowości usługobiorców.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jakość opieki zdrowotnej to „stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki i populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą” (WHO, 1989).

Jednym z najpopularniejszych, a zarazem podstawowych systemów w zarządzaniu jednostkami ochrony zdrowia, pozwalającym spełnić powyższą definicję oraz dającym podwaliny do dalszego rozwoju, jest system zarządzania jakością zgodny z międzynarodową normą ISO 9001. Jego wdrożenie powinno być strategiczną decyzją danej organizacji. Postanowienie to może wspomóc poprawę ogólnych efektów działania oraz stanowić bazę do uruchamiania inicjatyw zrównoważonego rozwoju (Polski Komitet Normalizacyjny, 2016). Wymierne korzyści dla podmiotu leczniczego z wdrożenia i utrzymywania systemu zarządzania jakością przedstawia Rycina nr 1.



Rycina 1. Korzyści z wdrożenia systemu zarządzania jakością w podmiocie leczniczym (Polski Komitet Normalizacyjny, 2016).

Cechą charakterystyczną systemu zarządzania jakością zgodnego z normą ISO 9001 jest zastosowanie tzw. podejścia procesowego, które uwzględnia cykl PDCA (Planuj – Wykonaj – Sprawdź – Działaj) oraz podejście oparte na ryzyku (Polski Komitet Normalizacyjny, 2016). Podejście procesowe umożliwia organizacji zidentyfikowanie i zaplanowanie poszczególnych procesów oraz istniejących między nimi powiązań. Cykl PDCA z kolei zapewnia zgromadzenie odpowiednich zasobów dla poszczególnych procesów, właściwe nimi zarządzanie, a także ułatwia identyfikację procesów oraz uwzględnienie szans na poprawę każdego z nich. Podejście oparte na ryzyku z jednej strony daje możliwość określenia czynników mogących być przyczyną odchylenia od zaplanowanych rezultatów (niezgodności), z drugiej zaś pozwala na wprowadzenie zapobiegawczych środków nadzoru minimalizujących negatywne skutki tych czynników, tym samym maksymalizując wykorzystanie pojawiających się szans. Ponadto właściwie zaplanowany oraz przede wszystkim skutecznie wdrożony system zarządzania jakością staje się doskonałą bazą do zaimplementowania i zintegrowania kolejnych systemów zarządzania opartych o międzynarodowe normy odniesienia, jak np. ISO 14001 – zarządzanie środowiskowe czy ISO-IEC 27001 – system zarządzania bezpieczeństwem informacji.

Najważniejsze zasady towarzyszące budowaniu systemów zarządzania w odniesieniu do jednostek ochrony zdrowia to:

- orientacja na pacjenta i jego bezpieczeństwo,
- zapewnienie przywództwa,
- zaangażowanie wszystkich członków organizacji,
- podejście procesowe,
- ciągłe doskonalenie,
- rzeczowe podejście do procesu podejmowania decyzji wraz z dokumentowaniem działań projakościowych,
- zarządzanie relacjami, w tym partnerskie stosunki z dostawcami (Hamrol, 2007; Opolski, 2010).

Od 2015 roku (ostatnia aktualizacja) wyraźnie zarysowuje się trend dążący do ujednoczenia struktury poszczególnych norm ISO, zdecydowanie ułatwiający wdrożenie kolejnych systemów zarządzania i ich integrowanie z systemem bazowym (najczęściej ISO 9001), których podstawowe wymagania opisuje się zgodnie z dziesięcioma punktami/rozdziałami (Polski Komitet Normalizacyjny, 2016):

1. Zakres normy.
2. Powołania normatywne.
3. Terminy i definicje.
4. Kontekst organizacji.
5. Przywództwo.

6. Planowanie.
7. Wsparcie.
8. Działania operacyjne.
9. Ocena efektów działania.
10. Doskonalenie.

Obecnie, przy wciąż powiększającej się konkurencji na rynku usług zdrowotnych oraz wzroście oczekiwań, ale także świadomości pacjentów w aspekcie przysługujących im praw, jakość staje się jedną z najważniejszych cech opieki medycznej (Pannick i in., 2014; Cribb i in., 2020; Alsulami i in., 2022). Wyjątkowość takiego podejścia wiąże się ze specyfiką świadczonych usług dotyczących zdrowia, a nierzadko również życia pacjentów.

Podjęcie działań projakościowych poprzez wdrożenie systemu zarządzania jakością jest często pierwszym krokiem dla dalszego rozwoju nowoczesnego zarządzania placówką ochrony zdrowia (Aggarwal i in., 2019). W organizacjach z wieloletnim doświadczeniem w obszarze skutecznego utrzymywania i ciągłego doskonalenia systemu zarządzania jakością z powodzeniem wdrażane są kolejne systemy zarządzania. Do najpopularniejszych należą:

- ISO 14001 (zarządzanie środowiskowe),
- ISO-IEC 27001 (zarządzanie bezpieczeństwem informacji),
- OHSAS 18001 (zarządzanie bezpieczeństwem i higieną pracy, w roku 2018 zastąpione normą ISO 45001),
- akredytacja Ministerstwa Zdrowia.

Norma ISO 14001 (zarządzanie środowiskowe) pozwala organizacji nadzorować wpływ swoich działań na środowisko naturalne przez pryzmat przyjętej polityki i celów w tym obszarze, co w świetle zaostających się przepisów prawnych, kształtowania świadomości i postaw proekologicznych oraz rosnącej trosce zainteresowanych stron o stan środowiska naturalnego (globalne ocieplenie) powinno stać się nieodłącznym elementem strategii zarządzania każdego nowoczesnego przedsiębiorstwa. Jednostki ochrony zdrowia również nie pozostają obojętne wobec środowiska przyrodniczego. Na dużą skalę wykorzystuje się zasoby naturalne planety, zużywa się wodę, energię elektryczną czy wytwarza odpady, w tym odpady medyczne niebezpieczne i odpady medyczne specjalne. Niedostateczny nadzór nad odpadami czy niekontrolowane zużycie zasobów może doprowadzić do poważnych konsekwencji dla środowiska naturalnego, w tym do awarii środowiskowych, a także negatywnych skutków dla życia i zdrowia pacjentów. Dzięki systemowi zarządzania środowiskowego organizacja określa swoje aspekty środowiskowe, w tym wymiary znaczące, które podlegają stałemu monitorowaniu. Dla nich określa się ryzyka i szanse oraz wdraża stosowne działania doskonalące przy mogących zaistnieć lub już mających miejsce niezgodnościach.

Zarządzanie bezpieczeństwem informacji to kolejna popularna oraz promowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia norma ISO-IEC 27001 wdrażana w jednostkach ochrony zdrowia. Jak sama nazwa wskazuje, dotyczy zapewnienia bezpieczeństwa informacji (w tym danych osobowych oraz danych szczególnych kategorii, takich jak dane dotyczące zdrowia, seksualności czy orientacji seksualnej, dane genetyczne; Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE), 2016), których w szpitalach czy poradniach nie brakuje. Wdrożenie tego systemu i jego skuteczne utrzymywanie pozwoliło jednostkom na sprawne przystosowanie organizacji do obowiązującego od maja 2018 roku Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, w skrócie RODO.

Norma bezpieczeństwa i higieny pracy, obecnie ISO 45001, poprawia skuteczność zarządzania działaniami w tym obszarze, daje pewność zgodności funkcjonowania z obowiązującym prawem, obliuguje do ciągłego monitorowania wszelkich zagrożeń, które mogą wpływać na działalność organizacji, co potencjalnie przyczynia się do większej ochrony życia i zdrowia pracowników poprzez zmniejszanie liczby wypadków, a tym samym kosztów z nimi związanych. Nie bez znaczenia pozostaje tutaj także wzrost morale kadry i czynnik motywujący do pracy w przyjaznym oraz bezpiecznym otoczeniu. Tak jak w przypadku wcześniej omówionych norm ISO, również tutaj nastąpiło ujednoczenie struktury wymagań dla lepszej kompatybilności z wymaganiami pozostałych systemów zarządzania: organizacja

musi określić kontekst wewnętrzny oraz zewnętrzny, bardzo dużą rolę przypisuje się także przywództwu oraz zaangażowaniu najwyższego kierownictwa, które przyjmuje na siebie pełną odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie tego systemu w organizacji. Tożsamy jest także wymóg nadzoru nad funkcjami i procesami zleconymi na zewnątrz, podejście procesowe oraz podejście oparte na ryzyku.

STANDARDY AKREDYTACYJNE

Najpopularniejszym certyfikatem i jednocześnie tym wymagającym bardzo dużego nakładu pracy i środków oraz zaangażowania całego personelu przy jego wdrożeniu, a następnie utrzymaniu jest certyfikat akredytacji. Przyznaje go minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie rekomendacji Rady Akredytacyjnej oraz po przeprowadzeniu procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych (Ustawa o akredytacji w ochronie zdrowia, 2008). Organem dokonującym oceny jest Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) z siedzibą w Krakowie – jednostka podlegająca Ministerstwu Zdrowia. CMJ funkcjonuje od 1994 r., a jego podstawowym celem jest inspirowanie polskich placówek ochrony zdrowia oraz wspieranie ich działań na rzecz poprawy jakości usług medycznych, które świadczą.

Główne zadanie akredytacji we współczesnych systemach zdrowotnych polega na wyszukiwaniu obszarów i zagadnień, które w największym stopniu wpływają na poziom świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów (Smith, 2005; Morris i in., 20212; Bogh i in., 2018; Thomson i in., 2022). W obszarach tych tworzy się mierzalne kryteria oceny jednostek ochrony zdrowia określonego typu, np. szpitali, lecznictwa otwartego czy zakładów opieki długoterminowej, zwane standardami akredytacyjnymi. Problematyka niniejszej pracy odnosi się do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w obrębie świadczeń szpitalnych, dlatego omówiono standardy akredytacyjne dla szpitali powyżej 50 łóżek, a z pominięciem wymagań standardów dla POZ oraz szpitali wąskoprofilowych.

Podstawy prawne akredytacji:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2009 Nr 52, poz. 418),
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. 2009 Nr 76, poz. 641),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie Rady Akredytacyjnej (Dz.U. 2009 Nr 130, poz. 1074),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (Dz.U. 2009 Nr 150, poz. 1216).

Zestaw standardów akredytacyjnych został opublikowany w Polsce po raz pierwszy w 1998 roku i od razu spowodował zmiany kultury organizacyjnej w szpitalach, skłaniając je do wprowadzania modyfikacji oraz niezbędnych zmian w sposobie oraz poziomie dostarczanej opieki. Publikacja nowych i obowiązujących na dzień dzisiejszy standardów miała miejsce w 2009 r. Wznowiony *Zestaw Standardów Akredytacyjnych* to zbiór 15 działów i łącznie 221 standardów:

1. Ciągłość Opieki (CO).
2. Prawa Pacjenta (PP).
3. Ocena Stanu Pacjenta (OS).
4. Opieka nad Pacjentem (OP).
5. Kontrola Zakażeń (KZ).
6. Zabiegi i Znieczulenia (ZA).
7. Farmakoterapia (FA).
8. Laboratorium (LA).
9. Diagnostyka Obrazowa (DO).
10. Odżywianie (OD).
11. Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta (PJ).
12. Zarządzanie Ogólne (ZO).

13. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi (ZZ).
14. Zarządzanie Informacją (ZI).
15. Zarządzanie Środowiskiem Opieki (ŚO).

Poszczególne standardy akredytacyjne nie są równoważne i mają przypisane określone wagi (w skali 4-stopniowej: 1,0, 0,75, 0,5, 0,25). Wynik końcowy to składowa poszczególnych wag i ocen standardów, dla których przyjmuje się skalę:

- trzystopniową: punkty 1, 3 lub 5, gdzie 1 oznacza niespełnienie standardu, 3 to częściowe spełnienie, a 5 potwierdza pełną zgodność z danym wymaganiem,
- dwustopniową: punkty 1 lub 5 – w przypadku nawet częściowego niespełnienia wymagań ocena standardu wynosi 1.

Przyznanie certyfikatu akredytacyjnego gwarantuje uzyskanie minimum 75% na skali wymogów akredytacyjnych. Najbardziej wartościowa w systemie akredytacji jest możliwość dokonania samooceny poprzez porównanie własnej placówki z wzorcami dobrego postępowania, jakimi są, przyjęte explicite, standardy akredytacyjne. Zidentyfikowane na tej podstawie słabe strony – ryzyka umożliwiają poszukiwanie skutecznych rozwiązań, tj. szans na poprawę procesów funkcjonujących wewnątrz jednostki.

WPŁYW SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ WEDŁUG NORM ISO I AKREDYTACJI NA POZIOM BEZPIECZEŃSTWA PACJENTÓW

Bezpieczeństwo świadczeń zdrowotnych to synonim wysokiej jakości opieki zdrowotnej, przynajmniej takie znaczenie oraz rozumienie tych pojęć wpisane jest w proces wdrażania oraz skutecznego utrzymywania zarówno uniwersalnych systemów zarządzania ISO, jak i akredytacji przeznaczonych dla szpitali czy POZ. Tak w jednym, jak i w drugim przypadku mamy do czynienia z działaniami, które poprzez redukcję ryzyka związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz standaryzację procedur medycznych i organizacyjnych przyczyniają się do wzrostu wiedzy o placówce i nieprawidłowościach mogących w niej wystąpić. Jednocześnie omawiane standardy powodują poprawę bezpieczeństwa świadczeń dzięki wykorzystaniu pojawiających się szans minimalizujących zagrożenia oraz umożliwiających dalszy rozwój (Dobska, 2016).

Wieloaspektowość akredytacji oraz jej oczywiste zadanie, jakim jest ocena specyfiki opieki zdrowotnej, pozwalają na zbieranie informacji o globalnym systemie ochrony zdrowia i jego realnych problemach. Większość standardów akredytacyjnych o wysokiej wadze oceny skupia się wokół obszarów związanych z bezpieczeństwem pacjentów oraz tych elementów opieki, które niosą za sobą duże ryzyko pomyłki i wystąpienia zdarzeń niepożądanych, czyli dotyczących opieki sprawowanej bezpośrednio nad pacjentem. Z tego między innymi powodu wizyta akredytacyjna polega nie tylko na spotkaniu z dyrekcją czy przeglądzie dokumentacji, ale również na bezpośrednim wizytowaniu ponad 50% obszaru świadczenia opieki (w tym wybranych oddziałów, bloków operacyjnych, pracowni diagnostycznych) oraz środowiska opieki, jak np. punktów sterylizacji, apteki, archiwów, kadr czy działów gospodarczego i technicznego. Bardzo istotne są również spotkania z komitetami i zespołami zadaniowymi powołanymi w szpitalu, takimi jak zespół ds. jakości czy komitet i zespół kontroli zakażeń. Celem tych spotkań jest zapoznanie się z inicjowanymi programami oraz projektami poprawy jakości, wynikami monitorowanych wskaźników jakości czy prowadzonych analiz. Dyskusja pozwala ponadto omówić istotne dla danego szpitala zagadnienia, wymienić się doświadczeniami, poszukać dobrych praktyk i rozwiązań systemowych dla zwiększenia poziomu jakości oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników procesu udzielania świadczeń i opieki zdrowotnej (Centrum Monitorowania Jakości, 2011). Należy pamiętać, że ranga akredytacji i wdrożonych systemów zarządzania jakością dla szpitala zależy w dużej mierze od świadomości dyrekcji oraz kierownictwa wyższych szczebli. Jeżeli jedynym celem jest uzyskanie certyfikatu, akredytacja i poszczególne systemy zarządzania jakością stają się wyłącznie przykrym, biurokratycznym obowiązkiem. Wartość dodaną z wdrożenia akredytacji czy poszczególnych systemów zarządzania ISO uzyskują wyłącznie te szpitale, które z pełną świadomością oraz konsekwencją zmieniają swoje funkcjonowanie. Najważniejsze korzyści wynikające z procesu wdrożenia poszczególnych systemów zarządzania ISO oraz akredytacji przedstawiono w Tabeli nr 3.

Tabela 3. Najważniejsze korzyści z procesu wdrożenia systemów zarządzania jakością oraz akredytacji w szpitalach (Bembnowska i in., 2015.; Stawicka, 2016).

ISO	AKREDYTACJA
<ul style="list-style-type: none"> • uporządkowanie podstawowych obszarów działalności organizacji, • wyznaczenie zadań i programów dla skutecznego osiągania przyjętych celów oraz ciągłego doskonalenia jakości, • identyfikacja, monitorowanie i zarządzanie procesami w organizacji, tym samym szybkie i skuteczne diagnozowanie oraz rozwiązywanie pojawiających się problemów (ryzyka i niezgodności), • zorientowanie na potrzeby i oczekiwania pacjenta, • wzrost zaangażowania i motywacji pracowników w podnoszenie jakości swoich działań, • wzrost prestiżu i zaufania do szpitala w oczach pacjentów, pracowników oraz organizacji zewnętrznych, • minimalizacja strat w dostawach i usługach medycznych, • wzrost konkurencyjności przy kryterium wyboru i oceny rynkowej ze strony chociażby Narodowego Funduszu Zdrowia i innych instytucji, • łatwiejszy dostęp do rynków międzynarodowych (rozpoznawalność systemów zgodnych z normami ISO w Europie i na świecie). 	<ul style="list-style-type: none"> • poprawa bezpieczeństwa pacjentów – ograniczenie błędów medycznych, kreowanie kultury bezpieczeństwa w medycynie, • wprowadzenie nowych modeli postaw, zachowań i schematów działania we wszystkich sferach działalności ze szczególnym uwzględnieniem racjonalnego i przejrzystego przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi grupami profesjonalistów, zwłaszcza tymi, którzy bezpośrednio uczestniczą w opiece nad pacjentem, • przekazywanie właściwej informacji pacjentom i minimalizowanie ryzyka związanego z hospitalizacją, • holistyczne postrzeganie i zarządzanie szpitalem – wdrożenie standardów we wszystkich jednostkach szpitala, • wszechstronna ocena umożliwiająca identyfikację obszarów do poprawy oraz formułowanie właściwych rozwiązań, • poprawa dokumentacji medycznej – wprowadzenie wewnętrznego, formalnego i merytorycznego nadzoru nad jakością dokumentacji pacjentów w formie cyklicznych przeglądów, • preferowanie pracy zespołowej – powoływanie specjalnych komitetów i zespołów zadaniowych/problemowych (jak np. Zespół ds. Jakości czy Komitet i Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych) przy założeniu wagi ich wzajemnej komunikacji, wykorzystywaniu uzyskiwanych wyników z prowadzonych analiz oraz informacji zwrotnej do wszystkich zainteresowanych stron.

Od 2009 roku, czyli od czasu wprowadzenia zmian w standardach akredytacyjnych, stale rośnie liczba szpitali starających się o uzyskanie akredytacji. Od roku 2010 stopniowo rośnie także liczba wydanych pozytywnych decyzji akredytacyjnych. Z danych bieżących wynika, że łącznie w Polsce istnieją łącznie 224 szpitale z wdrożoną i certyfikowaną akredytacją, z czego 9 znajduje się w województwie łódzkim. Duże zainteresowanie akredytacją znajduje także swoje odzwierciedlenie w projekcie ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta (Projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, 2021), której główne założenia były szeroko konsultowane publicznie.

W ostatnim czasie zyskuje także na popularności norma PN-EN 15224 – ISO 9001:2015, system zarządzania jakością dla sektora ochrony zdrowia. Podobnie jak w przypadku akredytacji jest to system przeznaczony dla podmiotów leczniczych. Wznowione w 2017 r. wydanie normy PN-EN 15224 bazuje na wymaganiach ISO 9001, ale rozszerza je o kwestie związane ze zdrowiem, takie jak: bezpieczeństwo pacjenta (w tym orientacja na pacjenta i jego potrzeby), zarządzanie ryzykiem procesów

klinicznych, nadzór nad zdarzeniami niepożądanymi, bezpieczeństwo farmakoterapii, skuteczna komunikacja z pacjentem.

Ponadto nowe wydanie tego dokumentu dostosowuje jego strukturę do normy ISO 9001: podobnie zwraca uwagę na wymóg identyfikacji i zarządzania ryzykiem systemowym, procesowym oraz dotyczącym zainteresowanych stron, wskazuje znaczenie określenia kontekstu wewnętrznego oraz zewnętrznego w odniesieniu do celów i strategii rozwoju organizacji, a także określa jednoznacznie definicję klienta, w tym przypadku pacjenta.

Wraz ze wzrostem wiedzy na temat znaczenia poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki wprowadza się odpowiednie rozwiązania organizacyjne, którym towarzyszą zmiany legislacyjne (Projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, 2017):

- wymagania rejestracyjne (obligatoryjne) dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, będące formą systemu licencjonowania, określające minimalne wymagania dotyczące m.in. stanu technicznego i sanitarnego urządzeń i pomieszczeń, jakie muszą spełniać poszczególne jednostki lub komórki organizacyjne zakładów leczniczych (gabinety zabiegowe, sale operacyjne itp.),
- wymagania kontraktowe, obligatoryjne dla świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w szczególności odnoszące się do liczby pracowników medycznych i ich kwalifikacji, liczby i rodzaju sprzętu oraz aparatury medycznej, organizacji udzielanych świadczeń gwarantowanych lub innych aspektów udzielania tych świadczeń,
- wymagania i standardy jakościowe dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (obligatoryjne), których celem jest zwiększenie wiarygodności uzyskiwanych wyników badań,
- poziomy referencyjne w wybranych obszarach (obligatoryjne wymagania dla świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ), tj. w zakresie neonatologii, ginekologii i położnictwa oraz anestezjologii i intensywnej terapii, pozwalające na różnicowanie kompetencji podmiotów udzielających świadczeń pod względem możliwości udzielania skomplikowanych i wyspecjalistycznych świadczeń gwarantowanych, celem tych działań jest zapewnienie leczenia rzadkich i skomplikowanych schorzeń w wyspecjalizowanych ośrodkach,
- system akredytacji dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych będący systemem dobrowolnej oceny zewnętrznej.

Podsumowując, temat bezpieczeństwa pacjenta staje się coraz bardziej istotnym elementem systemu opieki zdrowotnej. Propagowanie kultury bezpieczeństwa, jako specjalnej odmiany kultury organizacyjnej znajduje swoje odzwierciedlenie w organizacji prestiżowych konkursów czy rankingów, jak chociażby Ogólnopolski Ranking Szpitali „Bezpieczny Szpital” czy konkurs „Bezpieczny Szpital Przyszłości – Inspiracje” organizowany przez Idea Trade. Dodatkowo, dzień 17 września WHO ustanowiła Światowym Dniem Bezpieczeństwa Pacjenta (World Patient Safety), pierwszy raz obchodzonym w roku 2019 (Gong i in., 2022).

1.3. Komitety i zespoły problemowe w podmiotach leczniczych

OPIS I CHARAKTERYSTYKA KOMITETÓW I ZESPOŁÓW PROBLEMOWYCH

Jednym ze sposobów poszukiwania skutecznych metod zwiększania wiedzy na temat funkcjonowania własnej organizacji, efektywnego identyfikowania mocnych i słabych stron oraz sprawnego wdrażania niezbędnych działań naprawczych czy doskonalących jest powoływanie komitetów i zespołów problemowych/zadaniowych w podmiotach leczniczych. Dostosowanie codziennej praktyki szpitala do wymagań prawnych, wytycznych standardów akredytacyjnych czy norm ISO powinno być działaniem interdyscyplinarnym, ponieważ współpraca przedstawicieli różnych zawodów (lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, dietetyków, mikrobiologów czy specjalistów w dziedzinie zarządzania) zwiększa prawdopodobieństwo powodzenia tego żmudnego i niełatwego procesu (Centrum Monitorowania Jakości, 2011).

Podstawą aktywowania poszczególnych komitetów i zespołów problemowych w szpitalach są najczęściej:

- wymagania prawne w poszczególnych obszarach funkcjonowania,
- wymagania standardów akredytacyjnych,
- wymagania norm ISO,
- zalecenia krajowych konsultantów z różnych dziedzin medycyny.

W podmiotach leczniczych z wieloletnim doświadczeniem w zarządzaniu przez jakość powoływanie zespołów zadaniowych jest często potrzebą chwili, dobrą praktyką dla realizacji wyznaczonych celów, programów i projektów poprawy funkcjonowania jednostki. Praca zespołowa okazuje się w tych przypadkach nie do zastąpienia, staje się skuteczną metodą komunikacji ukierunkowanej na twórcze rozwiązywanie problemów, realizację zadań i partycypację pracowników, pełniąc tym samym funkcję motywującą, nierzadko podnosząc także poziom zadowolenia i satysfakcji z pracy.

Dokumentami powołującymi komitety i zespoły problemowe są najczęściej wewnętrzne akty normatywne, jak np. zarządzenia, uchwały, powołania dyrektora lub zarządu szpitala, w których szczegółowo określa się:

- podstawę prawną powołania i funkcjonowania komitetu/zespołu,
- skład osobowy komitetu/zespołu, w tym wskazanie przewodniczącego,
- zakres funkcjonowania oraz główne zadania, odpowiedzialności i uprawnienia do realizacji w ramach prowadzonej działalności,
- podległość służbową,
- częstotliwość spotkań oraz czasookres przewidzianej sprawozdawczości,
- formę dokumentowania pracy komitetu/zespołu,
- sposób komunikacji, w tym wymiany informacji oraz współpracy z pozostałymi komitetami/zespołami, dyrekcją i resztą kadry pracowniczej szpitala.

OBSZARY FUNKCJONALNE PRACY I PODSTAWOWE ZADANIA KOMITETÓW I ZESPOŁÓW

W zależności od podejścia dyrekcji lub zarządu danego szpitala, zakresu prowadzonej działalności oraz wielkości zatrudnienia, a także rodzaju wdrożonych systemów zarządzania i akredytacji powoływane komitety i zespoły problemowe dotyczą najczęściej takich obszarów funkcjonalnych jak:

- kontrola zakażeń szpitalnych,
- farmakoterapia,
- antybiotykoterapia,
- transfuzjologia,
- jakość i skuteczność leczenia,
- etyka,
- żywienie pacjentów,
- zgony,
- ocena przyjęć,
- bezpieczeństwo i higiena pracy.

Podstawowe zadania, odpowiedzialności i uprawnienia poszczególnych komitetów i zespołów wynikają bezpośrednio z zapisów odpowiednich aktów prawnych, standardów akredytacyjnych oraz zaleceń wskazujących na konieczność, racjonalność lub potrzebę ich powołania. Szczegóły dotyczące najważniejszych zadań do realizacji w zakresie prowadzonej działalności przez wybrane komitety i zespoły przedstawia Tabela 4.

Tabela 4. Podstawowe zadania wybranych komitetów i zespołów problemowych (CMJ, 2009; Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, 2008; Ustawa. Kodeks pracy, 1978; Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 2004; Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, 2013; Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, 2017; Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, 2013; Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne ze zm. 2013).

OBSZAR FUNKCJONALNY KOMITETU/ZESPOŁU	PODSTAWOWE ZADANIA
Kontrola zakażeń szpitalnych	<p>Zadania komitetu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, • ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych, • opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu.
	<p>Zadania zespołu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych (opracowanie i wdrożenie skoordynowanych procedur redukcji ryzyka endemicznych i epidemicznych zakażeń u pacjentów i osób zatrudnionych), • prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli dyrekcji/zarządowi szpitala i komitetowi zakażeń szpitalnych (okresowa ocena wdrożonych procedur, stosowanej antybiotykoterapii, ocena wiarygodności monitorowania zakażeń), • szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych, • konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

Tabela 4. Podstawowe zadania wybranych komitetów i zespołów problemowych... (cd.)

Farmakoterapia/antybiotykoterapia	<ul style="list-style-type: none">• opracowanie polityki lekowej w szpitalu (w tym receptariusza szpitalnego oraz szpitalnej listy leków, włączając w to stosowanie się do rekomendacji postępowania profilaktycznego i diagnostyczno-terapeutycznego w zakażeniach szpitalnych, opracowanych w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków),• okresowa ocena stosowanej w szpitalu terapii lekami i preparatami krwiopochodnymi (analiza wybranej dokumentacji medycznej pod kątem zasadności stosowania leków, preparatów krwiopochodnych, częstości przypadków polipragmazji oraz kombinacji terapeutycznych obciążonych dużym ryzykiem niekorzystnych interakcji),• opracowanie i wdrożenie zasad zlecania, przechowywania, przygotowywania i podawania leków (w tym spoza receptariusza szpitalnego oraz pozyskiwanych w trybie pilnym),• okresowa analiza kosztów leków.
Transfuzjologia	<ul style="list-style-type: none">• dokonywanie okresowej oceny wskazań do przetoczenia (nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy),• analiza zużycia krwi i jej składników w celu ograniczenia niepotrzebnych przetoczeń i nadmiernych zniszczeń krwi i jej składników,• nadzór nad działaniami związanymi z leczeniem krwią lub jej składnikami oraz nadzór nad związaną z tym dokumentacją (m.in. Standardowymi Procedurami Operacyjnymi, tzw. SOP),• ocena prawidłowości postępowania podczas przetoczeń wykonanych w podmiocie leczniczym (nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy),• analiza każdego niepożądanego zdarzenia i każdej niepożądanej reakcji wraz z oceną postępowania,• analiza raportów o niepożądanych zdarzeniach i reakcjach,• opracowywanie wewnętrznych programów kształcenia lekarzy i pielęgniarek lub położnych w dziedzinie leczenia krwią i jej składnikami oraz nadzór nad realizacją tych szkoleń,• udział w planowaniu zaopatrzenia w krew i jej składniki oraz w rocznej sprawozdawczości dotyczącej ich zużycia (współpraca z właściwym centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa).

Tabela 4. Podstawowe zadania wybranych komitetów i zespołów problemowych... (cd.)

<p>Jakość i skuteczność leczenia</p>	<ul style="list-style-type: none">• opracowywanie rocznego programu jakości ukierunkowanego na redukcję ryzyka zarówno u pacjentów, jak i osób świadczących usługi medyczne, w ścisłym powiązaniu z ustanowionymi celami jakości oraz określonymi wskaźnikami monitorowania procesów oraz usług,• monitorowanie oraz dokonywanie bieżącej analizy realizacji programu wraz z weryfikacją ewentualnych przyczyn pojawiających się niezgodności,• przedkładanie dyrekcji/zarządowi propozycji zmian w funkcjonowaniu centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa w celu poprawy jakości i zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów,• określenie zasad zbierania istotnych danych dotyczących jakości leczenia i bezpieczeństwa pacjenta:<ul style="list-style-type: none">– analiza istotnych zdarzeń związanych z pobytom pacjenta w szpitalu: reoperacje, readmisje, przedłużenie hospitalizacji, zgony i pozostałe zdarzenia niepożądane, przedkładanie propozycji niezbędnych zmian,– analiza skuteczności czynności reanimacyjnych wraz z określeniem zasad jej prowadzenia,– analiza przebiegu i skutków znieczuleń,– analiza skutków zabiegów zaobserwowanych w trakcie hospitalizacji – ocena wykonywanych zabiegów,– analiza odległych skutków zabiegów,– określenie rodzaju zabiegów, dla których obowiązuje odległa ocena po zakończeniu hospitalizacji (ang. follow-up),• określenie zasad i zakresu kontroli jakości zewnętrznych świadczeń medycznych wykonywanych na rzecz pacjentów,• okresowa weryfikacja oceny satysfakcji pacjentów,• okresowa weryfikacja skarg i wniosków pacjentów,• przygotowywanie wytycznych do doskonalenia dla personelu medycznego na podstawie analizy spraw sądowych wytoczonych na skutek błędów lekarskich i pielęgniarских,• okresowa weryfikacja oceny satysfakcji pracowników,• okresowa weryfikacja adekwatności i aktualności opracowanych dokumentów systemowych (regulaminów, standardów, procedur, instrukcji i innych dokumentów), współpraca przy wprowadzaniu zmian, opracowywaniu niezbędnych nowych dokumentów i ich wdrażaniu,
---	---

Tabela 4. Podstawowe zadania wybranych komitetów i zespołów problemowych... (cd.)

	<ul style="list-style-type: none"> • okresowa weryfikacja znajomości i przestrzegania zasad ujętych w dokumentacji systemowej szpitala wśród pracowników ze szczególnym uwzględnieniem procesów mających bezpośredni wpływ na jakość świadczonych usług, ich skuteczność oraz bezpieczeństwo pacjentów, jak i samych pracowników, • okresowa ocena adekwatności i efektywności stosowanych metod leczenia w oparciu o analizę indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów, • działania informacyjno-edukacyjne dla personelu w zakresie ciągłego doskonalenia jakości świadczonych usług ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjentów oraz personelu.
<p>Etyka</p>	<ul style="list-style-type: none"> • udzielanie wsparcia lekarzom, rodzinom i pacjentom w podejmowaniu trudnych decyzji dotyczących: <ul style="list-style-type: none"> – kwalifikacji do różnych metod terapii przedłużających życie lub dyskwalifikacji, w przypadkach nie spełniających powszechnie uznanych kryteriów kwalifikacji, – zaniechania uporczywego leczenia podtrzymującego życie lub wycofania się z niego, a w konsekwencji – pomocy co do wyboru opieki paliatywnej (każdorazowo po wnikliwej analizie danego przypadku, zasięgnięciu niezbędnych konsultacji oraz zespołowym wypracowaniu opinii), • opracowanie i wdrożenie procedur działania oraz typów i rangi konsultacji – dla zapewnienia opiniowania każdej ze spraw z dopełnieniem identycznych formalności (w tym opracowanie stanowiska i zaleceń dotyczących szczególnych problemów kliniczno-etycznych merytorycznie uzasadniających obroną politykę zdrowotną), • kształcenie lekarzy i pielęgniarek w zakresie etyki, upowszechnianie wiedzy dotyczącej zasad etycznego postępowania w medycynie i opiece zdrowotnej, • identyfikacja problemów natury etycznej występujących w szpitalu, opracowanie programu dotyczącego sposobu ich rozwiązywania oraz kształcenie personelu z zagadnień etyki klinicznej, • dbałość o ochronę praw pacjentów oraz ich dobrostanu zgodnie z zasadami etyki medycznej, • opracowywanie, badanie i kontrolowanie działań klinicznych (uzyskiwanie zgód) weryfikacja procesu świadomej zgody pacjentów na określone interwencje terapeutyczne lub badawcze, zapewnienie bezpieczeństwa uczestnikom badań.

Tabela 4. Podstawowe zadania wybranych komitetów i zespołów problemowych... (cd.)

<p>Żywienie pacjentów</p>	<ul style="list-style-type: none">• określenie kierunków leczenia żywieniowego, identyfikacja i odpowiednie leczenie chorych wykazujących ryzyko związane z zaburzeniami stanu odżywiania (przesiewowa ocena stanu odżywienia – SGA lub NRS 2002 – u dorosłych, na siatkach wzrastania – u dzieci i młodzieży),• opracowywanie wskazań, przeciwwskazań i zasad stosowania żywienia pozajelitowego i dojelitowego (w tym wybór, przechowywania i dostępność sprzętu oraz leków) zgodnie z przyjętymi standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego,• okresowa ocena adekwatności i efektywności stosowania leczenia żywieniowego u indywidualnych chorych w oparciu o dokumentację medyczną ekonomiczną, w tym ocena stosowania, wyników i kosztów leczenia żywieniowego oraz sporządzanie odpowiednich raportów,• opracowanie programów edukacyjnych nt. żywienia z możliwością przekazania pacjentom przy wypisie ze szpitala,• określanie zasad oceny skuteczności leczenia żywieniowego oraz doradzanie, opiniowanie i ocena kierunków leczenia żywieniowego.
<p>Zgony</p>	<ul style="list-style-type: none">• opracowanie zasad przeprowadzania analizy przyczyn zgonów,• okresowa analiza zgonów z uwzględnieniem badań sekcyjnych,• szczegółowa analiza przyczyn zgonów w przypadkach:<ul style="list-style-type: none">– pacjentów do 12 godzin hospitalizacji,– pacjentów nie będących w stanach terminalnych,– pacjentów nie przyjmowanych bezpośrednio na oddział intensywnej terapii (OIT),– zgonów okołoperacyjnych,– zgonów samobójczych,– zgonów, których można było uniknąć,– zgonów osób niehospitalizowanych, a przebywających na terenie szpitala.

Tabela 4. Podstawowe zadania wybranych komitetów i zespołów problemowych... (cd.)

Ocena przyjęć	<ul style="list-style-type: none">• sporządzanie szczegółowego, comiesięcznego raportu nt. prawidłowości prowadzenia list oczekujących, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów ich udzielenia w szpitalu oraz przedstawianie tego raportu świadczeniodawcy (NFZ).
Bezpieczeństwo i higiena pracy	<ul style="list-style-type: none">• dokonywanie przeglądu warunków pracy,• okresowa ocena stanu bezpieczeństwa i higieny pracy,• opiniowanie podejmowanych przez pracodawcę działań zapobiegających wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym,• formułowanie wniosków dotyczących poprawy warunków pracy oraz współdziałanie z pracodawcą w realizacji jego obowiązków w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

DOBRE PRAKTYKI I ROZWIĄZANIA SYSTEMOWE W OBSZARZE FUNKcjONALNYM KOMITETÓW I ZESPOŁÓW PROBLEMOWYCH – ISTNIEJĄCE REKOMENDACJE

W kontekście zadań, odpowiedzialności i uprawnień poszczególnych komitetów i zespołów problemowych najwięcej szczegółów dotyczących zasad funkcjonowania, określenia wymaganego składu ekspertów czy częstotliwości spotkań odnajdziemy w przypadku tych grup, których funkcjonowanie regulują konkretne akty prawne związane z podmiotami leczniczymi. Wymóg powołania podstawowego komitetu i zespołu wynika z zapisów Art. 14 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, 2008) i dotyczy kontroli zakażeń szpitalnych. Wszystkie podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne są zobowiązane do wdrożenia wewnętrznego systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych i gwarancji jego funkcjonowania. Na system ten składają się:

1. Powołanie i nadzór nad działalnością zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych.
2. Ocena ryzyka występowania zakażeń szpitalnych oraz czynników alarmowych i monitorowanie ich.
3. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający:
 - a) zapobieganie zakażeniom szpitalnym i szerzeniu się czynników alarmowych,
 - b) warunki izolacji pacjentów z zakażeniem lub chorobą zakaźną oraz pacjentów szczególnie podatnych na zakażenia szpitalne,
 - c) możliwość wykonywania badań laboratoryjnych przez całą dobę,
 - d) wykonywanie badań laboratoryjnych umożliwiających identyfikację biologicznych czynników chorobotwórczych wywołujących zakażenia i choroby zakaźne oraz ich weryfikację przez uprawnione podmioty,
 - e) ograniczenie narastania lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych w wyniku niewłaściwego stosowania profilaktyki i terapii antybiotykowej.
4. Monitorowanie i rejestrację zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych.
5. Sporządzanie i przekazywanie właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala.
6. Zgłaszanie w ciągu 24 godzin potwierdzonego epidemicznego wzrostu liczby zakażeń szpitalnych właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu.

Ponadto Art. 15 powyższej ustawy jednoznacznie określa składy osobowe, rekomendując tym samym zakresy specjalizacyjne członków zarówno zespołu, jak i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych:

- zespół:
 - lekarz jako przewodniczący zespołu,
 - pielęgniarka lub położna jako specjalistka do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii, w liczbie nie mniejszej niż 1 na 200 łóżek szpitalnych,
 - diagnosta laboratoryjny jako specjalista ds. mikrobiologii, jeżeli lekarz przewodniczący nie posiada specjalizacji z dziedziny mikrobiologii lekarskiej;
- komitet:
 - kierownik szpitala lub jego przedstawiciel oraz wyznaczeni przez niego kierownicy komórek organizacyjnych szpitala, w tym działu diagnostyki mikrobiologicznej, centralnej sterylizatorni, apteki szpitalnej – jeżeli w strukturze organizacyjnej szpitala funkcjonują takie komórki,
 - przewodniczący oraz członkowie zespołu kontroli zakażeń szpitalnych,
 - osoba kierująca pracą pielęgniarek,
 - lekarz wykonujący zadania służby medycyny pracy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy.

Standardy akredytacyjne z obszaru KZ uszczegółowiają częstotliwość spotkań i obowiązkowej sprawozdawczości komitetu i zespołu kontroli zakażeń szpitalnych – obligują komitet do przynajmniej dwóch spotkań w ciągu roku, a zespół – do comiesięcznych posiedzeń i dokumentowania prowadzonej działalności.

Kolejnym obligatoryjnym komitetem powoływanym w podmiotach leczniczych, w którym krew i jej składniki są przetaczane w więcej niż czterech jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu, jest komitet transfuzjologiczny. Jego działanie reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, 2017). W skład komitetu transfuzjologicznego wchodzi:

- ordynatorzy lub inne osoby kierujące jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego, w których często przetacza się krew i jej składniki, lub ich zastępcy,
- lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią,
- lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii,
- kierownik pracowni immunologii transfuzjologicznej,
- pielęgniarka lub położna dokonująca przetoczeń.

Rozporządzenie określa także szczegółowo okresowe raportowanie i sprawozdawczość przekazywane do dyrektora/zarządu szpitala oraz właściwego centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa nie rzadziej niż raz na rok, najpóźniej do 30 stycznia każdego roku (za rok poprzedni).

Ponadto w roku 2017 opracowano Standard Pracy Komitetu Transfuzjologicznego, wydany przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie (IHiT), Narodowe Centrum Krwi (NCK) oraz Ministerstwo Zdrowia (aktualizacja w roku 2020) (Pogłód i in., 2020), będący pierwszą w Polsce próbą opracowania rekomendacji i wytycznych dla obszaru funkcjonalnego działalności Komitetu. Podstawą były dobre praktyki i wymiana doświadczeń z innymi krajami, takimi jak Hiszpania czy Włochy, a także wytyczne WHO.

Powyższy standard składa się z dwunastu rozdziałów, opisujących gotowe rozwiązania systemowe i dobre praktyki do bezpośredniego zastosowania:

- przy organizacji i przydzielaniu zadań komitetowi transfuzjologicznemu,
- przy określaniu sposobu działania komitetu transfuzjologicznego,
- przy opracowywaniu zasad przetaczania krwi i jej składników wykorzystywanych podczas analizy prawidłowości stosowania składników krwi,
- podczas planowania zaopatrzenia w krew i jej składniki,

- modeli planowania zaopatrzenia w krew i powszechnie stosowanych składników krwi,
- dla minimalizowania strat składników krwi,
- przy współpracy komitetu z bankiem krwi, pracownią immunologii transfuzjologicznej i szpitalem,
- przy transporcie i przechowywaniu krwi i jej składników,
- w przypadku niepożądanych zdarzeń i reakcji,
- w systemie jakości,
- w odniesieniu do szkoleń,
- przy promocji honorowego krwiodawstwa.

Jak podkreślają autorzy, sprawna działalność szpitalnego komitetu transfuzjologicznego zapewnia nadzór nad istniejącymi praktykami transfuzji w szpitalu, zwiększa bezpieczeństwo przetoczeń, odgrywa istotną rolę w upowszechnianiu wytycznych dotyczących krwiolecznictwa i monitoruje wdrażanie nowych programów krwiolecznictwa w szpitalu. Niezwykle ważnym zadaniem tego komitetu jest kreowanie właściwej polityki edukacyjnej dla personelu przetaczającego składniki krwi. Wielodyscyplinarność członków komitetu transfuzjologicznego może pomóc w identyfikowaniu rzeczywistych oraz potencjalnych problemów związanych z transfuzją (Pogłód i in., 2020).

Na podstawie analizy protokołów z działalności komitetów transfuzjologicznych oraz raportów z realizowanych kontroli w przedmiotowym zakresie IHiT wyraźnie wskazał na brak jednolitości działań oraz zróżnicowanie sprawozdawczości komitetów. Podstawą do opracowania standardu pracy komitetów transfuzjologicznych stały się doświadczenia własne autorów wyniesione ze szkoleń prowadzonych w przedmiotowym zakresie oraz najczęstsze problemy w zakresie krwiolecznictwa zarejestrowane przez centra krwiodawstwa (Pogłód i in., 2020):

- dokumentacja przetoczeń,
- personel uczestniczący,
- korzystanie z wyposażenia,
- przechowywanie krwi,
- organizacja i funkcjonowanie pracowni immunologii transfuzjologicznej,
- zdarzenia i reakcje poprzetoczeniowe,
- sprawozdawczość,
- Standardowe Procedury Operacyjne (SOP),
- zabieg przetaczania krwi,
- organizacja krwiolecznictwa w szpitalu,
- dokumentowanie pracy komitetów transfuzjologicznych.

Wykaz wszystkich dobrych praktyk i rozwiązań systemowych do zastosowania w pracy komitetu transfuzjologicznego, zaproponowanych przez IHiT, zawarto w Tabeli nr 5.

Tabela 5. Wykaz dobrych praktyk i rozwiązań systemowych w pracy komitetu transfuzjologicznego (Pogłód i in., 2020).

KOMITET TRANSFUZJOLOGICZNY – DOBRE PRAKTYKI I ROZWIĄZANIA SYSTEMOWE W PROWADZENIU DZIAŁALNOŚCI	
1.	Ujednolicenie wzoru rocznego sprawozdania z działalności komitetu transfuzjologicznego – wzór stanowi Załączniki nr 1 do omawianego Standardu Pracy Komitetu Transfuzjologicznego.
2.	Nastawienie na pracę zespołową.
3.	Otwarta komunikacja jako podstawa budowania kultury bezpieczeństwa.
4.	Właściwe przypisanie zadań, odpowiedzialności i uprawnień członkom komitetu.

Tabela 5. Wykaz dobrych praktyk i rozwiązań systemowych w pracy komitetu transfuzjologicznego (cd.)

5.	Regularne spotkania i dokumentowanie posiedzeń (nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy, dodatkowe spotkania w przypadku poważnych reakcji lub zdarzeń, zapraszanie min. 1 raz w roku przedstawiciela centrum krwiodawstwa na posiedzenie – omówienie współpracy i wyników kontroli).
6.	<p>Wskazanie zasad przetaczania krwi i jej składników wykorzystywanych podczas analizy prawidłowości stosowania składników krwi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zasada 1. Przetaczanie koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) • Zasada 2. Przetaczanie koncentratu krwinek płytkowych (KKP) • Zasada 3. Przetaczanie osocza i krioprecypitatu • Zasada 4. Przetaczanie koncentratu granulocytarnego (KG) • Zasada 5. Przetaczanie krwi w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia. Dobieranie krwi do pilnej transfuzji.
7.	Racjonalizacja i optymalizacja leczenia krwią poprzez wprowadzenie komputeryzacji i elektronicznej obsługi diagnostyczno-leczniczej pacjenta.
8.	Wykorzystanie programów maksymalnego zamawiania składników krwi – Maximal Surgical Blood Ordering System (MSBOS). Istotnym założeniem tego systemu jest stworzenie listy zabiegów operacyjnych wymagających „standardowego zamówienia” określonej liczby jednostek KKCz. Ocena wykorzystania KKCz jest prowadzona wyłącznie w oparciu o własne zużycie.
9.	<p>Wskazanie określonych, powszechnie stosowanych i akceptowalnych wskaźników jakości leczenia krwią, w tym służących do analizy zużycia krwi/strat krwi):</p> <ul style="list-style-type: none"> • liczba zamówionych składników krwi, • liczba wydanych składników krwi, • liczba przetoczonych składników krwi, • współczynnik: liczba wydanych do liczby przetoczonych składników krwi w określonej jednostce czasu (kwartalnie, rocznie), • współczynnik: liczba zamówionych do nieprzetoczonych składników krwi, • liczba przeterminowanych składników krwi, • liczba zniszczonych składników krwi, • liczba nieprawidłowo oznakowanych próbek z próbkami krwi do badań, • czas realizacji zamówień na składniki krwi, tj. czas upływający między złożeniem zamówienia na składnik krwi a rozpoczęciem jego przetoczenia w oddziale zamawiającym; jest to wskaźnik dość trudny do uzyskania, ale istotny zwłaszcza w protokołach masywnej transfuzji; należy podkreślić znaczenie tej zmiennej, która świadczy o tym, czy bank krwi właściwie realizuje zamówienia na krew, • przestrzeganie przez personel pielęgniarski i lekarski wytycznych przetaczania składników krwi, • okołooperacyjne przetaczanie krwi (nie jest zwykle raportowane, za wyjątkiem szpitali gdzie wprowadzono MSBOS), • ocena częstości stosowania urządzeń do śródoperacyjnego odzyskiwania krwi (<i>cell saver</i>), • ocena częstości wykorzystania innych urządzeń, np. służących do rozmrażania osocza, • ocena zasadności przetoczenia składnika krwi, • ocena szkolenia lekarzy odnośnie do wskazań do przetaczania i jego zasięgu; w ocenie tej można posłużyć się odpowiednimi testami, które wykażą, czy poprawił się stan wiedzy lekarzy dotyczącej krwiolecznictwa, • ocena szkolenia pielęgniarek, położnych i diagnostów,

Tabela 5. Wykaz dobrych praktyk i rozwiązań systemowych w pracy komitetu transfuzjologicznego (cd.)

	<ul style="list-style-type: none"> • współczynnik liczby przetoczonych KKCz do FFP (świeżo mrożone osocze) w masowych krwawieniach, • liczba transfuzji dokonanych bez wykorzystania danych laboratoryjnych (trudna, jeśli w szpitalu nie stosuje się elektronicznych zamówień); pewien odsetek wszystkich transfuzji, ustalony przez komitet transfuzjologiczny, powinien zostać bardziej szczegółowo skontrolowany w celu sprawdzenia, czy przestrzega się szpitalnych wytycznych, • współczynnik C:T, tj. liczby skrzyżowanych do liczby przetoczonych KKCz; dotychczas uważany za bardzo istotny parametr oceny gospodarki krwią, obecnie nieco kwestionowany, gdyż w nowoczesnych szpitalach może być stosowana procedura „type and screen” (komputerowe dobranie dawców dla biorcy), • ocena liczby i rodzaju niepożądanych zdarzeń i reakcji poprzetoczeniowych, • ocena incydentów związanych z zarządzaniem ryzykiem obejmujących dział transfuzjologii lub szpitalny bank krwi, • ocena działalności szkoleniowej przeprowadzonej w szpitalu od czasu ostatniego spotkania komitetu (liczba i tematyka przeprowadzonych szkoleń).
10.	Wykorzystywanie wyników prowadzonych analiz zużycia krwi i jej składników w opracowywaniu optymalnej metody wyznaczania poziomu zapasów składników krwi niezbędnych do zabezpieczenia bieżących potrzeb.
11.	Przykładowe modele planowania zaopatrzenia w krew i powszechnie stosowane składniki krwi: <ul style="list-style-type: none"> • model na podstawie średniego tygodniowego zużycia, • model na podstawie dziennego zużycia składników krwi, • model na podstawie oznaczania zapasów z losowego wyboru, • specjalne składniki krwi, • zapewnienie składników krwi do pilnej transfuzji, • bieżące planowanie zaopatrzenia w krew i jej składniki.
12.	Rekomendacje działań minimalizujących straty składników krwi.
13.	Nastawienie na współpracę komitetu transfuzjologicznego z bankiem krwi, pracownią immunologii transfuzjologicznej i szpitalem.
14.	Wytyczne nadzoru nad niepożądanymi zdarzeniami i reakcjami (zgłaszanie, rejestrowanie, analiza przyczyn, działania naprawcze).
15.	Opracowanie, wdrożenie i funkcjonowanie systemu jakości dotyczącego leczenia krwią jako dobra praktyka zarządzania w procesie leczenia krwią w szpitalu. Na system ten składać powinny się następujące elementy: <ul style="list-style-type: none"> • wyznaczenie roli i zadań komitetu transfuzjologicznego, • określenie roli i zadań lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią oraz personelu zaangażowanego w wykonywanie zabiegów przetaczania, • nadzór nad sprzętem, wyposażeniem, procesami i procedurami dotyczącymi krwiolecznictwa, • opracowanie Standardowych Procedur Operacyjnych (SOP) obejmujących procesy związane z przetaczaniem.

Tabela 5. Wykaz dobrych praktyk i rozwiązań systemowych w pracy komitetu transfuzjologicznego (cd.)

16.	<p>Wskazanie minimalnego zakresu standardowych procedur operacyjnych (SOP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • identyfikacja pacjenta oraz uprawnienia personelu wykonującego czynności związane z zabiegiem przetaczania, • pobieranie oraz oznakowanie próbek krwi i ich badanie, • przechowywanie krwi i jej składników, • zamawianie krwi i jej składników, • transport zewnętrzny i wewnętrzny, • wydawanie i krwi i jej składników, • wystąpienie niepożądanych zdarzeń i reakcji, • postępowanie z niewykorzystaną krwią i jej składnikami, • dokumentacja obejmująca wszystkie powyższe czynności, • sposób postępowania z pacjentami przed transfuzją, w czasie jej trwania i po niej, odpowiednio do objawów występujących u pacjenta, • użycie krwi i jej składników, • wskazania do stosowania specjalnych składników krwi, takich jak napromieniowane, pozbawione wirusa cytomegalii, dobierane w różnych układach grupowych, • sposób postępowania podczas pilnych i masywnych transfuzji, • stosowanie składników autologicznych, • sposób postępowania podczas transfuzji u szczególnych grup pacjentów, np. transfuzje do porodowe, u wcześniaków i noworodków, • sposób wykonywania kwalifikacji aparatury i sprzętu, np. chłodziarek, zamrażarek, urządzeń do rozmrażania osocza, oraz walidacji procesów związanych z krwiolecznictwem, np. przechowywanie poszczególnych składników krwi, • opis zadań wykonywanych przez lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią i komitet transfuzjologiczny, • opis wszystkich czynności dotyczących transfuzji (w jaki sposób pacjent jest informowany o zabiegu przetoczenia i jakie informacje związane z zabiegiem są mu udzielane, sposób identyfikacji pacjenta, kontroli wizualnej składników krwi, dopuszczalny czas przetaczania każdego składnika krwi, sposób postępowania z resztkami poprzetoczeniowymi lub niewykorzystanymi składnikami), • wzory wszystkich formularzy wykorzystywanych do dokumentowania czynności związanych z leczeniem krwią powinny stanowić załączniki do odpowiednich SOP, • wskazanie do opracowywania SOP w postaci diagramów blokowych – graficzne przedstawienie poszczególnych etapów procesów.
17.	<p>Ranga prawidłowego nadzoru nad dokumentami, regularnych szkoleń dla personelu szpitala i przeglądu systemu jakości związanego z leczeniem krwią – wykorzystanie auditu wewnętrznego jako skutecznego narzędzia wspierającego działalność komitetu transfuzjologicznego. Przegląd systemu jakości w obszarze leczenia krwią powinien mieć miejsce przynajmniej raz w roku. Należy dokumentować jego wyniki.</p>
18.	<p>Znaczenie promocji honorowego krwiodawstwa jako jedno z zadań pracy komitetu transfuzjologicznego oraz element współpracy z centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa.</p>

Obowiązek oceny stanu odżywienia pacjentów wynika bezpośrednio z zapisów dwóch dokumentów:

- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (§ 6.1),
- Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (ze zm.).

Zgodnie z tymi rekomendacjami świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej poddaje wszystkich świadczeniobiorców przyjmowanych do leczenia, z wyłączeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, przesiewowej ocenie stanu odżywienia (SGA lub NRS 2002 – u dorosłych, na siatkach wzrastania – u dzieci i młodzieży). Jest to zgodne z zasadami określonymi w *Standardach żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego* Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego (Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu, 2019) lub w przypadku dzieci, zgodne z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci (Książek, 2017). Dla zapewnienia skuteczności i efektywności wdrażania i utrzymywania powyższych rekomendacji w szpitalach powołuje się zespoły leczenia żywieniowego. Zgodnie z danymi Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu u około 30% pacjentów przyjmowanych do szpitala stwierdza się ryzyko związane z niedożywieniem, będące wskazaniem do podjęcia interwencji żywieniowej. Najbardziej narażeni na niedożywienie są pacjenci z nowotworami (średnio 30–90%), chorobami zapalnymi jelit (80%), chorobami układu oddechowego (45%) oraz osoby w podeszłym wieku (50%). Prawdopodobieństwo rozwoju niedożywienia wzrasta również u pacjentów neurologicznych, gdzie częstość występowania niedożywienia po udarze mózgu sięga nawet 62%, zwłaszcza jeśli był to udar krwotoczny lub w zakresie tylnego kręgu unaczynienia – w tych przypadkach częściej występują objawy nasilonej dysfagii (zaburzeń połykania). Wśród pacjentów neurologicznych na niedożywienie, częściej niż inni, narażone są także osoby z chorobą Parkinsona (nawet 80% chorych), stwardnieniem zanikowym bocznym i zespołami otępiennymi (występują tu zaburzenia odczuwania głodu i pragnienia). Mając na uwadze powyższe, odżywianie pacjentów w szpitalach powinno być nieodłączną częścią postępowania terapeutycznego. Pacjent źle odżywiany praktycznie nie ma szans na poprawę stanu ogólnego, obniża się jego odporność, a utrata masy ciała i osłabienie mięśni znacznie redukują sprawność fizyczną.

Podmioty lecznicze, które zawarły ze świadczeniodawcą (NFZ) umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych (dotyczy szpitali, zgodnie z zapisami Art. 21 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) są zobowiązane do powołania zespołu oceny przyjęć. Ustawa rekomenduje główne zadania zespołu, podaje także pożądany skład osobowy:

- lekarz specjalista w specjalności zabiegowej (jeżeli w danym podmiocie funkcjonują tacy specjaliści),
- lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej,
- pielęgniarka naczelną, a w razie jej braku – inna pielęgniarka albo położna,
- opcjonalnie – przedstawiciel rady społecznej (dotyczy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej albo jednostek budżetowych).

Ustawa zobowiązuje również dyrekcję/zarząd szpitala do wyznaczenia przewodniczącego zespołu oraz uszczegółowienia trybu jego pracy. W przypadku gdy w danym podmiocie leczniczym funkcjonuje zespół zarządzania jakością, spełniający powyższe wymagania osobowe, może on przejąć zadania zespołu oceny przyjęć w szpitalu.

Na podstawie Art. 237 § 1 Kodeksu pracy pracodawca zatrudniający więcej niż 250 pracowników jest zobowiązany do powołania komisji bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP) spełniającej funkcję doradczą oraz opiniodawczą (Ustawa Kodeks pracy, 1974).

W skład komisji BHP wchodzi w równej liczbie przedstawiciele pracodawcy, w tym pracownicy służby BHP i lekarz sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, oraz przedstawiciele pracowników, w tym społeczny inspektor pracy. Przewodniczącym komisji BHP jest pracodawca lub osoba przez niego upoważniona, a wiceprzewodniczącym – społeczny inspektor pracy lub przedstawiciel pracowników (Ustawa Kodeks pracy, 1974).

Dalsze zapisy Kodeksu pracy uszczegółwiają zadania komisji BHP: częstotliwość posiedzeń realizowanych w ramach godzin pracy nie rzadziej niż raz na kwartał, możliwość zasięgnięcia przez członków komisji ekspertyz lub opinii specjalistów spoza zakładu pracy w przypadkach uzgodnionych z pracodawcą i na jego koszt oraz tryb powoływania przedstawicieli pracowników do składu komisji przez organizacje związkowe lub w przypadku ich braku – przez pracowników w sposób przyjęty w organizacji.

WYMAGANIA PRAWNE WZGLĘDEM OBOWIĄZKU POWOŁANIA, FUNKCJONOWANIA I SPRAWOZDAWCZOŚCI POSZCZEGÓLNYCH KOMITETÓW I ZESPOŁÓW PROBLEMOWYCH

Zestawienie wymagań prawnych, na mocy których powołanie poszczególnych komitetów i zespołów problemowych jest w sposób pośredni lub bezpośredni obligatoryjne dla podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, przedstawia Tabela 6.

Tabela 6. Podstawy prawne obligujące podmioty lecznicze do powołania poszczególnych komitetów i zespołów zadaniowych w szpitalach.

OBSZAR FUNKCJONALNY KOMITETU/ZESPOŁU	PODSTAWA PRAWNA POWOŁANIA I FUNKCJONOWANIA
Kontrola zakażeń szpitalnych	Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008 Nr 234, poz. 1570 ze zm.) – art. 14
Transfuzjologia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – Rozdział 2, § 8.1 (dotyczy podmiotów leczniczych, w których krew i jej składniki są przetaczane w więcej niż czterech jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu)
Żywnienie pacjentów	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – § 6.1 Zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne (ze zm.)
Ocena przyjęć	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2004. Nr 210, poz.2135 ze zm.) – Art. 21 (obowiązek powołania zespołu oceny przyjęć odnosi się do podmiotów leczniczych, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ – dotyczy szpitali)
Bezpieczeństwo i higiena pracy	Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy – Art. 237 (Dz.U. Nr 1974, poz. 24.141, ze zm.)

ZALECENIA KONSULTANTÓW, WYMAGANIA AKREDYTACYJNE I NORM ISO W ODNIESIENIU DO ZADAŃ KOMITETÓW I ZESPOŁÓW PROBLEMOWYCH

Wykaz zaleceń konsultantów krajowych, wymagań akredytacyjnych i norm ISO w odniesieniu do zadań poszczególnych komitetów i zespołów problemowych przedstawia Tabela 7.

Tabela 7. Zalecenia konsultantów, wymagania akredytacyjne i norm ISO w odniesieniu do zadań poszczególnych komitetów i zespołów zadaniowych w szpitalach.

OBSZAR FUNKCJONALNY KOMITETU/ZESPOŁU	ZALECENIA, STANDARDY AKREDYTACYJNE, WYMAGANIA NORM ISO
Kontrola zakażeń szpitalnych	<ul style="list-style-type: none"> • Standardy akredytacyjne: <ul style="list-style-type: none"> – KZ Kontrola zakażeń: <ul style="list-style-type: none"> → KZ 1 W szpitalu prowadzi się działania redukujące ryzyko zakażeń → KZ 1.1 Efektywne funkcjonowanie zespołu i komitetu ds. kontroli zakażeń
	<ul style="list-style-type: none"> • Normy ISO (odpowiednio 9001/14001/ 27001/ 45001): <ul style="list-style-type: none"> – Punkt 7. Wsparcie <ul style="list-style-type: none"> 7.1 Zasoby <ul style="list-style-type: none"> 7.1.6 Wiedza organizacji 7.3 Świadomość 7.4 Komunikacja – Punkt 8. Działania operacyjne – Punkt 9. Ocena efektów działania <ul style="list-style-type: none"> 9.1 Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena – Punkt 10. Doskonalenie <ul style="list-style-type: none"> 10.1/ 10.2 Niezgodności i działania korygujące 10.2/ 10.3 Ciągłe doskonalenie
Farmakoterapia/ antybiotykoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Standardy akredytacyjne: <ul style="list-style-type: none"> – FA Farmakoterapia: <ul style="list-style-type: none"> → FA 13 W szpitalu funkcjonuje zespół ds. farmakoterapii
	<ul style="list-style-type: none"> • Normy ISO (odpowiednio 9001/14001/ 27001/ 45001): <ul style="list-style-type: none"> – Punkt 7. Wsparcie <ul style="list-style-type: none"> 7.1 Zasoby <ul style="list-style-type: none"> 7.1.6 Wiedza organizacji 7.3 Świadomość 7.4 Komunikacja – Punkt 8. Działania operacyjne – Punkt 9. Ocena efektów działania <ul style="list-style-type: none"> 9.1 Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena – Punkt 10. Doskonalenie <ul style="list-style-type: none"> 10.1/ 10.2 Niezgodności i działania korygujące 10.2/ 10.3 Ciągłe doskonalenie

Tabela 7. Zalecenia konsultantów, wymagania akredytacyjne i norm ISO... (cd.)

<p>Transfuzjologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Standardy akredytacyjne: <ul style="list-style-type: none"> – FA Farmakoterapia: <ul style="list-style-type: none"> → FA 10 W szpitalu opracowano procedurę stosowania preparatów krwiopochodnych → FA 11 Niepożądane działania stosowanych leków i preparatów krwiopochodnych są dokumentowane → FA 12 W szpitalu wdrożono procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi – LA – Laboratorium <ul style="list-style-type: none"> → LA 8 W szpitalu wdrożono procedurę sprawdzania krwi, poza bankiem krwi, przed transfuzją
	<ul style="list-style-type: none"> • Standard Pracy Komitetu Transfuzjologicznego – Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Narodowego Centrum Krwi oraz Ministerstwa Zdrowia
	<ul style="list-style-type: none"> • Normy ISO (odpowiednio 9001/14001/ 27001/ 45001): <ul style="list-style-type: none"> – Punkt 7. Wsparcie <ul style="list-style-type: none"> 7.1 Zasoby <ul style="list-style-type: none"> 7.1.6 Wiedza organizacji 7.3 Świadomość 7.4 Komunikacja – Punkt 8. Działania operacyjne – Punkt 9. Ocena efektów działania 9.1 Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena <ul style="list-style-type: none"> – Punkt 10. Doskonalenie <ul style="list-style-type: none"> 10.1/ 10.2 Niezgodności i działania korygujące 10.2/ 10.3 Ciągłe doskonalenie
<p>Jakość i skuteczność leczenia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Standardy akredytacyjne: <ul style="list-style-type: none"> – PJ Poprawa Jakości: <ul style="list-style-type: none"> → PJ 1.2 W szpitalu funkcjonuje zespół ds. jakości
	<ul style="list-style-type: none"> • Normy ISO (odpowiednio 9001/14001/ 27001/ 45001): <ul style="list-style-type: none"> – Punkt 7. Wsparcie <ul style="list-style-type: none"> 7.1 Zasoby <ul style="list-style-type: none"> 7.1.6 Wiedza organizacji 7.3 Świadomość 7.4 Komunikacja – Punkt 8. Działania operacyjne – Punkt 9. Ocena efektów działania 9.1 Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena <ul style="list-style-type: none"> – Punkt 10. Doskonalenie <ul style="list-style-type: none"> 10.1/ 10.2 Niezgodności i działania korygujące 10.2/ 10.3 Ciągłe doskonalenie

Tabela 7. Zalecenia konsultantów, wymagania akredytacyjne i norm ISO... (cd.)

<p>Etyka</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Standardy akredytacyjne: <ul style="list-style-type: none"> – ZO Zarządzanie Ogólne: <ul style="list-style-type: none"> → ZO 8 W szpitalu wdrożono mechanizmy rozwiązywania zagadnień etycznych
	<ul style="list-style-type: none"> • Normy ISO (odpowiednio 9001/14001/ 27001/ 45001): <ul style="list-style-type: none"> – Punkt 7. Wsparcie <ul style="list-style-type: none"> 7.1 Zasoby <ul style="list-style-type: none"> 7.1.6 Wiedza organizacji 7.3 Świadomość 7.4 Komunikacja – Punkt 8. Działania operacyjne – Punkt 9. Ocena efektów działania <p>9.1 Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena</p> <ul style="list-style-type: none"> – Punkt 10. Doskonalenie <ul style="list-style-type: none"> 10.1/ 10.2 Niezgodności i działania korygujące 10.2/ 10.3 Ciągłe doskonalenie
	<ul style="list-style-type: none"> • Rekomendacje: Marek Czarkowski, <i>Jak zakładać szpitalne komisje etyczne</i> (Czarkowski, 2010)
<p>Żywnienie pacjentów</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Standardy akredytacyjne: <ul style="list-style-type: none"> – OS Ocena stanu pacjenta: <ul style="list-style-type: none"> → OS 5.7 Ocena potrzeb żywieniowych każdego pacjenta
	<ul style="list-style-type: none"> • Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego (Kłęk i in., 2019) Polskiego Towarzystwa Żywnienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu 2019 • Standardy Leczenia Żywieniowego w Pediatrii (Książyk, 2017)
	<ul style="list-style-type: none"> • Normy ISO (odpowiednio 9001/14001/ 27001/ 45001): <ul style="list-style-type: none"> – Punkt 7. Wsparcie <ul style="list-style-type: none"> 7.1 Zasoby <ul style="list-style-type: none"> 7.1.6 Wiedza organizacji 7.3 Świadomość 7.4 Komunikacja – Punkt 8. Działania operacyjne – Punkt 9. Ocena efektów działania <p>9.1 Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena</p> <ul style="list-style-type: none"> – Punkt 10. Doskonalenie <ul style="list-style-type: none"> 10.1/ 10.2 Niezgodności i działania korygujące 10.2/ 10.3 Ciągłe doskonalenie

Tabela 7. Zalecenia konsultantów, wymagania akredytacyjne i norm ISO... (cd.)

<p>Zgony</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Standardy akredytacyjne: <ul style="list-style-type: none"> – PJ Poprawa Jakości: <ul style="list-style-type: none"> → PJ 2.2 W szpitalu regularnie analizuje się przyczyny zgonów pacjentów → PJ 2.3 W szpitalu regularnie analizuje się przyczyny zgonów okołoperacyjnych
	<ul style="list-style-type: none"> • Normy ISO (odpowiednio 9001/14001/ 27001/ 45001): <ul style="list-style-type: none"> – Punkt 7. Wsparcie <ul style="list-style-type: none"> 7.1 Zasoby <ul style="list-style-type: none"> 7.1.6 Wiedza organizacji 7.3 Świadomość 7.4 Komunikacja – Punkt 8. Działania operacyjne – Punkt 9. Ocena efektów działania 9.1 Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena <ul style="list-style-type: none"> – Punkt 10. Doskonalenie <ul style="list-style-type: none"> 10.1/ 10.2 Niezgodności i działania korygujące 10.2/ 10.3 Ciągłe doskonalenie
<p>Ocena przyjęć</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normy ISO (odpowiednio 9001/14001/ 27001/ 45001): <ul style="list-style-type: none"> – Punkt 7. Wsparcie <ul style="list-style-type: none"> 7.1 Zasoby <ul style="list-style-type: none"> 7.1.6 Wiedza organizacji 7.3 Świadomość 7.4 Komunikacja – Punkt 8. Działania operacyjne – Punkt 9. Ocena efektów działania <ul style="list-style-type: none"> 9.1 Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena – Punkt 10. Doskonalenie <ul style="list-style-type: none"> 10.1/ 10.2 Niezgodności i działania korygujące 10.2/ 10.3 Ciągłe doskonalenie
<p>Bezpieczeństwo i higiena pracy</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Norma ISO 45001: <ul style="list-style-type: none"> – Punkt 5. Przywództwo i współdziałanie pracowników <ul style="list-style-type: none"> 5.1. Przywództwo i zaangażowanie 5.1 m) wspieranie tworzenia i funkcjonowania komisji zajmujących się bezpieczeństwem i higieną pracy – Punkt 7. Wsparcie <ul style="list-style-type: none"> 7.1 Zasoby 7.3 Świadomość 7.4 Komunikacja – Punkt 8. Działania operacyjne – Punkt 9. Ocena efektów działania <ul style="list-style-type: none"> 9.1 Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena efektów działania <ul style="list-style-type: none"> 9.1.2 Ocena zgodności – Punkt 10. Doskonalenie <ul style="list-style-type: none"> 10.2 Incydenty, niezgodności i działania korygujące 10.3 Ciągłe doskonalenie

Tabela 7. Zalecenia konsultantów, wymagania akredytacyjne i norm ISO... (cd.)

	<ul style="list-style-type: none">• Normy ISO (odpowiednio 9001/14001/ 27001):<ul style="list-style-type: none">– Punkt 7. Wsparcie<ul style="list-style-type: none">7.1 Zasoby7.1.6 Wiedza organizacji7.3 Świadomość7.4 Komunikacja– Punkt 8. Działania operacyjne– Punkt 9. Ocena efektów działania<ul style="list-style-type: none">9.1 Monitorowanie, pomiary, analiza i ocena– Punkt 10. Doskonalenie<ul style="list-style-type: none">10.1/ 10.2 Niezgodności i działania korygujące10.2/ 10.3 Ciągłe doskonalenie
--	---

Reasumując, potrzeba tworzenia w szpitalach poszczególnych komitetów, zespołów i komisji problemowych/zadaniowych i ich współdziałania jest ogromna. Praca zespołowa jest gwarancją wszechstronności i rzetelności w podejściu do działań nakierowanych na szeroko rozumiane bezpieczeństwo oraz jakość opieki zdrowotnej. W następnych rozdziałach niniejszej rozprawy zostaną przedstawione rezultaty czynności podejmowanych przez komitety i zespoły w wybranych szpitalach województwa łódzkiego, ze szczególnym uwzględnieniem przeszkód w sprawnej realizacji przypisanych im zadań, odpowiedzialności i uprawnień.

2. Materiały i metody

2.1. Cele pracy

Cel główny: opracowanie modeli dobrych praktyk i rozwiązań systemowych dla sprawnego i skutecznego wdrażania oraz utrzymywania wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w podmiotach leczniczych.

Cele szczegółowe:

- ocena 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,
- identyfikacja czynników wpływających na przygotowanie i zaawansowanie procesu wdrożenia poszczególnych wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w obszarze funkcjonalnym komitetów i zespołów problemowych,
- wskazanie różnic i podobieństw w zastosowaniu poszczególnych wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w obszarze funkcjonalnym komitetów i zespołów problemowych w podmiotach leczniczych województwa łódzkiego.

2.2. Opis badania pilotażowego

Do badania pilotażowego zrealizowanego w II kwartale 2018 roku zaproszono 15 podmiotów leczniczych z województwa łódzkiego, z czego 13 podlegało samorządowi województwa łódzkiego. Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne, choć rekomendowane przez Departament Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi. Ostatecznie udział wzięło 12 podmiotów, z czego 1 bez opisanej powyżej podległości. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety kierowany do pełnomocników ds. systemów zarządzania i/lub osób odpowiedzialnych/zarządzających w przedmiotowym zakresie. Wybór grupy docelowej został podyktowany doświadczeniem i obserwacją autorów w trakcie pracy w podmiotach leczniczych i przekonaniem, że pełnomocnicy są osobami najbardziej

kompetentnymi w omawianym obszarze jego działalności. Zgodnie z definicją pełnomocnicy posiadają uprawnienia do działania w imieniu podmiotu leczniczego, w którym są zatrudnieni, i ze skutkiem prawnym dla niego. To powoduje, że są bezpośrednio odpowiedzialni za powierzone im działania, a w strukturze organizacyjnej umieszcza się ich w gronie najwyższego kierownictwa. W zależności od wielkości danego podmiotu leczniczego, złożoności realizowanych procesów oraz procedur odpowiedzialność za wdrożenie i przede wszystkim utrzymanie systemu jakości spoczywa na pełnomocniku i osobach, które zostały przez niego powołane. Doświadczony i świadomy pełnomocnik powinien angażować dyrekcję i najwyższe kierownictwo do działań na rzecz jakości, a także korzystać z wiedzy i doświadczenia komitetów i zespołów problemowych. Istota powoływanego komitetu bądź zespołu ds. jakości jest najlepszym dowodem na to, że tylko praca zespołowa może przynieść wymierne korzyści w tym obszarze.

Ankieta podzielona na 9 obszarów tematycznych:

- Część I. Komitety i Zespoły problemowe w jednostce
- Część II. Analizy prowadzone w jednostce
- Część III. Uwagi i zalecenia pokontrolne dla jednostki ze strony zewnętrznych organów kontrolnych oraz oceniających
- Część IV. Ocena współpracy z innymi podmiotami
- Część V. Ocena poszczególnych obszarów funkcjonowania danej jednostki
- Część VI. Systemy zarządzania i akredytacja w jednostce
- Część VII. Systemy informatyczne i polityka bezpieczeństwa informacji w jednostce
- Część VIII. Wiedza nt. organizacji
- Część IX. Uwagi dodatkowe

Respondenci w odpowiedzi na pytania oceniające mieli do wyboru 5-stopniową skalę (1 – zdecydowanie się nie zgadzam, 2 – nie zgadzam się, 3 – ani się zgadzam, ani się nie zgadzam, 4 – zgadzam się, 5 – zdecydowanie się zgadzam lub: 1 – bardzo źle, 2 – źle, 3 – zadowolająco, 4 – dobrze, 5 – bardzo dobrze). W pytaniach o fakty do wyboru były odpowiedzi „tak” i „nie”, część pytań umożliwiała opisową formę odpowiedzi. Respondentów poproszono także o wskazanie wartości mierników jakości, takich jak reoperacje, readmisje, przedłużone pobyty, błędy i pomyłki lekarskie, powikłania, incydenty medyczne i inne. Każdy z 9 obszarów tematycznych kończył się możliwością wskazania dodatkowych uwag, spostrzeżeń czy komentarzy ze strony ankietowanego. Ponadto respondenci w sposób opisowy przedstawili uwagi i zalecenia pokontrolne od następujących organów kontrolujących/oceniających ich organizację:

1. Inspektorat Sanitarny
2. Inspektorat Pracy
3. Inspektorat Farmaceutyczny
4. Państwowa Agencja Atomistyki
5. Narodowy Fundusz Zdrowia
6. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa
7. Inspektorat Ochrony Danych Osobowych
8. Inspektorat Ochrony Środowiska
9. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
10. Jednostki certyfikujące systemy zarządzania

Na podstawie badania pilotażowego przeprowadzono niezbędną modyfikację narzędzia badawczego – kwestionariusza ankiety (opracowanie kwestionariusza wywiadu poszerzonego o dalsze elementy dotyczące komitetów i zespołów oraz prowadzonych analiz).

2.3. Opis badania głównego

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 3.12.2019, okres obowiązywania wykazu: 1.10.2017–30.06.2021).

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 szczególności dodano nowe zagadnienia do Części I – zobligowano respondentów do podania przynajmniej jednego przykładu skutecznego wdrożenia wniosku/wniosków z prowadzonych działań oraz tematyki realizowanych szkoleń dla personelu. Poza tym pytano o:

- średnią liczbę szkoleń realizowanych w ciągu roku w danym obszarze funkcjonalnym komitetu/zespołu problemowego,
- frekwencję na szkoleniach,
- ocenę skuteczności zrealizowanych szkoleń.

Część II uzupełniono o możliwość przedstawienia dodatkowych informacji i uwag w zakresie:

- metod zbierania danych do analiz prowadzonych w podmiocie leczniczym,
- podania przykładu skutecznego wdrożenia wniosku/wniosków ze zrealizowanych analiz,
- spostrzeżeń do prowadzonych analiz.

Następnych modyfikacji dokonano w Części VII poprzez dodanie następujących elementów:

- wskazanie najczęstszych problemów związanych z funkcjonującymi systemami informatycznymi w szpitalu,
- wskazanie oczekiwań respondentów związanych z informatyzacją danego podmiotu leczniczego.

Zrezygnowano z Części VIII (Wiedza nt. organizacji), która była elementem jedynie badania pilotażowego. Ta część badania była skierowana do osób pełniących funkcje kierownicze w obszarze jakości (pełnomocnicy/zarządzający), których wiedza o organizacji, a także wpływ na jej funkcjonowanie, organizację i rozwój są oczywiste.

W rezultacie powyższych modyfikacji kwestionariusz ankiety/wywiadu został podzielony następująco:

- Część I. Komitety i Zespoły problemowe w szpitalu
- Część II. Analizy prowadzone w szpitalu
- Część III. Uwagi i zalecenia pokontrolne dla szpitala ze strony zewnętrznych organów kontrolnych oraz oceniających
- Część IV. Ocena współpracy z innymi podmiotami
- Część V. Ocena poszczególnych obszarów funkcjonowania szpitala
- Część VI. Systemy zarządzania i akredytacja w szpitalu
- Część VII. Systemy informatyczne i polityka bezpieczeństwa informacji w szpitalu
- Część VIII. Uwagi dodatkowe

Respondenci mieli do dyspozycji te same skale odpowiedzi (zarówno w pytaniach oceniających, jak i w pytaniach o fakty) co w badaniu pilotażowym. Ponownie poproszono ich o wskazanie wartości mierników jakości, takich jak reoperacje, readmisje, przedłużone pobyty, błędy i pomyłki lekarskie, powikłania, incydenty medyczne i inne. Większość z ośmiu obszarów tematycznych kończyła się możliwością wpisania dodatkowych uwag. Ponadto respondenci w sposób opisowy przedstawili uwagi i zalecenia pokontrolne od tych samych organów kontrolujących/oceniających, które wskazano w badaniu pilotażowym.

Ze względu na wyjątkową i bardzo trudną sytuację epidemiologiczną spowodowaną pandemią COVID-19 badanie zrealizowano w dwóch turach: w lutym 2021 r. (10 szpitali – 6 wywiadów i 4 ankiety) oraz w czerwcu 2021 r. (10 szpitali – 4 wywiady i 6 ankiet). Łącznie przeprowadzono 10 wywiadów i zgromadzono 10 ankiet. Badanie w całości zrealizowano zdalnie, za pośrednictwem dostępnych narzędzi komunikacji na odległość (wywiady telefoniczne, przesłanie wypełnionych ankiet za pośrednictwem Internetu).

Badanie umożliwiło porównanie zebranych danych (w tym problemów zarządczych) szpitali, które wyraziły zgodę na udział w nim (20 szpitali z 34 uprawnionych) i w dalszej kolejności stało się

podstawą do opracowania modeli dobrych praktyk i rozwiązań systemowych dla sprawnego i skutecznego wdrażania oraz utrzymywania wymagań prawnych, akredytacji oraz norm ISO w podmiotach leczniczych.

2.4. Metody analizy statystycznej

W przypadku badania pilotażowego dane pochodzące ze wszystkich zebranych ankiet wprowadzono 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).

W odniesieniu do badania głównego dane pochodzące ze wszystkich zebranych ankiet i przeprowadzonych wywiadów wprowadzono 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), średnie arytmetyczne z odchyleniem standardowym oraz mediany. Ponadto do pomiaru siły związku między cechą wyrażoną na skali przedziałowo-ilorazowej (zmienną ciągłą) a nominalnej (zmienną dychotomiczną) zastosowano współczynnik korelacji punktowo-dwuseryjnej – r_{pbi} .

3. Wyniki

3.1. Wyniki badania pilotażowego

Na zaproszenie do wzięcia udziału w badaniu pilotażowym odpowiedziało 11 z 13 podmiotów podległych samorządowi województwa łódzkiego (SWŁ) oraz jeden z dwóch bez opisanej podległości, co daje łącznie 12 szpitali. W toku zebranych danych ustalono, że tylko cztery jednostki podległe SWŁ posiadają aktualny Certyfikat Akredytacyjny, natomiast wszystkie z nich mają wdrożony i certyfikowany system zarządzania jakością na zgodność z normą ISO 9001. Analizie poddano wszystkie odpowiedzi uzyskane w badaniu ankietowym, żadna ankieta nie została wykluczona z badania. W niniejszym podrozdziale przedstawiono tylko te wnioski, które w sposób istotny wpłynęły na kształt badania głównego. Szczegóły i pełna analiza badania pilotażowego została opublikowana w artykule pt. *Ocena stopnia przygotowania i zaawansowania procesu wdrożenia poszczególnych wymagań prawnych, akredytacji i innych standardów jakości w jednostkach ochrony zdrowia podległych samorządowi województwa łódzkiego* (Kaniecka i in., 2017).

W odniesieniu do zebranych w toku badania pilotażowego uwag, spostrzeżeń i informacji dodatkowych, w aspekcie oceny pracy i funkcjonowania poszczególnych komitetów i zespołów, respondenci wskazali szereg braków i trudności, m.in. problemy z aktywizacją pracy niektórych komitetów i zespołów oraz z prowadzeniem analiz na podstawie danych zebranych ze szpitala (dane niekompletne, niesystematycznie gromadzone, z wielu niespójnych źródeł, częste ograniczanie analiz wyłącznie do danych statystycznych), małą liczbę szkoleń tematycznych, brak zaangażowania lekarzy w pracę poszczególnych komitetów/zespołów, nieregularność spotkań, brak realizacji określonych programów działania, brak raportów ze spotkań oraz inicjowania i wdrażania działań doskonalących.

Poniżej zebrano najważniejsze wnioski z przeprowadzonego badania pilotażowego, wskazujące główne obszary do opracowania wspólnych dobrych praktyk postępowania:

- komitety i zespoły problemowe powoływane w związku z wymaganiami stosownych przepisów prawa lub innych zaleceń czy wytycznych organów decyzyjnych zderzają się z szeregiem problemów organizacyjnych, dotyczących w głównej mierze prowadzonych analiz – ich kompletności oraz wdrażania niezbędnych działań naprawczych i doskonalących (dotyczy to głównie zespołów leczenia żywieniowego oraz analiz w obszarze prowadzonych zabiegów,

znieczuleń i odległych skutków zabiegów), a także kwestii realizowanych szkoleń tematycznych;

- analizy prowadzone w poszczególnych obszarach, dotyczące w dużej mierze mierników jakości, w tym tak istotnych jak zdarzenia niepożądane, są gromadzone nieregularnie, nie są także kompletne, nierzadko stanowią wyłącznie zgromadzone dane statystyczne, a ewentualne wnioski z nich wypływające najczęściej nie powodują wdrożenia stosownych działań naprawczych czy doskonalących;
- istnieje ogromna różnorodność przyjętych metod, zarówno przy definiowaniu zakresu zbieranych danych, sposobu ich gromadzenia, jak i w rezultacie realizacji konkretnych analiz;
- zaledwie połowa ankietowanych jednostek posiada systemy informatyczne wspomagające gromadzenie danych, ponadto nie wszystkie jednostki posiadają systemy zintegrowane i zapewniające sprawną wymianę informacji, co zdecydowanie nie sprzyja rozwojowi idei informatyzacji w ochronie zdrowia;
- w odniesieniu do części poświęconej uwagom i zaleceniom pokontrolnym szczególną uwagę zwrócono na te przekazywane przez NFZ – nieprawidłowości w dokumentacji medycznej oraz nieprawidłowości w rozliczeniach poszczególnych świadczeń. Zgodnie z raportem NIK placówki medyczne nie przykładają wystarczającej wagi i nie dokładają należytej staranności do prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów, choć są to dokumenty wpływające na przebieg leczenia, postępowania sądowe czy rozliczenia z NFZ. Istotne mogą okazać się tutaj regularne szkolenia z wymagań prawnych w przedmiotowym zakresie, a następnie badanie ich efektywności – dotyczące ujednolicenia narzędzi i ocen oraz standardów czy możliwości funkcjonalnych wykorzystywanych systemów informatycznych do prowadzenia dokumentacji medycznej elektronicznie, i to sięgając nawet do programów studiów medycznych i wplatając w nie podstawy dotyczące wymagań prawnych dla dokumentacji medycznej czy prawidłowości rozliczeń poszczególnych świadczeń, a także obowiązujących standardów opieki, tak aby personel medyczny rozpoczynający pracę w ochronie zdrowia był absolutnie świadomy zakresu zadań, odpowiedzialności i uprawnień oraz wszelkich konsekwencji wynikających z ich nieprzestrzegania.

3.2. Wyniki badania głównego

Do badania zaproszono wszystkie podmioty lecznicze (34) włączone 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 3.12.2019, okres obowiązywania wykazu od 1.10.2017 r. do 30.06.2021 r.). Zgodę na udział w badaniu wyraziło 20 zakwalifikowanych podmiotów leczniczych (58,8%). Ponadto 11 szpitali, od których uzyskano dane, posiadało Certyfikat Akredytacyjny Ministra Zdrowia, a 16 z nich miało wdrożony i certyfikowany system zarządzania jakością zgodny z normą ISO 9001. Dodatkowo 6 szpitali posiadało certyfikat potwierdzający skuteczne wdrożenie systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji według normy ISO/IEC 27001 przy 8 jednostkach potwierdzających implementację przedmiotowego systemu w organizacji. Deklarowane wdrożenie innych systemów dotyczy programu „Szpital bez bólu” oraz PPS HAI&AU (Badanie Punktowe Występowania Zakażeń Związanych z Opieką Zdrowotną i Stosowania Antybiotyków w Szpitalach Pracujących w Systemie Ostrego Dyżuru).

W odniesieniu do podziału szpitali według systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej obowiązującego w dniu 1.10.2019 w badaniu wzięły udział szpitale zakwalifikowane do poziomów: I stopnia (7 z 13 szpitali), II stopnia (3 z 8 szpitali), III stopnia (3 z 5 szpitali), szpitale ogólnopolskie (5 z 6 szpitali) oraz pulmonologiczne lub onkologiczne (2 z 2 szpitali).

3.2.1. Komitety i Zespoły problemowe

Celem części I opracowanego narzędzia badawczego było zebranie informacji dotyczących tego, które spośród badanych komitetów i zespołów problemowych funkcjonują w danym szpitalu oraz jak wygląda organizacja i zakres ich pracy.

Wskazane zakresy funkcjonalne komitetów/zespołów są takie same jak w trakcie badania pilotażowego:

- zakażenia szpitalne,
- farmakoterapia,
- antybiotykoterapia,
- transfuzjologia,
- jakość,
- etyka,
- żywienie,
- zgony.

Zgodnie z zebranymi wynikami wszystkie badane szpitale (20) powołują w swoich strukturach poszczególne gremia, jednak dominują te wymagane przepisami prawa oraz standardami akredytacyjnymi, szczególnie:

- komitet i zespół kontroli zakażeń szpitalnych – 19/20 (95%)
- komitet i zespół ds. jakości – 17/20 (85%)
- komitet transfuzjologiczny – 16/20 (80%)
- komitet i zespół ds. farmakoterapii – 16/20 (80%)
- komitet i zespół ds. antybiotykoterapii – 15/20 (75%)
- komitet i zespół ds. etyki – 15/20 (75%)
- komitet i zespół ds. żywienia – 15/20 (75%)
- komitet i zespół ds. zgonów – 13/20 (65%).

Ponadto zapytano respondentów o następujące elementy związane z działalnością poszczególnych komitetów i zespołów i ich subiektywną ocenę:

- Czy posiada jasno określony program działania?
- Czy spotyka się regularnie w przyjętych czasookresach?
- Czy wypracowuje procedury i modele postępowania?
- Czy prowadzi regularne analizy w swoim obszarze?
- Czy informuje na bieżąco o rezultatach swoich analiz?
- Czy wdraża działania wynikające z prowadzonych analiz?
- Czy stanowi ciało doradcze dla pracowników jednostki?
- Czy realizuje cykliczne szkolenia tematyczne?

W porównaniu do badania pilotażowego rozszerzono tę część i poproszono respondentów o podanie dodatkowo:

- przynajmniej jednego przykładu skutecznego wdrożenia wniosków z działań prowadzonych przez dany komitet/zespół,
- tematyki realizowanych cyklicznie szkoleń,
- średniej liczby szkoleń realizowanych w ciągu roku kalendarzowego przez dany komitet/zespół,
- frekwencji na szkoleniach,
- oceny skuteczności szkoleń.

Rezultaty przeprowadzonej oceny przedstawia poniżej rycina (skala: 1 – zdecydowanie się nie zgadzam, 2 – nie zgadzam się, 3 – nie mam zdania, 4 – zgadzam się, 5 – zdecydowanie się zgadzam).



Rycina 2. Ocena poszczególnych aspektów działalności komitetów i zespołów w szpitalach.

Zebrane wyniki wskazują, że w opinii respondentów:

- komitety i zespoły pracują według określonego programu działania (średnia ocen między 4,40 dla transfuzjologii a 4,79 dla żywienia pacjentów; mediana 5),
- średnia ocen dla regularności spotkań waha się między 3,53 dla etyki a 4,37 dla kontroli zakażeń, przy czym w przypadku komitetów i /zespołów ds. etyki, żywienia, transfuzjologii i farmakoterapii respondenci deklarują brak posiadania zdania w tym aspekcie (ocena 3); mediana 4,
- komitety i zespoły wypracowują procedury i modele postępowania (średnia ocen między 3,64 dla etyki a 4,68 dla kontroli zakażeń; mediana 4),
- ocena regularności prowadzonych analiz wynosi między 3,27 dla etyki a 4,53 dla kontroli zakażeń; mediana 5 dla zakażeń i 4 dla pozostałych komitetów i zespołów,
- komitety i zespoły informują o rezultatach swoich analiz (średnia ocen między 3,27 dla etyki, a 4,39 dla kontroli zakażeń; mediana 4),
- średnia ocen dla wdrażania rozwiązań na podstawie wysuniętych wniosków z prowadzonych działań oscyluje między 3,27 dla etyki a 4,26 dla zakażeń; mediana 4, przy czym respondenci tylko dla komitetu i zespołu ds. zakażeń oraz dla jakości ocenili ten aspekt na 4, reszta nie ma zdania wskazując ocenę 3,
- średnia ocen dla postrzegania danego komitetu czy zespołu jako ciała, gremium doradczego wynosi między 3,64 dla żywienia i zgonów a 4,47 dla zakażeń; mediana 5 dla zakażeń i 4 dla reszty komitetów i zespołów,
- średnia ocen dla realizacji cyklicznych szkoleń tematycznych waha się między 2,60 dla farmakoterapii a 4,35 dla kontroli zakażeń; mediana 4 dla zakażeń i jakości oraz 3 dla pozostałych, przy czym jedynie dla zakażeń respondenci zgodzili się z przedmiotowym stwierdzeniem, natomiast nie zgodzili się z tym faktem względem farmakoterapii, zgonów i etyki,
- w odniesieniu do oceny skuteczności szkoleń średnia ocen wyniosła od 3,17 dla zgonów do 3,92 dla zakażeń; mediana 4 z wyjątkiem żywienia i zgonów, gdzie mediana wyniosła 3.

Zliczając wskazane przez respondentów średnie liczby szkoleń realizowanych w ciągu roku w danym obszarze funkcjonalnym, wyniki kształtują się na poziomie:

- kontrola zakażeń – 11 szkoleń,
- farmakoterapia i antybiotykoterapia – 6 szkoleń,
- transfuzjologia – 5 szkoleń,
- jakość – 3 szkolenia (oraz deklarowane szkolenia bieżące dla np. nowo zatrudnionych pracowników czy realizowane w trakcie okresowych przeglądów zarządzania),

- etyka – 1,8 szkolenia,
- żywienie – 1,7 szkolenia,
- zgony – 1,6 szkolenia.

Najczęstsza tematyka organizowanych szkoleń dla poszczególnych obszarów funkcjonalnych badanych komitetów i zespołów problemowych to:

- dla kontroli zakażeń szpitalnych: ogólne szkolenia wstępne z zakresu epidemiologii dla nowo zatrudnionego personelu, higiena rąk (mycie i dezynfekcja) dla personelu medycznego, charakterystyka i profilaktyka zakażeń, w tym zapobieganie zakażeniom wewnątrzszpitalnym, metody leczenia i schematy postępowania w zakażeniach, przestrzeganie zasad i reżimu epidemiologicznego, zasady izolacji, rodzaje i prawidłowy sposób użycia środków ochrony indywidualnej (ŚOI), procedury postępowania COVID-19 – szkolenia dla personelu medycznego, w tym pomocniczego, postępowanie w przypadku wystąpienia zakażenia, przekazywanie informacji o aktualnie występujących zakażeniach, omawianie analiz, prawidłowa segregacja i postępowanie z odpadami medycznymi, szczepienia;
- dla farmakoterapii: receptariusz szpitalny i szpitalna lista leków, koncyliacje lekowe, poli-pragmazja, standardy farmakoprofilaktyki, zasady stosowania antybiotykoterapii, niepożądane działanie leków (powikłania polekowe), nadzór nad apteczkami oddziałowymi, prawidłowość wypełniania zapisów potwierdzających sprawowany nadzór, bezpieczeństwo farmakoterapii;
- dla antybiotykoterapii: stosowanie właściwej antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, wskazania do diagnostyki mikrobiologicznej, leczenie infekcji, szkolenia w temacie występowania nowych trendów leczenia antybiotykami, interakcje lekowe w oddziałach zabiegowych;
- dla transfuzjologii: leczenie krwią, przetaczanie krwi i jej składników, zapobieganie zdarzeniom niepożądanym i zgłaszanie ich, zmiany w przepisach prawa i nowe wytyczne IHiT, specjalistyczne szkolenia Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK), aktualizacje SOP Banku Krwi;
- dla jakości: prawa pacjenta, zmiany prawne, opieka psychologiczna dla rodzin pacjentów i personelu, systemy zarządzania ISO oraz akredytacja Ministra Zdrowia – wymagania i poprawa jakości w ochronie zdrowia, leczenie bólu, zapobieganie zdarzeniom niepożądanym i usługom niezgodnym, prowadzenie dokumentacji medycznej;
- dla etyki: kodeks etyki lekarskiej, prawa pacjenta, rozwiązywanie konfliktów pracowniczych i konfliktów z pacjentem, uporczywa terapia, transplantologia, śmierć w oddziałach;
- dla żywienia: aktualizacja obowiązujących procedur, wskazania do żywienia pozajelitowego, dożylnego, standardy żywienia pacjentów z różnego rodzaju schorzeniami, np. z cukrzycą, zdrowa dieta, opracowywanie diety;
- dla zgonów: zakażenia i zgony, zgony w onkologii, analizy i informacja zwrotna do oddziałów, zespół szybkiego reagowania w praktyce szpitala.

Należy wspomnieć, że respondenci nie potrafili jednoznacznie i precyzyjnie określić frekwencji personelu szpitala na poszczególnych szkoleniach (4 szpitale nie udzieliły żadnej informacji w tym zakresie), pozostałe udzieliły informacji niepełnej, bardzo ogólnej, definiując frekwencję jako wysoką, średnią i niską, jak poniżej:

- kontrola zakażeń – niska (3), średnia (3), wysoka (7),
- farmakoterapia – niska (0), średnia (3), wysoka (4),
- antybiotykoterapia – niska (1), średnia (1), wysoka (4),
- transfuzjologia – niska (2), średnia (1), wysoka (2),
- jakość – niska (1), średnia (1), wysoka (11),
- etyka – niska (0), średnia (3), wysoka (2),
- żywienie – niska (2), średnia (1), wysoka (0),
- zgony – niska (1), średnia (1), wysoka (0).

Wśród najczęstszych uwag i spostrzeżeń na temat pracy komitetów i zespołów problemowych znalazły się:

- konieczność zwiększenia współpracy i współdziałania w osiągnięciu celów i realizacji powierzonych zadań oraz nadzoru dyirekcji i najwyższego kierownictwa nad pracą powołanych komitetów i zespołów,
- niska aktywność członków oraz związana z tym konieczność zwiększenia zaangażowania poszczególnych osób w pracę i podejmowane działania, poprzez zastosowanie narzędzi motywacyjnych, takich jak dodatkowa gratyfikacja finansowa, wyznaczony czas pracy przeznaczony na działalność i zadania danego komitetu/zespołu (obecnie jest to utrudnione, bo zwykle są inne pilne, oddziałowe zadania do realizacji),
- konieczność regularnych spotkań z pracownikami, regularnych szkoleń tematycznych, wymiany wiedzy i doświadczeń pomiędzy poszczególnymi komitetami i zespołami oraz personelem (współpraca i współdziałanie).

3.2.2. Analizy prowadzone w jednostce

Część II kwestionariusza ankiety/wywiadu służyła poznaniu rodzaju i zakresu analiz prowadzonych w badanych szpitalach przez poszczególne komitety i zespoły problemowe oraz przyjrzeniu się trudnościom w ich realizacji, począwszy od metod pozyskiwania i gromadzenia danych, poprzez ich weryfikację i analizę, a skończywszy na przekazywaniu wyników oraz wdrażaniu działań doskonalących.

W kwestionariuszu zapytano o poniższe zakresy prowadzonych analiz, ich ocenę oraz elementy składające się na daną analizę:

1. Odmowy hospitalizacji.
2. Zdarzenia niepożądane, a w szczególności:
 - readmisje,
 - reoperacje,
 - przedłużone pobyty,
 - błędy i pomyłki lekarskie,
 - powikłania,
 - poparzenie pacjenta,
 - ciało obce pozostawione w polu operacyjnym,
 - niewłaściwy pacjent / miejsce / strona operowana / niewłaściwa procedura operacyjna,
 - embolia płucna lub zakrzepica żył głębokich po zabiegu operacyjnym,
 - samobójstwa,
 - samowolne oddalenie się pacjenta,
 - incydenty medyczne (związane z aparaturą medyczną),
 - niepożądane działanie produktu leczniczego,
 - inne (jakie?).
3. RKO (resuscytacja krążeniowo-oddechowa).
4. Zgony.
5. Zakażenia szpitalne
6. Znieczulenia.
7. Zabiegi.
8. Odległe skutki zabiegów.
9. Wypadki i urazy (w tym dotyczące pacjentów / osób odwiedzających i innych).
10. Dokumentacja medyczna.
11. Ryzyko i szanse.
12. Satysfakcja pacjentów.
13. Satysfakcja pracowników.
14. Skargi i wnioski od zainteresowanych stron.
15. Analityka.
16. Farmakoterapia.
17. Krwiolecznictwo.
18. Promieniowanie jonizujące.
19. Inna (jaka?).

Przyjęte kryteria oceny analizy w Części II kwestionariusza ankiety/wywiadu:

- prowadzona w oparciu o określoną metodologię,
- realizowana regularnie w przyjętych czasookresach,
- na bieżąco przekazywana do zainteresowanych,
- wnioski są regularnie wdrażane w jednostce,
- wnioski przyczyniają się do doskonalenia działań jednostki.

Rezultaty przeprowadzonej oceny dotyczącej poszczególnych analiz przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Ocena prowadzenia poszczególnych analiz przez komitety i zespoły problemowe w oparciu o określoną metodykę.

REALIZACJA ANALIZ W OPARCIU O OKREŚLONĄ METODYKĘ						
Rodzaj analizy	Realizacja – TAK	N-ważnych	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Współczynnik zmienności (%)
Odmowy hospitalizacji	17	15	4,00	4	1,25	31,34
Zdarzenia niepożądane	19	17	4,53	5	0,62	13,78
RKO	15	15	4,47	5	0,74	16,64
Zgony	18	17	4,29	5	0,92	21,41
Zakażenia szpitalne	19	18	4,33	5	0,97	22,39
Znieczulenia	12	12	3,92	4	0,79	20,25
Zabiegi	7	7	3,86	4	0,90	23,33
Odległe skutki zabiegów	8	7	3,86	4	0,69	17,89
Wypadki i urazy	18	18	4,11	4	0,90	21,90
Dokumentacja medyczna	20	20	4,20	4	0,62	14,66
Ryzyko i szanse	14	12	4,67	5	0,49	10,55
Satysfakcja pacjentów	19	19	4,68	5	0,48	10,20
Satysfakcja pracowników	17	17	4,59	5	0,51	11,06
Skargi i wnioski	20	20	4,35	5	0,81	18,68
Analityka	14	14	4,64	5	0,50	10,71
Farmakoterapia	17	16	4,00	4	0,73	18,26
Krwiolecznictwo	18	18	4,33	4	0,59	13,71
Promieniowanie jonizujące	17	16	4,25	5	1,06	25,05

Z powyższego zestawienia wyraźnie wynika, że nie każdy z badanych szpitali realizuje wszystkie ze wskazanych analiz. Najwięcej wskazań (20) odnosi się do analiz dotyczących dokumentacji medycznej oraz skarg i wniosków od zainteresowanych stron, następnie (19) dla zdarzeń niepożądanych, zakażeń szpitalnych i satysfakcji pacjentów, a najmniej wskazań (7) odnosi się do analiz dotyczących zabiegów oraz do odległych skutków zabiegów (8).

Zestawienie poszczególnych rodzajów analiz, od najczęściej do najrzadziej realizowanych, przedstawia się następująco:

1. Dokumentacja medyczna, skargi i wnioski: **20/20 (100%)**.
2. Zdarzenia niepożądane, zakażenia szpitalne, satysfakcja pacjentów: **19/20 (95%)**.
3. Zgony, wypadki i urazy, krwiolecznictwo – **18/20 (90%)**.
4. Odmowy hospitalizacji, satysfakcja pracowników, farmakoterapia, promieniowanie jonizujące: **17/20 (85%)**.
5. RKO: **15/20 (75%)**.
6. Ryzyko i szanse, analityka: **14/20 (70%)**.
7. Znieczulenia: **12/20 (60%)**.
8. Odległe skutki zabiegów: **8/20 (40%)**.
9. Zabiegi: **7/20 (35%)**.

W kontekście liczby analiz i ich przedmiotu najwięcej wskazań (20) odnosi się do analiz związanych z dokumentacją, skargami i wnioskami od zainteresowanych stron oraz satysfakcją pacjentów (19), następnie do zakażeń szpitalnych, wypadków i urazów oraz krwiolecznictwa (18), zaś najmniej wskazań (7) – do analiz związanych z zabiegami oraz do odległych skutków zabiegów. Średnia ocena tego aspektu waha się między 3,86 (mediana 4) dla zabiegów i odległych skutków zabiegów a 4,68 (mediana 5) dla satysfakcji pacjentów.

Dodatkowo respondenci zostali poproszeni o krótki opis sposobu zbierania danych do poszczególnych analiz oraz wskazanie zarówno dostępnych systemów informatycznych, jak i formy oraz częstotliwości sporządzanych raportów. Szczegóły prezentują się następująco:

- elektroniczny system dla zdarzeń niepożądanych (reoperacje, readmisje, przedłużone pobyty i odmowy hospitalizacji, rejestracja czynników alarmowych, rejestracja zakażeń szpitalnych wywołanych przez drobnoustroje) w programie do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej,
- elektroniczny system zdarzeń niepożądanych dla pracownika (dedykowana platforma CMJ),
- dane zbierane w oparciu o dokumentację medyczną indywidualną oraz zbiorczą, część danych z systemu informatycznego, informacje zbierane od personelu i pacjentów,
- dane zbierane na podstawie opracowań z oddziałów i poszczególnych komórek organizacyjnych,
- dobieranie próby do analizy / utworzenie bazy danych / określenie systemów do obróbki danych – Excel i inne programy,
- zebrania pracownicze, zebrania konkretnych zespołów, zbieranie uwag, ustaleń, wspólne pomysły, wspólna analiza, wyciąganie wniosków i ich wdrażanie,
- ankiety i wywiady,
- analiza sprawozdań ordynatorów – analizy kliniczne, analiza dokumentacji medycznej, zużycia leków, środków do mycia i dezynfekcji rąk, krwi, antybiotyków, błędy przedlaboratoryjne,
- wykazy ilościowe przekazywane do ordynatorów celem przanalizowania – dane statystyczne i analiza polegające głównie na opisie danej sytuacji, bez wniosków i propozycji działań naprawczych,
- ocena narażenia personelu na promieniowanie jonizujące (dawkomierze) – raz na kwartał wyniki przekazywane pracownikom,
- analiza kart zgłoszenia zdarzenia niepożądanego z uwzględnieniem przyczyn i działań naprawczych,
- półroczne sprawozdania z analiz zdarzeń niepożądanych przesyłane do dyrekcji i najwyższego kierownictwa szpitala,
- analiza danych pochodzących ze skarg i wniosków zainteresowanych stron.

W przypadku kolejnego kryterium, jakim jest regularność realizacji analiz, wyniki prezentuje poniższa tabela.

Tabela 9. Ocena regularności prowadzenia poszczególnych analiz przez komitety i zespoły problemowe.

REGULARNOŚĆ REALIZACJI ANALIZ W PRZYJĘTYCH CZASOOKRESACH						
Rodzaj analizy	Realizacja – TAK	N-ważnych	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Współczynnik zmienności (%)
Odmowy hospitalizacji	17	16	4,63	5	0,50	10,81
Zdarzenia niepożądane	19	18	4,11	4	0,90	21,90
RKO	15	13	3,92	4	1,26	32,01
Zgony	18	18	4,06	4	1,00	24,62
Zakażenia szpitalne	19	18	4,56	5	0,51	11,22
Znieczulenia	12	12	3,75	4	1,06	28,14
Zabiegi	7	6	3,67	4	1,37	37,26
Odległe skutki zabiegów	8	7	3,57	4	1,27	35,63
Wypadki i urazy	18	17	4,18	4	0,88	21,14
Dokumentacja medyczna	20	19	4,11	4	0,88	21,32
Ryzyko i szanse	14	12	4,67	5	0,49	10,55
Satysfakcja pacjentów	19	19	4,58	5	0,69	15,12
Satysfakcja pracowników	17	17	4,35	5	0,86	19,80
Skargi i wnioski	20	19	4,26	5	0,99	23,25
Analityka	14	13	4,77	5	0,44	9,19
Farmakoterapia	17	16	3,94	4	1,00	25,34
Krwiolecznictwo	18	17	4,18	4	0,81	19,37
Promieniowanie jonizujące	17	17	4,12	4	0,99	24,11

Najwięcej wskazań potwierdzających regularność prowadzonych analiz (19) występuje w przypadku dokumentacji medycznej, satysfakcji pacjentów oraz skarg i wniosków od zainteresowanych stron. Nieco mniej wskazań (18) odnosi się do zdarzeń niepożądanych, zgonów i zakażeń szpitalnych, a także (w liczbie 17) – do wypadków i urazów, satysfakcji pracowników, krwiolecznictwa i promieniowania jonizującego. Najmniej wskazań jest dla analiz dotyczących zabiegów (6) oraz dla odległych skutków zabiegów (7). Średnia ocena tego aspektu waha się między 3,57 (mediana 4) dla odległych skutków zabiegów a 4,77 (mediana 5) dla analityki. Zebrane dane uwidaczniają zależność między posiadaniem określonej metodyki prowadzenia poszczególnych analiz a ich późniejszą regularnością. Należy zauważyć, że wśród placówek biorących udział w badaniu 11 z nich (55%) zadeklarowało posiadanie certyfikatu akredytacyjnego, a 12 (60%) wskazało wdrożenie systemu akredytacji w organizacji. Bardzo niska liczba wskazań i niskie oceny dla regularności analiz z obszaru akredytacyjnego ZA (Zabiegi i znieczulenia) potwierdzają zauważoną przez respondentów trudność w tym zakresie.

Ponadto respondenci w sposób opisowy wskazali zakres analizowanych:

- zabiegów i odległych skutków zabiegów, np. przeszczepu nerki, usunięcia ciąży i blizny po cesarskim cięciu, porodu drogą cesarskiego cięcia z wykorzystaniem szwu B-Lyncha, laryngektomii całkowitej u chorych z rakiem krtani, wycięcia sromu z powodu raka sromu, zabiegu hemodializy, dużych zabiegów klatki piersiowej, dużych i średnich zabiegów pęcherza moczowego, laryngektomii całkowitej u chorych z rakiem krtani i innych,
- ryzyka i szans związanych np. z niewdrożoną elektroniczną dokumentacją medyczną, niską zgłaszalnością niepożądanych zdarzeń klinicznych, brakiem kompleksowego spełnienia wymagań prawnych w odniesieniu do prowadzonej dokumentacji medycznej, respektowaniem praw pacjenta, brakami personelu medycznego, niedostępnością specjalistycznego sprzętu (awarie i brak regularnych przeglądów), brakiem wystarczających środków finansowych na leki, ŚOI czy środki dezynfekcyjne.

Szczegóły dotyczące bieżącego informowania o wynikach poszczególnych rodzajów analiz prezentuje Tabela 10.

Tabela 10. Ocena bieżącego informowania o wynikach prowadzonych analiz przez komitety i zespoły problemowe.

BIEŻĄCE INFORMOWANIE O WYNIKACH ANALIZ						
Rodzaj analizy	Realizacja – TAK	N-ważnych	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Współczynnik zmienności (%)
Odmowy hospitalizacji	17	16	3,88	4	0,96	24,71
Zdarzenia niepożądane	19	18	4,22	4	0,81	19,15
RKO	15	13	4,00	4	1,08	27,00
Zgony	18	17	4,00	4	1,06	26,52
Zakażenia szpitalne	19	18	4,33	4	0,59	13,71
Znieczulenia	12	12	3,67	4	0,89	24,21
Zabiegi	7	6	3,67	4	1,37	37,26
Odległe skutki zabiegów	8	7	3,43	4	1,13	33,07
Wypadki i urazy	18	18	4,22	4	0,65	15,32
Dokumentacja medyczna	20	20	4,15	4	0,75	17,96
Ryzyko i szanse	14	12	4,50	5	0,52	11,61
Satysfakcja pacjentów	19	19	4,58	5	0,77	16,78
Satysfakcja pracowników	17	17	4,18	4	0,88	21,14
Skargi i wnioski	20	19	4,37	5	0,90	20,49
Analityka	14	13	4,69	5	0,48	10,24
Farmakoterapia	17	16	3,81	4	0,98	25,73
Krwiolecznictwo	18	17	4,24	4	0,66	15,68
Promieniowanie jonizujące	17	17	4,06	4	1,03	25,35

Najwięcej wskazań potwierdzających bieżące informowanie i przekazywanie wyników analiz do zainteresowanych stron występuje w przypadku dokumentacji medycznej (20), następnie dla satysfakcji pacjentów oraz skarg i wniosków (19). Ponownie najmniej wskazań istnieją dla analiz dotyczących zabiegów (6) oraz dla odległych skutków zabiegów (7). Średnia ocena tego aspektu waha się między 3,43 (mediana 4) dla odległych skutków zabiegów a 4,69 (mediana 5) dla analityki. Podobnie jak poprzednio zebrane dane obrazują zależność pomiędzy posiadaniem określonej metodyki prowadzenia poszczególnych analiz a ich późniejszym regularnym wypełnianiem, realizacją wniosków i bieżącym przekazywaniem wyników personelowi badanych szpitali.

Zbiorcze zestawienie ocen dotyczących aspektu regularnego wdrażania rozwiązań z otrzymanych wniosków z prowadzonych analiz przedstawia Tabela 11.

Tabela 11. Ocena regularności wdrażania wniosków z prowadzonych analiz przez komitety i zespoły problemowe.

REGULARNOŚĆ WDRAŻANIA WNISKÓW Z ANALIZ						
Rodzaj analizy	Realizacja – TAK	N-ważnych	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Współczynnik zmienności (%)
Odmowy hospitalizacji	17	16	3,94	4	0,93	23,59
Zdarzenia niepożądane	19	18	4,06	4	0,80	19,78
RKO	15	13	3,77	4	1,09	28,97
Zgony	18	16	3,75	4	0,93	24,83
Zakażenia szpitalne	19	18	4,28	4	0,67	15,64
Znieczulenia	12	12	3,67	4	0,89	24,21
Zabiegi	7	7	3,57	4	1,13	31,75
Odległe skutki zabiegów	8	8	3,00	4	1,31	43,64
Wypadki i urazy	18	18	4,06	4	0,73	17,89
Dokumentacja medyczna	20	20	4,00	4	0,86	21,46
Ryzyko i szanse	14	12	4,17	4	0,83	20,04
Satysfakcja pacjentów	19	19	4,32	5	1,00	23,24
Satysfakcja pracowników	17	17	4,00	4	1,12	27,95
Skargi i wnioski	20	20	4,15	5	0,99	23,81
Analityka	14	14	4,43	5	0,94	21,17
Farmakoterapia	17	16	3,88	4	0,81	20,81
Krwiolecznictwo	18	18	4,17	4	0,71	16,97
Promieniowanie jonizujące	17	17	3,94	4	0,97	24,52

Najwięcej wskazań potwierdzających regularność wdrażania rozwiązań z wysnutych wniosków z prowadzonych analiz (20) występuje w przypadku dokumentacji medycznej oraz skarg i wniosków od zainteresowanych stron. Następne w kolejności są (19): satysfakcja pacjentów oraz zdarzenia niepożądane, zakażenia szpitalne, wypadki i urazy, a dalej krwiolecznictwo (18). Najmniej wskazań, podobnie jak w ocenie wcześniejszych aspektów, występuje dla analiz dotyczących zabiegów (7) oraz

dla odległych skutków zabiegów (8). Średnia ocena tego aspektu waha się między 3,00 (mediana 4) w kontekście odległych skutków zabiegów, a 4,43 (mediana 5) dla analityki. Kolejny raz zebrane dane wskazują zależność między posiadaniem określonej metodyki prowadzenia poszczególnych analiz oraz ich późniejszą regularnością i to zarówno w odniesieniu do samej realizacji, jak i wdrażania rozwiązań z wysnutych wniosków.

Ostatnie z ocenianych przez respondentów kryteriów dla poszczególnych rodzajów analiz dotyczyło wpływu wniosków na doskonalenie działań szpitala. Zestawienie zebranych wyników przedstawia tabela 12.

Tabela 12. Ocena wpływu wniosków z prowadzonych analiz przez poszczególne komitety i zespoły na doskonalenie działań szpitala.

REGULARNOŚĆ WDRAŻANIA WNIOSKÓW Z ANALIZ						
Rodzaj analizy	Realizacja – TAK	N-ważnych	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Współczynnik zmienności (%)
Odmowy hospitalizacji	17	16	3,56	4	1,26	35,46
Zdarzenia niepożądane	19	18	4,17	4	0,71	16,97
RKO	15	13	3,92	4	0,86	21,98
Zgony	18	16	3,81	4	0,83	21,88
Zakażenia szpitalne	19	18	4,28	4	0,57	13,43
Znieczulenia	12	12	3,58	4	0,90	25,13
Zabiegi	7	7	3,71	4	1,25	33,57
Odległe skutki zabiegów	8	8	3	4	1,31	43,64
Wypadki i urazy	18	18	4,11	4	0,58	14,18
Dokumentacja medyczna	20	20	3,90	4	0,91	23,38
Ryzyko i szanse	14	12	4,25	4	0,75	17,74
Satysfakcja pacjentów	19	19	4,32	5	1	23,24
Satysfakcja pracowników	17	17	3,88	4	1,32	33,93
Skargi i wnioski	20	19	4,26	5	0,93	21,90
Analityka	14	14	4,39	5	0,99	23,20
Farmakoterapia	17	16	3,81	4	0,83	21,88
Krwiolecznictwo	18	18	4,22	4	0,65	15,32
Promieniowanie jonizujące	17	17	3,94	4	0,97	24,52

W przedmiotowym zakresie najwięcej wskazań potwierdzających wpływ wdrażania postanowień płynących z przyjętych wniosków występuje w przypadku dokumentacji medycznej (20), następne w kolejności (19) są skargi i wnioski od zainteresowanych stron oraz satysfakcja pacjentów, a jeszcze dalej: zdarzenia niepożądane, zakażenia szpitalne, wypadki i urazy oraz krwiolecznictwo (18). Najmniej wskazań, podobnie jak w ocenie wcześniejszych aspektów, występuje dla analiz dotyczących zabiegów (7) oraz dla odległych skutków zabiegów (8). Średnia ocena tego aspektu waha się między 3,00 (mediana 4) dla odległych skutków zabiegów a 4,32 (mediana 5) dla satysfakcji pacjentów.

Jako przykłady skutecznego wdrożenia rozwiązań z przyjętych wniosków przeprowadzonych analiz respondenci wskazali:

- otwarcie ZOL – jako efekt analiz dotyczących readmisji i przedłużonych pobytów (wcześniej notowano liczne skargi pacjentów na nieodpowiednią pielęgnację w domu przez członków rodziny lub jej zupełny brak),
- wyznaczenie w oddziałach osób odpowiedzialnych za poszczególne analizy, omawianie z nimi wniosków na spotkaniach,
- analizę profilu mikrobiologicznego w kontekście leczenia poszczególnych zakażeń oraz stosowanie terapii sekwencyjnej, przejście z leków dożylnych na doustne – zmniejszenie kosztów,
- opracowanie i wdrożenie wytycznych nt. antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej,
- wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej – powołanie zespołu ds. dokumentacji,
- rezygnację z cateringu (po analizie satysfakcji pacjentów w obszarze żywienia), remont kuchni,
- opracowanie schematów leczenia hospitalizowanych pacjentów antybiotykami na skutek analizy zakażeń szpitalnych (rodzaje patogenów),
- ujednolicenie wywiadu z pacjentem w poradniach/oddziałach, wypracowanie ogólnego schematu badania podmiotowego na skutek analizy dokumentacji medycznej,
- analizę zniszczonych składników krwi na poszczególnych oddziałach, ocenę wskazań do przetoczeń – zmniejszenie zniszczeń o 1% względem poprzedniego półrocza,
- wzmocnienie zabezpieczenia oddziałów przed możliwością samowolnego oddalania się pacjenta (zamki kodowane) na skutek analizy zdarzeń niepożądanych,
- wprowadzenie regularnych szkoleń z ochrony radiologicznej pacjenta, omawianie trudnych ułożeń w szerszym gronie techników,
- wypracowanie standardów przygotowania pacjenta do zabiegu, podpisanie umów z radiologami w zakresie opisywania wyników tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego (długi okres oczekiwania), zatrudnienie dodatkowych pracowników socjalnych (liczne przypadki nieodbierania starszych wiekiem pacjentów przez rodziny), rozszerzenie szkoleń z ALS dla personelu bloków operacyjnych, wdrożenie systemu usprawniającego proces konsultacji (w toku analizy przedłużonych pobytów),
- zakup i montaż barierek na skutek analizy upadków pacjentów w szpitalu.

Ponadto respondenci zostali poproszeni o wskazanie przynajmniej jednego skutecznego wdrożenia dotyczącego całości prowadzonych działań. Podane przykłady podzielono w odniesieniu do poszczególnych obszarów funkcjonalnych:

- kontrola zakażeń szpitalnych:
 - elektroniczne zgłaszanie zakażeń szpitalnych – wzrost z 1% na 3,5%,
 - w sprawozdaniach dotyczących zakażeń – podział na poszczególne jednostki organizacyjne i zakażenia z zaleceniami skierowanymi ku poszczególnym oddziałom,
 - ustalenie profilaktyki okołoperacyjnej i jej skuteczna realizacja,
 - obniżenie kosztów hospitalizacji dzięki antybiotykoterapii celowanej – skrócenie czasu leczenia,
 - wyodrębnienie oddziałów dla chorych na COVID-19,
 - opracowanie standardów postępowania z pacjentem chorym na COVID-19,
 - bieżące aktualizowanie programu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - przekazywanie pacjentów po alloplastyce stawu kolanowego od razu na oddział rehabilitacyjny (zmniejszenie powikłań o 50%, wcześniej notowano 4 powikłania na 5 operowanych),
 - zmniejszenie liczby zakażeń szpitalnych poprzez wprowadzenie bieżącej analizy wyników pobieranych wymazów (szybsze izolowanie pacjentów chorych od zdrowych),
- farmakoterapia:
 - w receptariuszu – podział na grupy leków dla poszczególnych jednostek chorobowych,

- w receptariuszu – podział antybiotyków na trzy grupy i wdrożenie wytycznych w zakresie gospodarowania dla III grupy – najdroższej,
- zmniejszenie liczby utylizowanych leków,
- antybiotykoterapia:
 - w opracowanych standardach związanych z antybiotykoterapią – przypisanie zalecanych antybiotyków do jednostki chorobowej w poszczególnych oddziałach,
 - określenie zasad stosowania profilaktyki okołoperacyjnej,
 - opracowanie wskazań do diagnostyki mikrobiologicznej,
 - efektywniejsze gospodarowanie antybiotykami dzięki ciągłemu monitorowaniu ich zużycia i przekazywaniu do poszczególnych oddziałów informacji dotyczących skutków stosowania antybiotyków u pacjentów,
 - wdrażanie antybiotykoterapii w oparciu o sporządzane mapy mikrobiologiczne oddziałów,
 - stosowanie antybiotyków celowanych,
 - ograniczenie stosowania antybiotyków w oddziałach poprzez monitorowanie procesu przez aptekę szpitalną,
- transfuzjologia:
 - wzrost zgłaszalności zdarzeń niepożądanych związanych z przetaczaniem krwi,
 - objęcie nadzorem dokumentacji związanej z przetaczaniem (książki transfuzyjne),
 - wzmoczenie pracy zespołu poprzez ciągłe monitorowanie gospodarki krwią, stały kontakt z oddziałami przetaczającymi krew i preparaty krwiopochodne,
 - zwiększenie liczby personelu uprawnionego do przetoczeń,
- jakość:
 - zmiana sposobu oznaczania leków – wcześniej zdarzała się mylna identyfikacja pacjenta,
 - wyznaczenie w poszczególnych oddziałach osób lub zespołów merytorycznych odpowiedzialnych za współpracę z zespołem ds. jakości,
 - wypracowanie standardu postępowania z pacjentem NN – w przypadku odmów hospitalizacji oraz udzielania teleporad (początek pandemii COVID-19),
 - opracowanie formularzy dla standardów epidemiologicznych,
 - udostępnienie elektronicznej wersji procedur i instrukcji ISO/akredytacja, elektroniczny obieg dokumentów (EOD),
 - wprowadzenie obowiązku odczytywania raportów pielęgniarskich na odprawach,
 - monitorowanie zdarzeń niepożądanych w obszarze COVID-19,
 - inwestycje i zakupy sprzętu specjalistycznego,
 - zmiana systemu informatycznego,
 - utworzenie pracowni badań laboratoryjnych,
- etyka:
 - poprawa relacji pomiędzy pielęgniarkami i lekarzami,
 - zapewnienie porad psychologicznych dla pracowników szpitala w zakresie wykonywanej pracy,
 - respektowanie praw pacjenta,
 - realizacja cyklu szkoleń z zakresu etyki lekarskiej – tajemnica lekarska w różnych rodzajach postępowania: sąd, Wojewódzka Komisja ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych (KOZM),
 - bieżące omawianie i analizowanie spraw zgłaszanych do Rzecznika Praw Pacjenta przez pacjentów oraz ich rodziny w sprawach dotyczących etyki personelu,
 - poprawa komunikacji z pacjentem,
 - opracowanie wewnętrznego kodeksu etyki oraz regulaminu pracy komitetu,

- żywienie:
 - przegląd standardów monitorowania stanu odżywienia,
 - opracowanie ulotek żywieniowych dla pacjentów,
 - opracowywanie standardów żywienia (terapię żywieniowe i zasady ich stosowania),
 - aktualizacja jadłospisów,
 - wprowadzenie ciągłego nadzoru dietetyka nad zewnętrzną firmą cateringową (zmniejszenie liczby uwag co do jakości posiłków),
 - otworzenie pracowni żywienia pozajelitowego w aptecę,
- zgony:
 - analiza zgonów okołoperacyjnych oraz zgonów na skutek zakażenia,
 - wprowadzenie analizy przyczyn zgonów, aktualizacja procedur z tym związanych,
 - zlecenie jonogramów w przypadku pacjentów splątanych, z zaburzeniami świadomości, hiperkalcemią,
 - wprowadzenie analizy zgonów, których nie można było przewidzieć, oraz zgonów, które miały miejsce przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala,
 - reorganizacja zestawu przeciwwstrząsowo-resuscytacyjnego.

Ankietowani przekazali także dodatkowe uwagi i spostrzeżenia:

- brak systematyczności i ciągłości prowadzonych analiz, brak holistycznego podejścia i wykorzystania wyników do wdrażania działań doskonalących,
- niedoskonałość narzędzi do zbierania danych (narzędzia nieskuteczne i niedokładne – możliwość zakłamania danych),
- znikome zainteresowanie najwyższego kierownictwa i lekarzy wynikami analiz prowadzonych w szpitalu, ich niewielkie zaangażowanie we wprowadzanie zmian wskazanych we wnioskach, brak systemu motywacyjnego dla członków komitetów i zespołów, które zachęcałyby do realizacji powierzonych zadań,
- brak rzeczywistych rozwiązań systemowych usprawniających pracę i umożliwiających doskonalenie procesów,
- brak zainteresowania wynikami analiz, brak chęci naprawy sytuacji, małe zainteresowanie personelu szkoleniami, brak wiedzy personelu o wynikach analiz, wnioskach, niezbędnych działaniach do wdrożenia, pomijanie osób odpowiedzialnych za jakość przy planowaniu strategii szpitala, celów i ich realizacji,
- brak zaangażowania personelu medycznego we wdrażanie zmian wynikających z analiz – brak odpowiednich narzędzi do skutecznego aktywizowania pracowników do realizacji rozwiązań wyływających z wniosków, niewystarczająco liczny personel medyczny,
- niska rzetelność analiz (brak danych, dane niepełne z obawy na wyciąganie konsekwencji przełożonych względem personelu, niechęć do „donoszenia” na kolegów i koleżanki), zwłaszcza w odniesieniu do zdarzeń niepożądanych,
- nie wszystkie wymagane analizy są przeprowadzane, niska skuteczność komunikowania o wynikach analiz, niska skuteczność wdrożenia zaleceń i działań naprawczych, nieterminowe spływanie analiz i nieregularne ich prowadzenie,
- istnieje potrzeba organizacji częstszych, okresowych spotkań poszczególnych komitetów i zespołów, a także spotkań wspólnych w celu omawiania najtrudniejszych zagadnień i zdarzeń oraz wymiany wiedzy i doświadczeń,
- komitety i zespoły nie funkcjonują prawidłowo, ludzie nie mają czasu na taką aktywność, a jest to sedno funkcjonowania klinik, w związku z tym otwiera się tu doskonałe pole do dyskusji, wymiany wiedzy i wzajemnego uczenia się oraz doskonalenia wszystkich aspektów funkcjonowania szpitala,
- papierowa dokumentacja medyczna wypełniana nieregularnie i niedbale.

3.2.3. Uwagi i zalecenia pokontrolne dla jednostki ze strony zewnętrznych organów kontrolnych oraz oceniających

W części trzeciej przedmiotowego kwestionariusza ankiety/wywiadu respondenci zostali poproszeni o podanie najczęstszych uwag i zaleceń pokontrolnych od poszczególnych organów kontrolujących/oceniających szpital. W kontekście zebranych danych wskazano na:

1. Inspektorat Sanitarny:

- konieczność przebudowy infrastruktury i dostosowanie pomieszczeń do wymagań prawnych, w tym sanitarno-epidemiologicznych (zwrócono uwagę np. na braki na oddziałach dotyczące punktów pielęgniarskich, pokojów badań, myjni dezynfektorów, dostępu do łóżek z trzech stron, porządku w magazynkach),
- konieczność przeprowadzenia remontów – zniszczona infrastruktura: ściany, podłogi, popękane kafelki, poobijane meble, niesprawne ławeczki,
- obowiązek właściwego gospodarowania odpadami,
- brak jest bieżącego monitorowania stanu sanitarno-epidemiologicznego,
- konieczność sprawowania prawidłowego nadzoru nad źródłami wody, redukcja ilości *legionelli* w wodzie.

2. Inspektorat Pracy:

- realizację przepisów dotyczących podwyżek dla pracowników zgodnie z wynikającymi zasadami w tym zakresie,
- respektowanie czasu pracy lekarzy i klauzuli opt-out,
- konieczność dostosowania wewnętrznych regulacji do wymagań prawnych,
- regulamin pracy, konieczność właściwego nadzoru nad okresowymi badaniami pracowników oraz szkoleniami stanowiskowymi.

3. Inspektorat Farmaceutyczny:

- niewłaściwy sposób postępowania z lekami cytostatycznymi.

4. Państwowa Agencja Atomistyki:

- konieczność dostosowania pomieszczeń RTG do obowiązujących wymagań prawnych.

5. Narodowy Fundusz Zdrowia:

- braki i niedociągnięcia w prowadzonej dokumentacji medycznej (ambulatoryjnej i szpitalnej),
- nieprawidłowe rozliczenia procedur medycznych (nieprawidłowe wpisy, rozbieżność wykonania z dokumentacją medyczną),
- błędy w wystawianiu recept,
- brak zabezpieczeń i ułatwień dla osób niepełnosprawnych lub niewystarczająca infrastruktura z tego zakresu,
- nieprawidłowe uzupełnianie dokumentacji w programach lekowych,
- konieczność wprowadzania korekt udzielanych świadczeń,
- konieczność poprawy sprawozdawczości liczby łóżek,
- potrzebę prawidłowego i bieżącego zgłaszania zmian kadrowych do kontraktów.

6. Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa:

- zbyt duże zużycie krwi w oddziałach,
- nieprawidłowe i niepełne dokumentowanie gospodarki krwią (np. wpisy nr donacji, pieczątki, czasy itp.),
- konieczność aktualizacji przepisów prawa w tym zakresie i obowiązkowych procedur SOP,
- konieczność zwiększenia tematycznych szkoleń dla personelu (np. niewystarczająca liczba przeszkolonego personelu pielęgniarskiego i inne) i ich systematyczności,

- obowiązek prawidłowego i terminowego zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz dalszego z nimi postępowania,
 - konieczność usprawnienia sprawozdawczości laboratoriów zewnętrznych,
 - potrzebę zakupu niezbędnego sprzętu – lodówek, termometrów wzorcowych itp.
7. Urząd Ochrony Danych Osobowych:
- konieczność zachowania zasad poufności przy rejestracji pacjentów,
 - konieczność spełnienia obowiązku informacyjnego,
 - konieczność zachowania wymagań prawnych przy udzielaniu informacji o stanie zdrowia i udostępnianiu dokumentacji medycznej,
 - nadmiarowe gromadzenie danych,
 - konieczność zwiększenia bezpieczeństwa danych szczególnych kategorii.
8. Inspektorat Ochrony Środowiska:
- niezasadne wydanie decyzji o odpadach.
9. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia:
- w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi – niedobory personelu pielęgniarstwa, braki w uzupełnianiu cyklicznych kwalifikacji (np. transfuzjologia, brak adaptacji zawodowej dla rezydentów i osób zatrudnianych na podstawie umów kontraktowych),
 - nieodpowiedni zakres i sposób prowadzenia dokumentacji medycznej (np. używane zgód ogólnych, a nie tych przeznaczonych do poszczególnych zabiegów),
 - niepełne i niesatysfakcjonujące analizy kliniczne, oparte o dane niedoszacowane,
 - liczne potencjały do doskonalenia dla ISO/IEC 27001 – bezpieczeństwo informacji,
 - duże zagęszczenie łóżek na salach, brak izolatek, brak pokoi badań, brak sal wybudzeń, niedostateczne zużycie środka do dezynfekcji.
10. Jednostki certyfikujące:
- ograniczoną dostępność podstawowych informacji dla pacjentów,
 - nieprawidłowości związane z rzetelnością prowadzenia dokumentacji medycznej, indywidualnej i zbiorczej,
 - brak wdrażania działań po analizie satysfakcji pacjentów,
 - nieodpowiedni zakres certyfikacji ISO,
 - brak wiedzy personelu o zapisach w procedurach,
 - nieprawidłowy nadzór nad aparaturą kontrolno-pomiarową (AKP),
 - niewłaściwe procedury bezpieczeństwa informacji.

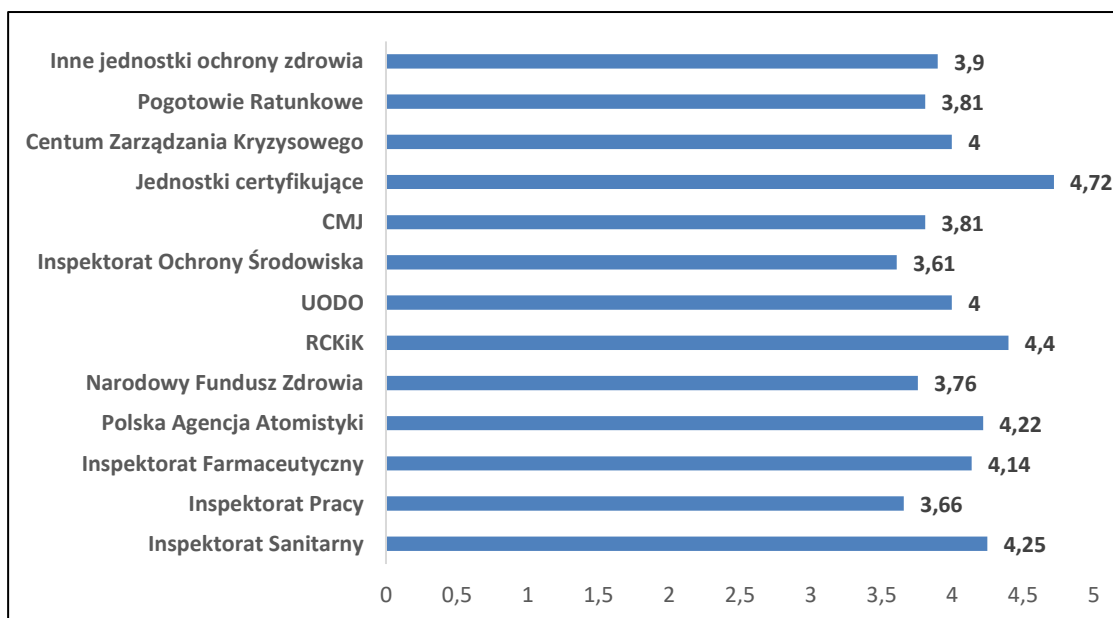
3.2.4. Ocena współpracy z innymi podmiotami

W kolejnej części badania respondenci mieli ocenić współpracę pomiędzy szpitalem, w którym pracują, a innymi podmiotami zewnętrznymi, w tym organami kontrolującymi. Jednostki, które wzięto pod uwagę:

- Inspektorat Sanitarny,
- Inspektorat Pracy,
- Inspektorat Farmaceutyczny,
- Państwowa Agencja Atomistyki,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa,
- Urząd Ochrony Danych Osobowych,
- Inspektorat ochrony środowiska,
- Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ),
- jednostki certyfikujące systemy zarządzania,

- Centrum Zarządzania Kryzysowego,
- jednostki pogotowia ratunkowego,
- inne jednostki ochrony zdrowia.

Rezultaty przeprowadzonej oceny współpracy szpitali z organami kontrolnymi i innymi podmiotami przedstawia Rycina nr 3.



Rycina 3. Ocena współpracy szpitali z organami kontrolnymi i innymi podmiotami.

Najwyżej oceniono współpracę z jednostkami certyfikującymi wdrożone i utrzymywane systemy zarządzania ISO (4,72; mediana 5), z RCKiK (4,4; mediana 5) oraz z Inspektoratem Sanitarnym (4,25; mediana 4). Najstaniej współpraca zdaniem respondentów układa się z Inspektoratem Ochrony Środowiska (3,61; mediana 4) oraz Inspektoratem Pracy (3,66; mediana 4).

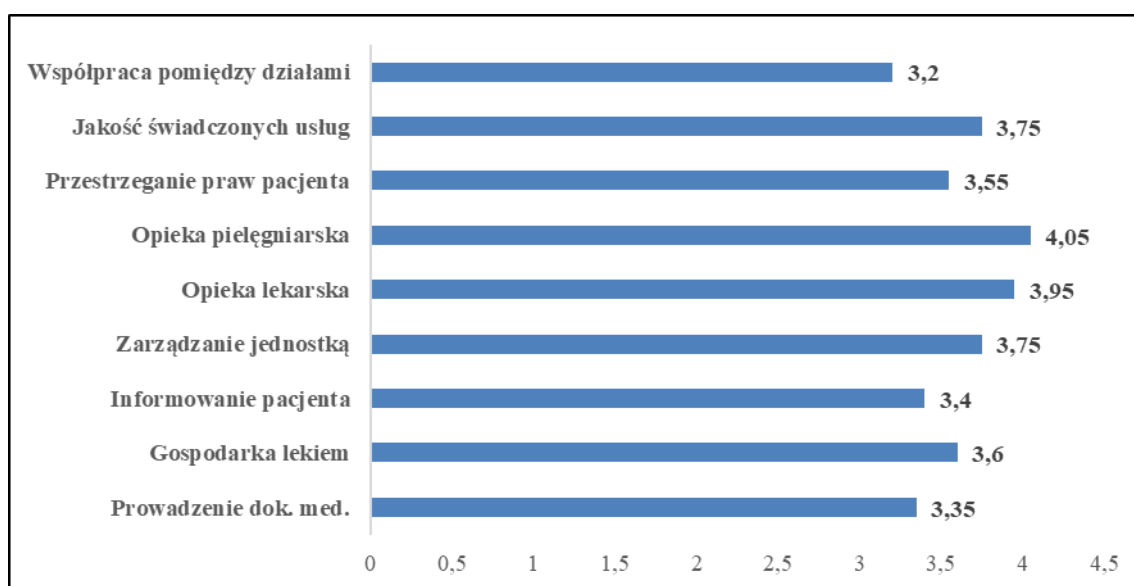
Uwagi do współpracy organizacji z innymi podmiotami zgłoszone przez respondentów:

- w kontekście CMJ (jednostki Ministerstwa Zdrowia wizytującej polskie szpitale i przyznającej akredytację): brak jest skutecznych i efektywnych działań ułatwiających wdrożenie standardów akredytacyjnych w jednostkach, standardy w większości przypadków podają, co należy wdrożyć, ale już nie precyzują, w jaki sposób, z użyciem jakich narzędzi i szczegółowych metod (na 221 standardów przytoczono jedną metodę analizowania danych Root Cause Analysis, RCA), nie zawsze jasne wytyczne – nieaktualna nomenklatura w „wiekowych” już standardach, realizowane projekty dodatkowe są przeznaczone dla niewielu podmiotów – limitowana liczba uczestników, brak ogólnodostępnej informacji o ich rezultatach, ograniczona liczba szkoleń/spotkań dotyczących najnowszych trendów i wymiany doświadczeń w jakości i bezpieczeństwie świadczeń zdrowotnych,
- przerzucanie się umowami powierzenia danych osobowych, np. w diagnostyce, brak wymiany wiedzy i doświadczeń z innymi podmiotami ochrony zdrowia w zakresie sprostania wymaganiom RODO.

3.2.5. Ocena poszczególnych obszarów funkcjonowania szpitala

Piąta część ankiety zawierała prośbę do uczestników o dokonanie samooceny szpitala (Ryc. 4) w następujących obszarach:

- prowadzenie dokumentacji medycznej,
- gospodarka lekiem,
- informowanie pacjenta,
- zarządzanie szpitalem,
- opieka lekarska,
- opieka pielęgniarska,
- przestrzeganie praw pacjenta,
- jakość świadczonych usług,
- współpraca pomiędzy poszczególnymi działami szpitala.



Rycina 4. Samoocena szpitali w poszczególnych obszarach funkcjonowania.

Badane szpitale najwyżej oceniły opiekę pielęgniarską (4,05; mediana 4). Wszystkie pozostałe oceniane obszary funkcjonowania szpitali uzyskały średnią ocenę poniżej 4, przy czym najniżej oceniono współpracę pomiędzy poszczególnymi działami danego szpitala (3,2; mediana 3,5), prowadzenie dokumentacji medycznej (3,35; mediana 4) oraz informowanie pacjenta (3,4; mediana 4).

3.2.6. Systemy zarządzania i akredytacja w szpitalu

Strukturę szpitali pod względem systemów wdrożonych oraz certyfikowanych przedstawiono w Tabeli nr 13, natomiast okres funkcjonowania systemu w jednostce zobrazowano w Tabeli nr 14.

Tabela 13. Struktura szpitali – systemy wdrożone, systemy certyfikowane.

Systemy wdrożone		Systemy certyfikowane	
Oznaczenie normy/ nazwa certyfikatu	Liczba jednostek	Oznaczenie normy/ nazwa certyfikatu	Liczba jednostek
ISO 9001	16	ISO 9001	16
ISO-IEC 27001	8	ISO-IEC 27001	6
ISO 14001	4	ISO 14001	2
OHSAS 18001/ PN-N 18001	3	OHSAS 18001/ PN-N 18001	0
ISO 50001	0	ISO 50001	0
Akredytacja Ministra Zdrowia	12	Akredytacja Ministra Zdrowia	11
Inne, jakie: Szpital bez bólu	1	Inne, jakie: Szpital bez bólu	1

Tabela 14. Struktura szpitali – okres funkcjonowania systemu w szpitalu.

Kryteria	Liczba jednostek
systemy funkcjonują krócej niż 3 lata	0
systemy funkcjonują minimum 3 lata lub więcej	16
Akredytacja MZ oceniona minimum 1 raz	9
Akredytacja MZ oceniona więcej niż 1 raz	4

Ocenę procentową akredytacji Ministra Zdrowia (wymagany próg procentowy przyznania certyfikatu akredytacyjnego – 75%) prezentuje Tabela 15.

Tabela 15. Ocena procentowa akredytacji Ministra Zdrowia.

Akredytacja pierwsza		Akredytacja kolejna	
Ocena procentowa	Liczba jednostek	Ocena procentowa	Liczba jednostek
89%	1		
85%	1		
80%	1	87%	1
79%	1	86%	1
77%	4	75%	2
75%	3	72%	1
64%	1		

Najczęstsze problemy związane z funkcjonującymi systemami zarządzania w szpitalu wskazane przez uczestników badania:

- brak zainteresowania systemami i zaangażowania w zarządzanie nimi wśród dyrekcji i najwyższego kierownictwa – liczy się fakt posiadania certyfikatów, a nie wartość dodana wynikająca ze spełnienia wymagań poszczególnych norm odniesienia czy akredytacji, brak narzędzi motywujących i mobilizujących personel do przestrzegania założeń i pracy w zgodzie z przyjętymi wytycznymi,
- słaba komunikacja pomiędzy dyrekcją i najwyższym kierownictwem a personelem,
- słaba komunikacja i wymiana informacji pomiędzy poszczególnymi działami i obszarami funkcjonowania szpitala,
- w odniesieniu do systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji wg ISO/IEC 27001 – konieczność inwestycji w nowoczesne rozwiązania i sprzęt informatyczny,
- niechęć personelu do zmian,
- niecałkowite osiągnięcie zaplanowanych celów infrastruktura wymagająca niezwłocznego dostosowania do obecnych wymagań, brak możliwości rozbudowy czy przebudowy z powodów finansowych,
- trudności w integracji systemów zarządzania, zbędna biurokracja, różne podejście auditorów,
- niska świadomość pro jakościowa personelu, zbyt mało szkoleń tematycznych i ich niska skuteczność, brak wymiany wiedzy oraz doświadczeń.

3.2.7. Systemy informatyczne i polityka bezpieczeństwa informacji w szpitalu

Wybrane zagadnienia poruszone w tym bloku tematycznym oraz ich ocenę dokonaną przez respondentów przedstawia Tabela 16.

Tabela 16. Wybrane zagadnienia informatyczne oraz dotyczące polityki bezpieczeństwa informacji w szpitalach.

Zagadnienie	Liczba odpowiedzi twierdzących
Systemy informatyczne funkcjonujące w jednostce są ze sobą zintegrowane i zapewniają wymianę danych	15
W jednostce istnieje system informatyczny zapewniający możliwość prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej	17
W jednostce istnieje system informatyczny zapewniający kontrolę dostępu do systemów i pomieszczeń	9
W jednostce istnieje system informatyczny do administrowania uprawnieniami	17
W jednostce istnieje system informatyczny do rejestracji incydentów i zdarzeń dotyczących bezpieczeństwa informacji	7
W jednostce istnieje system informatyczny do rejestracji zdarzeń niepożądanych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych	10
W jednostce istnieje wdrożona i funkcjonująca polityka bezpieczeństwa informacji i inne związane z nią dokumenty	19

Tabela 16. Wybrane zagadnienia informatyczne oraz dotyczące polityki bezpieczeństwa informacji w szpitalach (cd.)

W jednostce istnieje przydzielona funkcja Inspektora Ochrony Danych (IOD)	19
W jednostce jest wdrożone RODO	19
W jednostce funkcjonuje kwalifikowany podpis elektroniczny	9

W celu pozyskania szerszego zakresu informacji w przedmiotowym zakresie poproszono respondentów o wskazanie najczęstszych problemów związanych z funkcjonującymi systemami informatycznymi w szpitalu. Zwrócono uwagę m.in. na:

- brak w użytkowanych systemach informatycznych do prowadzenia dokumentacji medycznej możliwości wdrożenia wszystkich wymaganych formularzy używanych w szpitalu, np. dla ZOL czy historii pielęgnowania, brak uruchomienia wszystkich dostępnych modułów,
- częste rozbieżności w grafikach pracy występujące po aktualizacji danego oprogramowania, mała możliwość korygowania błędów, np. dla pacjentów NN (tylko przez administratora),
- brak integracji systemów,
- starą infrastrukturę informatyczną, przestarzałe oprogramowanie i braki w wyposażeniu,
- brak środków finansowych na wymianę przestarzałych systemów i modułów oraz urządzeń, (np. XP, Windows 7, pakiety biurowe), niewłaściwą politykę zakupową (informatycy zalecają zakup wersji najnowszych, rozwojowych, a kupowane są wersje bazowe z uwagi na niewystarczające środki finansowe, po pewnym czasie skutkuje to zaprzestaniem działania urządzeń, niedługo później trzeba dokonać ponownego zakupu, ale tej lepszej, bogatszej wersji danego oprogramowania,
- brak możliwości lub duże utrudnienia w modyfikacji programów pod potrzeby podmiotu (praktycznie zerowe możliwości wprowadzania zmian lub bardzo długie oczekiwanie na ich wykonanie, nawet tych wynikających z aktualizacji bądź nowych wymagań prawnych),
- brak skutecznych narzędzi do generowania właściwych i zaawansowanych raportów oraz danych do analiz (błędne definicje i kategoryzacja, np. rodzajów zgonów),
- brak systematycznych szkoleń z obsługi danych programów informatycznych (potrzebne są zwłaszcza dla starszego wiekiem personelu medycznego),
- częste awarie i aktualizacje wykluczające system na kilka godzin, brak możliwości wykonywania aktualizacji w nocy,
- mało wydolną sieć LAN, zawieszanie systemów i serwerów, przeciążenia, środowisko nietestowane,
- szybko kończące się miejsce serwerach, macierzach, szybko rosnące wymagania aplikacji, starzejącą się technologię,
- problemy związane z administrowaniem systemami (nadawanie i cofanie uprawnień, okresową zmianę haseł dostępowych i konieczność ich ponownego zapamiętywania przez personel, skutkuje to częstym blokowaniem kont, niskimi umiejętnościami użytkowników w obsłudze sprzętu i wykorzystywanego oprogramowania, konieczność długiego oczekiwania na obsługę serwisową po zgłoszeniach użytkowników, problemy z podtrzymaniem zasilania urządzeń sieciowych i serwerowych itp.),
- elektroniczną dokumentację medyczną (wymiana pomiędzy systemami, niepełne działanie platformy P1, niepełne wdrożenie e-usług).

Ponadto respondenci wskazali własne oczekiwania względem informatyzacji ochrony zdrowia:

- wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej z pełnym uwierzytelnieniem pacjenta (podpisy), bez dokumentów papierowych (zgody i oświadczenia), system bardziej przyjazny i intuicyjny dla użytkownika,
- zapewnienie integracji systemów,

- wymiana zużytego i przestarzałego sprzętu komputerowego oraz oprogramowania, doposażenie stanowisk pracy,
- wprowadzenie systemu kolejkowego (numerki) dla zachowania poufności przy przyjęciu pacjenta do szpitala/poradni,
- uruchomienie platformy szkoleń e-learningowych dla pracowników ochrony zdrowia,
- wspólne e-platformy służące poświadczaniu tożsamości pacjentów, danych kontaktowych, w tym służących udostępnianiu dokumentacji, wykonanych szczepień itd.,
- zapewnienie środków finansowych na niezbędne aktualizacje i rozwój systemów informatycznych,
- możliwość aktualizacji systemów w nocy,
- szybka i sprawniejsza obsługa pacjenta, dokładność i czytelność dokumentacji medycznej, szybkie dotarcie do poszukiwanej informacji, wychwytywanie zdarzeń niepożądanych itd.,
- pełne wdrożenie projektu e-Zdrowie, w tym integracja systemów i pełna EDM,
- rozbudowa infrastruktury sieciowej,
- lepsza kompresja danych, przyspieszenie aplikacji webowych.

3.2.8. Uwagi dodatkowe

W części tej zadano respondentom następujące pytania:

- Co sprawia Państwu największe problemy w pracy?
- Co chcielibyście Państwo zmienić w pierwszej kolejności?

Umożliwiono również dodanie innych własnych uwag.

Analiza odpowiedzi na pierwsze pytanie pozwoliła na wyodrębnienie powtarzających się kwestii, takich jak:

- niskie zaangażowanie dyrekcji i najwyższego kierownictwa w zagadnienia i działania na rzecz jakości, w tym związane z aktywnością komitetów i zespołów problemowych,
- brak zaangażowania personelu w działania na rzecz poprawy jakości świadczeń, w zakresie szkoleń, analiz i działań doskonalących, niechęć do dodatkowych zajęć, brak komunikacji i spotkań w poszczególnych grupach zawodowych, brak narzędzi motywujących i mobilizujących personel do dodatkowej pracy,
- trudność w pozyskiwaniu niezbędnych i wiarygodnych danych z poszczególnych obszarów na potrzeby realizacji zadań, w tym prowadzenia wymaganych analiz i statystyk przez poszczególne działy, komitety czy zespoły problemowe,
- słaba komunikacja wewnętrzna,
- niewłaściwy stosunek personelu medycznego do pacjentów,
- brak spójności działań pomiędzy poszczególnymi działami, np. jakością i akredytacją, niezrozumienie tematu i brak holistycznego spojrzenia na szpital jako całość,
- zbyt późne informowanie (lub jego brak) o zamysłach i projektach wprowadzania zmian i modyfikacji, np. remontu oddziału, co ma wpływ na ochronę danych osobowych (*privacy by design*),
- niewystarczająca liczba personelu medycznego i administracyjnego, wysokie koszty pracy, częste zmiany legislacyjne, niedofinansowanie powodujące nieodpowiedniość infrastruktury i wyposażenia,
- niedoszacowanie w ramach wyceny procedur medycznych, np. świadczeń w trakcie pandemii COVID-19,
- niechęć do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej ze strony personelu medycznego,
- złe warunki techniczne i lokalowe,
- podwójna dokumentacja medyczna (papierowa i elektroniczna), konieczność drukowania dokumentacji przy braku wyposażenia w komputery i tablety,
- częsta zmiana przepisów prawa,
- braki kadrowe wśród personelu medycznego, wysoka fluktuacja,

- brak działu jakości – praca w pojedynkę, brak elektronicznego systemu do zarządzania dokumentacją systemową, brak narzędzi do e-learningu, jakość nie jest traktowana priorytetowo.

Najczęstsze odpowiedzi respondentów związane z oczekiwanymi zmianami:

- wzrost zaangażowania dyrekcji i najwyższego kierownictwa w działania na rzecz jakości,
- poprawa komunikacji wewnętrznej – pilna potrzeba poprawy wymiany informacji w bieżących sprawach i w odniesieniu do decyzji i planów dyrekcji oraz najwyższego kierownictwa,
- ilościowe zwiększenie kadry medycznej,
- zwiększenie świadomości i zmiana podejścia personelu medycznego do zagadnień związanych z jakością, w tym z akredytacją (np. wprowadzenie do programu studiów medycznych tematów: akredytacja, analiza zdarzeń niepożądanych, ryzyko i itp.),
- konieczność doksztalcenia personelu z obsługi urządzeń teleinformatycznych i obsługi programów informatycznych (brak działań systemowych i globalnych w tym zakresie, nadmierne oszczędzanie, pozostawienie szpitali samych sobie z tym problemem),
- wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej i takie jej opracowanie, aby lekarze i pielęgniarki mieli wystarczającą ilość czasu dla pacjentów,
- zwiększenie liczby spotkań z personelem i tematycznych szkoleń specjalistycznych dla personelu medycznego i administracyjnego,
- poprawa warunków technicznych i sanitarnych,
- wzmoczenie prac w zespołach zadaniowych, wymiana wiedzy i doświadczeń.

W uwagach dodatkowych uczestnicy badania zwrócili uwagę na następujące aspekty:

- konieczność zwiększenia zakupów w obszarze IT dla ISO/ IEC 27001 i innych potrzeb, w tym związanych z elektroniczną dokumentacją medyczną i szeroko rozumianą informatyzacją w ochronie zdrowia,
- niezbędne jest wsparcie osób pełniących funkcję Inspektora Ochrony Danych (IOD), konieczny jest zespół ludzi do współpracy, a także zapewnienie zastępstwa IOD, organizacja szkoleń w tym zakresie, tak istotnych w przypadku nieprzebranych ilości danych szczególnych kategorii przetwarzanych każdego dnia w szpitalach, zapewnienie nadzoru nad umowami powierzenia i itd.,
- w dobie pandemii COVID-19 działania na rzecz jakości stanęły na drugim planie.

W toku prowadzonej analizy zidentyfikowano czynniki wpływające na przygotowanie i zaawansowanie procesu wdrożenia poszczególnych wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w obszarze funkcjonalnym komitetów i zespołów problemowych. Należą do nich:

- a) posiadanie przez szpital akredytacji Ministra Zdrowia (najwięcej istotnych statystycznie zależności występuje w odniesieniu do komitetów/zespołów ds. farmakoterapii, antybiotykoterapii oraz transfuzjologii, a w przypadku realizowanych analiz klinicznych dotyczy zgonów, zakażeń oraz znieczuleń),
- b) sposób wdrożenia akredytacji w szpitalu (samodzielnie lub przy współpracy z zewnętrzną firmą konsultingową), gdzie najwięcej istotnych statystycznie zależności dotyczy komitetów/zespołów ds. farmakoterapii i antybiotykoterapii, a w przypadku analiz – ryzyka i szans,
- c) posiadanie przez szpital systemu zarządzania jakością zgodnego z wymaganiami normy ISO 9001 (najwięcej istotnych statystycznie zależności ma miejsce w odniesieniu do komitetów i zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, transfuzjologii oraz jakości, a w przypadku realizowanych analiz – odnośnie do zdarzeń niepożądanych, zgonów i satysfakcji pacjentów),
- d) sposób wdrożenia systemu zarządzania jakością wg ISO 9001 (samodzielnie lub przy współpracy z zewnętrzną firmą konsultingową), gdzie istotne statystycznie zależności dotyczą wyłącznie analizy zgonów (wnioski doskonałą działania) i odległych skutków zabiegów (określona metodyka prowadzenia przedmiotowej analizy),
- e) liczba łóżek (wielkość podmiotu leczniczego), gdzie istotnie statystycznie zależności dotyczą komitetów transfuzjologicznego i etyki oraz komitetu i zespołu kontroli zakażeń szpitalnych, a w przypadku analiz – zgonów, zdarzeń niepożądanych oraz wypadków i urazów,

- f) liczba zatrudnionego personelu (najwięcej istotnych statystycznie zależności dotyczy komitetów i zespołów kontroli zakażeń, transfuzjologii i zgonów, a w odniesieniu do realizowanych analiz klinicznych – analityki, promieniowania jonizującego oraz zdarzeń niepożądanych).

4. Dyskusja

Pojęcie jakości usług zdrowotnych zmieniało się na przestrzeni lat wielokrotnie. Do niedawna jakość opieki zdrowotnej była synonimem braku popełniania błędów. Wraz z rozwojem medycyny oraz próbami przewidywania błędów i badania ich przyczyn jakość stała się przedmiotem całościowego zarządzania organizacją (Allen-Duck i in., 2017). Poprzez szczególną dbałość o najwyższy standard opieki, identyfikację ryzyka i szans dla realizowanych procesów w ostatnim czasie jakość stała się nieocenionym narzędziem wykorzystywanym w walce konkurencyjnej pomiędzy poszczególnymi placówkami medycznymi (Schrimmer i in., 2019). To również nadzieja dla pacjentów na leczenie w przyjaznych i przede wszystkim bezpiecznych warunkach opieki (Hoffman, 2008; Ree i in., 2019).

W Polsce zainteresowanie jakością opieki zdrowotnej pojawiło się dopiero w latach 90. ubiegłego wieku na tle transformacji systemu ochrony zdrowia. W 1996 roku rozpoczął się proces restrukturyzacji opieki szpitalnej, w wyniku którego nastąpiła zmiana formy działania szpitali z jednostek budżetowych na samodzielne, a nowym wyzwaniem stała się orientacja na klienta/pacjenta. Podmioty lecznicze zaczęły funkcjonować na rynku komercyjnym, co przyczyniło się do zwrócenia ich uwagi na jakość świadczonych usług, skuteczność i efektywność podejmowanych działań.

Dla osiągnięcia wysokiego poziomu jakości opieki zdrowotnej można stosować wewnętrzne i zewnętrzne metody. Do najpopularniejszych zewnętrznych systemów oceny jakości zalicza się przede wszystkim akredytację (dla leczenia szpitalnego oraz POZ), a także ISO (PN-EN 15224 – system zarządzania jakością EN ISO 9001 dla sektora ochrony zdrowia, ISO 17025 – dotyczy laboratoriów badawczych i wzorujących, ISO 9001 – zarządzanie jakością, ISO 31000 – zarządzanie ryzykiem czy ISO 14001 – zarządzanie środowiskowe). Wśród szpitali biorących udział w badaniu głównym ponad połowa (11) posiada Certyfikat Akredytacyjny Ministra Zdrowia, a 16 z nich ma wdrożony i certyfikowany system zarządzania jakością zgodny z normą ISO 9001. Dodatkowo 6 szpitali posiada certyfikat potwierdzający skuteczne wdrożenie systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji wg normy ISO/IEC 27001 przy 8 jednostkach potwierdzających implementację przedmiotowego systemu w organizacji. Deklarowane wdrożenie innych systemów dotyczy programu „Szpital bez bólu” oraz PPS HAI&AU.

Analiza dostępnej literatury dotyczącej akredytacji w szpitalach wykazała istnienie dowodów na poparcie poglądu, że zgodność ze standardami akredytacyjnymi korzystnie wpływa na jakość świadczonych usług (Saleh i in., 2013; Greenfield i in. 2012; Imelda, 2019) oraz na poprawę wydajności i efektywności funkcjonowania szpitala (Lin i in., 2019). Ponadto na poziomie międzynarodowym zaleca się podejmowanie wysiłków w zakresie zachęcania podmiotów leczniczych oraz ciągłego aktualizowania standardów akredytacyjnych w celu instytucjonalizacji oraz zwiększania jakości organizacji, które podejmują się wdrożenia standardów akredytacyjnych (Desveaux i in., 2017; Hussein i in., 2021). Większość badanych szpitali podziela powyższy pogląd, chociaż w informacjach dodatkowych od respondentów nie zabrakło również uwag krytycznych, takich jak chociażby nieaktualność użytej nomenklatury w „wiekowych” już standardach akredytacyjnych czy ograniczone wytyczne co do konkretnych metod realizacji poszczególnych wymagań (ważne jest przede wszystkim *co* robimy, a nie *jak* robimy). Sama ocena współpracy z organami oceniającymi w opinii uczestników badania wypadła zdecydowanie na korzyść jednostek certyfikujących systemy ISO (średnia ocen 4,72), gdzie ocena ta była jednocześnie najwyższą spośród wszystkich ocenianych podmiotów zewnętrznych przy średniej ocen 3,81 dla CMJ.

Do metod wewnętrznych należą między innymi: monitorowanie występowania zakażeń oraz zdarzeń niepożądanych i zapobieganie im, opracowywane własnych projektów poprawy jakości, realizacja szeregu analiz klinicznych. Niezwykle popularną metodą jest także badanie poziomu satysfakcji pacjentów (Wroński i in., 2009; Thomas i in., 2015; Costa i in. 2019; Bergerød i in., 2020; Burlakov i in., 2021; Barriga-Chambi in., 2022). Większość z wymienionych wewnętrznych narzędzi oceny

jakości dokładnie wpisuje się w podstawowe zadania wynikające z obszarów funkcjonalnych poszczególnych komitetów i zespołów problemowych. Nie ulega zatem wątpliwości, jak istotna jest odpowiednia organizacja ich pracy, wsparcie i współpraca ze strony dyrekcji, najwyższego kierownictwa i pozostałego personelu, a także zapewnienie profesjonalnych narzędzi umożliwiających komitetom i zespołom skuteczne gromadzenie wszystkich niezbędnych danych, rzetelną ich analizę, łatwość przekazu wyników analiz oraz skuteczne wdrażanie niezbędnych działań doskonalących (Brzostek i in., 2019). Respondenci właśnie na te aspekty zwracają szczególną uwagę, co widać w przekazanych przez nich ocenach i uwagach. Najlepiej funkcjonującymi są komitety i zespoły odpowiadające za kontrolę zakażeń szpitalnych oraz zajmujące się monitorowaniem zdarzeń niepożądanych, weryfikacją poprawności prowadzonej dokumentacji oraz satysfakcją pacjentów, czyli komitety i zespoły ds. jakości. Wymienione gremia dominują także w odniesieniu do ilości szkoleń realizowanych w ciągu roku kalendarzowego dla personelu szpitala (kontrola zakażeń – 11 szkoleń, jakość – 3 szkolenia oraz bieżące szkolenia wstępne dla wszystkich nowozatrudnionych pracowników).

Zgodnie z proponowanymi projektami ustaw, ściśle związanymi z jakością i bezpieczeństwem opieki zdrowotnej w Polsce, tj. z Ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, 2017) oraz Ustawą o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, 2022), konkretne rozwiązania systemowe dla obecnej „niedostatecznej jakości” mają wreszcie realną szansę zafunkcjonować i zmienić otaczającą nas rzeczywistość.

Celem projektu pierwszej z wymienionych ustaw jest wdrożenie odpowiednich rozwiązań prawno-organizacyjnych, które w sposób holistyczny oraz skoordynowany będą realizowały priorytety polityki zdrowotnej w obszarze jakości. Główne założenia dotyczą:

- autoryzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą (szpitale),
- monitorowania zdarzeń niepożądanych,
- usprawnienia akredytacji w ochronie zdrowia,
- usprawnienia wypłaty pacjentom rekompensat za zdarzenia medyczne,
- tworzenia i prowadzenia rejestrów medycznych.

Uregulowanie kwestii systemowego monitorowania poszczególnych wskaźników jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych jest nie tylko odpowiedzią na większość uwag i spostrzeżeń przekazanych przez respondentów, ale także szansą na realizację zaproponowanych w niniejszej pracy rozwiązań i dobrych praktyk, np. wypracowania i standaryzacji narzędzi do systematycznej oceny jakości świadczeń opieki zdrowotnej czy wprowadzenia i rozpowszechnienia odpowiednich rejestrów medycznych / baz danych i wiedzy dla ciągłego doskonalenia praktyki klinicznej.

Drugi z zaproponowanych projektów ustaw powstał w konsekwencji zauważonych negatywnych skutków obecnej organizacji opieki zdrowotnej w polskich szpitalach, które znacząco hamują ich rozwój. Należą do nich:

- pogarszająca się sytuacja finansowa (rosnące zadłużenie),
- pełnienie przez wiele różnych jednostek, głównie samorządu terytorialnego, funkcji podmiotów nadzorujących wobec szpitali,
- nieuzasadniona konkurencja pomiędzy jednostkami o pacjentów, personel medyczny oraz zasoby materialne (szpitale prowadzące działalność na tym samym terenie nie powinny powielać świadczonych usług, a wzajemnie się w tym zakresie uzupełniać, co z punktu widzenia pacjentów zapewniłoby kompleksowość oferowanej opieki zdrowotnej),
- niedoinwestowanie szpitalnictwa (jedynie część świadczeniodawców jest w stanie zapewnić w miejscu udzielania świadczeń szerokie spektrum badań diagnostycznych i wysoki poziom leczenia),
- bardzo wysoki poziom kosztów wynagrodzeń z ubezpieczeniami społecznymi oraz kontraktami lekarskimi i pielęgniarskimi w kosztach ogółem szpitali (w SPZOZ i instytutach badawczych średnio na poziomie prawie 60%),
- brak jednostki koordynującej i nadzorującej kompleksowo procesy zachodzące w całym sektorze szpitalnictwa, co nie sprzyja prowadzeniu spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia

świadczeń medycznych oraz optymalnemu zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych i Krajowym Planem Transformacji na lata 2022–2026 (Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie krajowego planu transformacji, 2021),

- brak jasnych wymogów określających niezbędne kwalifikacje osób mogących zarządzać podmiotami leczniczymi (niewystarczający poziom kompetencji menedżerskich) (Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, 2022).

Sytuacja dotycząca omówionych powyżej projektowanych zmian jakościowych w systemie ochrony zdrowia nie pozostała bez echa wśród uczestników badania głównego i znalazła swoje odzwierciedlenie w szeregu przekazanych komentarzy dotyczących przede wszystkim niewystarczających środków finansowych, niedoinwestowania szpitalnictwa czy niewystarczających kompetencji dyrekcji i najwyższego kierownictwa (np. wymagania, do których obok wykształcenia wyższego i kilkuletniego stażu pracy na stanowisku kierowniczym dodaje się obowiązek ukończenia studiów podyplomowych Master of Business and Administration lub posiadanie tytułu doktora w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie ekonomia i finanse lub nauki o zarządzaniu i jakości, a także obowiązek ustawicznego doskonalenia zawodowego w zakresie kompetencji menedżerskich lub zarządzania podmiotem leczniczym).

Ponadto zarówno rezultaty przeprowadzonych ankiet oraz wywiadów, jak i założenia projektowanych, opisanych powyżej regulacji pozostają w zgodzie z głównymi kierunkami działań polityki zdrowotnej w województwie łódzkim na lata 2021–2027, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości w jednostkach ochrony zdrowia poprzez:

- poprawę infrastruktury podmiotów leczniczych,
- zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii i rozwiązań cyfrowych,
- podejmowanie działań projakościowych w podmiotach leczniczych (Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego, 2021).

5. Wnioski

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 menedżerskie 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 definiowania 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 przeznaczonych szczególnie dla komitetów i zespołów problemowych.
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 liczba i ograniczony zakres realizowanych szkoleń tematycznych.

W odpowiedzi na zdefiniowane wnioski zaproponowano dobre praktyki i rozwiązania systemowe dla sprawnego i skutecznego wdrożenia oraz utrzymywania wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w podmiotach leczniczych. Zgodnie z założoną koncepcją modele zostały przygotowane dla każdej z postawionych tez częściowych, które wskazują powody niewłaściwego funkcjonowania poszczególnych komitetów i zespołów problemowych w szpitalach. Opracowane modele nie są modelami strukturalnymi, tylko funkcjonalnymi i mają układ hierarchiczny.

W sposób obrazowy przedstawiono główne problemy, z jakimi mają do czynienia w codziennym funkcjonowaniu powoływane w szpitalach komitety i zespoły problemowe, a także wskazano szereg pomysłów oraz idei na usprawnienie podejmowanych działań, w tym skuteczną realizację, wnioskowanie o rozwiązania wynikające bezpośrednio z rezultatów prowadzonych analiz klinicznych i ich wdrażanie.

W niniejszej części, stanowiącej podsumowanie pracy, tezy częściowe zestawiono w dwa bloki tematyczne. Pierwszy jest związany z organizacją i realizacją zadań przez poszczególne komitety i zespoły, drugi odnosi się bezpośrednio do realizacji analiz klinicznych. Po omówieniu poszczególnych tez częściowych wskazano i omówiono bezpośrednio dobre praktyki oraz rozwiązania systemowe do zastosowania w szpitalach w celu usprawnienia pracy badanych gremiów i większej skuteczności ich działań.

W odniesieniu do pierwszej tezy częściowej, wskazującej na zakłócenia w pracy poszczególnych komitetów i zespołów problemowych spowodowane niepostrzeganiem rangi komitetów i zespołów jako gremium doradczego, posiadającego wiedzę, kompetencję i doświadczenie, szczególną uwagę zwraca fakt, że średnia ocen równa lub wyższa niż 4 dotyczy jedynie antybiotykoterapii (4,13) oraz transfuzjologii (4,00). Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów, problemem nie jest brak wiedzy, kompetencji czy doświadczenia poszczególnych członków komitetów czy zespołów (najczęściej są to cenieni eksperci i doświadczeni pracownicy medyczni, z wieloletnim stażem, zaangażowani i wyróżniający się w swojej codziennej pracy zawodowej), ale raczej niewystarczająca współpraca i współdziałanie w osiąganiu celów i realizacji powierzonych im zadań ze strony dyrekcji oraz najwyższego kierownictwa. Brak wsparcia przez dyrekcję może w dłuższej perspektywie czasu rodzić poczucie niewielkiej wagi realizowanych zadań, zarówno wśród samych członków komitetów i zespołów, jak i pozostałego personelu, w tym przede wszystkim medycznego. Taki stan rzeczy przekłada się bezpośrednio na niskie zaangażowanie w pracę dodatkową niektórych osób, która nie jest wzmacniana i gratyfikowana żadnymi dodatkowymi środkami motywacyjnymi. Osoby wyznaczone muszą samodzielnie organizować sobie czas pomiędzy obowiązkami związanymi z wykonywaną pracą zawodową w oddziale czy poradni a realizacją zadań danego komitetu czy zespołu. W konsekwencji mamy potwierdzenie drugiej z postawionych tez, mówiącej o niskim poziomie zaangażowania poszczególnych członków komitetów i zespołów w realizację powierzonych zadań.

Dobre praktyki i rozwiązania systemowe w odniesieniu do powyższego to przede wszystkim:

1. Oparcie działań powoływanych komitetów i zespołów problemowych w szpitalach o silne przywództwo (wysokie kompetencje menedżerskie dyrekcji i najwyższego kierownictwa) oraz współdziałanie wszystkich pracowników.
2. Stawianie przez dyrekcję i najwyższe kierownictwo na pierwszym miejscu takiej kultury organizacyjnej, w której jakość i bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu są najważniejsze, a samowiedza i chęć poznawania nie tylko mocnych, ale także słabych stron organizacji (czyli ryzyka i szans zgodnie z nomenklaturą międzynarodowych norm ISO) jest wartością najwyższą.
3. Wpisanie celów, zadań i programów poszczególnych komitetów i zespołów w całościowy program działań szpitala dla poprawy jakości, opracowywany, monitorowany i aktualizowany przez zespół ds. jakości i wymagany standardami akredytacyjnymi z obszaru PJ – Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta.
4. Wykorzystanie danych z prowadzonych analiz (będących elementem monitorowania jakości) do prowadzenia projektów naprawy realizowanych zgodnie z metodologią poprawy jakości E. Deminga: cykl PDCA: *Plan* – Zaplanuj, *Do* – Wykonaj, *Check* – Sprawdź, *Act* – Zastosuj)

(przykład autorskiego formularza do wykorzystania przy opracowywaniu projektów poprawy na poziomie oddziału/szpitala – Załącznik nr 1).

5. Opracowanie i wdrożenie odpowiednich narzędzi motywacyjnych (materialnych i niematerialnych) dla poszczególnych członków komitetów i zespołów w postaci:
 - uwzględnienia w grafikach pracy czasu przeznaczanego na obowiązki związane z funkcjonowaniem danego komitetu/zespołu i odpowiedniej organizacji pracy,
 - dodanie w regulaminie wynagrodzeń i premiovania zasad gratyfikacji za dodatkową pracę na rzecz komitetów i zespołów,
 - wyznaczenie koordynatora pracy komitetów i zespołów w szpitalu, którego rolą będzie monitorowanie pracy i współpracy wszystkich powołanych gremiów,
 - przydzielenie powyższej funkcji oraz stanowiska pełnomocnika / kierownika ds. jakości / akredytacji pracownikowi z wykształceniem medycznym, najlepiej lekarzowi, aby stanowił autorytet i uosabiał znaczenie tych zagadnień w organizacji,
 - organizowanie okresowych spotkań z personelem dla wymiany informacji oraz uświadamiania rangi gromadzonej wiedzy, dającej podstawy do ciągłego doskonalenia i poprawy bezpieczeństwa wszystkich zainteresowanych stron.

Kolejne dwie tezy częściowe upatrują przyczyn zakłóceń w funkcjonowaniu poszczególnych komitetów i zespołów w:

- braku lub ograniczonych wytycznych odnoszących się do opracowania programu ich funkcjonowania,
- braku lub ograniczonej realizacji celów oraz zadań wynikających z pierwszego punktu.

Badane komitety i zespoły w ocenie respondentów pracują według określonego programu działania (średnia ocen między 4,47 dla farmakoterapii a 4,79 dla żywienia pacjentów; mediana 5). Wynik ten nie przekłada się jednak na oceny kolejnych aspektów funkcjonowania komitetów i zespołów, które powinny wynikać bezpośrednio z danego programu działania, a mianowicie:

- dotyczące informowania o rezultatach swoich analiz (średnia ocen między 3,27 dla etyki a 4,39 dla kontroli zakażeń; mediana 4),
- odnoszące się do wdrażania rozwiązań z wysuniętych wniosków z prowadzonych działań (między 3,27 dla etyki a 4,26 dla zakażeń; mediana 4), przy czym respondenci tylko w przypadku komitetu i zespołu ds. zakażeń oraz dla jakości ocenili ten aspekt na 4, reszta osób nie ma zdania i wskazała ocenę 3,
- związane z realizacją cyklicznych szkoleń tematycznych (między 2,60 dla farmakoterapii a 4,35 dla kontroli zakażeń; mediana 4 dla zakażeń i jakości oraz 3 dla pozostałych), gdzie jedynie dla zakażeń respondenci zgodzili się z przedmiotowym stwierdzeniem, natomiast nie zgodzili się z tym faktem względem farmakoterapii, zgonów i etyki,
- dotyczące oceny skuteczności poszczególnych szkoleń (od 3,17 dla zgonów do 3,92 dla zakażeń; mediana 4, z wyjątkiem żywienia i zgonów, gdzie mediana wyniosła 3).

Podaje to w wątpliwość zaobserwowaną wysoką ocenę omawianego programu działania poszczególnych komitetów czy zespołów i potwierdza tezę wskazującą na ograniczoną realizację celów i zadań wynikających z przedmiotowego programu lub jej brak. Patrząc przez pryzmat dostępnych wytycznych odnoszących się do opracowania programu funkcjonowania badanych komitetów i zespołów, najwięcej praktycznych wskazówek odnajdujemy dla tych, których powołanie i funkcjonowanie regulują wymagania prawne, ze szczególnym uwzględnieniem komitetu i zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych oraz komitetu i zespołu transfuzjologicznego (opracowane dodatkowo standardy pracy). Znajduje to swoje odzwierciedlenie w ocenie kolejnych aspektów związanych z funkcjonowaniem tych dwóch komitetów i zespołów, gdzie w przypadku zakażeń szpitalnych praktycznie w każdym badanym obszarze ocena respondentów jest najwyższa. W przypadku komitetów i zespołów ds. farmakoterapii i ds. jakości ogólne wytyczne dla ich funkcjonowania, w tym wzmianki o konieczności opracowania programu ich działania, odnajdujemy przede wszystkim w odpowiednich standardach akredytacyjnych, jednakże normują one głównie zakres niezbędnych analiz i częstotliwość ich sprawozdawania, a także czasookresy obowiązkowych spotkań. Dla komitetu i zespołu ds. etyki, komitetu

i zespołu ds. żywienia oraz komitetu i zespołu ds. zgonów częściowe wytyczne odnajdujemy zarówno w wymaganiach prawnych, jak i w wymaganiach określonych standardów akredytacyjnych, jednak nie odzwierciedlają one pełnego wykazu celów i zadań ułatwiających prawidłowe i kompleksowe dookreślenie obszaru funkcjonalnego każdego z nich. W związku z tym postawiona teza o braku lub ograniczonych wytycznych odnoszących się do opracowania programu funkcjonowania poszczególnych komitetów i zespołów problemowych nie jest prawdziwa w części wskazującej ich brak. Znajduje natomiast swoje uzasadnienie w aspekcie ograniczonych wytycznych, umożliwiających i ułatwiających opracowanie szczegółowego programu działania w przypadkach, gdy dla danego komitetu czy zespołu nie funkcjonują dedykowane przepisy prawa i/lub standardy pracy.

Dobre praktyki i rozwiązania systemowe dla powyższych ograniczeń to przede wszystkim:

1. Opracowanie norm prawnych, precyzyjnie określających funkcjonowanie wszystkich komitetów/zespołów problemowych dzięki wymaganym standardom akredytacyjnym oraz wzorcom związanym z jakością i bezpieczeństwem opieki zdrowotnej, lub przynajmniej uszczegółowienie wymagań standardów akredytacyjnych skierowanych do komitetów i zespołów problemowych w taki sposób, aby w sposób jednakowy dla każdego z nich określały najważniejsze cele i zadania, w tym zakres obowiązkowych analiz do realizacji, możliwe metody ich prowadzenia czy pomocne formularze oraz protokoły dla sprawnego i rzetelnego dokumentowania całości podejmowanych działań.
2. Zakup i wdrożenie rozwiązań informatycznych umożliwiających zdalny dostęp do przestrzeni roboczych, w których komitety i zespoły problemowe danego szpitala w łatwy oraz przyjazny sposób mogłyby zarządzać pracą własną oraz przypisanymi zadaniami, kontaktować się ze sobą i współpracować, śledzić postępy założonych celów, a przede wszystkim dzielić się wiedzą oraz doświadczeniem.
3. Umożliwienie bieżącej wymiany doświadczeń oraz najlepszych praktyk stosowanych przez szpitale akredytowane czy certyfikowane zgodnie z wymaganiami poszczególnych norm ISO w procesie powoływania i aktywizowania poszczególnych komitetów i zespołów problemowych,
4. Nieograniczony dostęp do szkoleń specjalistycznych, edukacja kadry zarządzającej i medycznej w przedmiotowym zakresie, w tym w ramach poszczególnych programów studiów lekarskich czy pielęgniarskich, z wykorzystaniem nowoczesnych metod nauczania, w tym kształcenia na odległość.
5. Wypracowanie standardu minimalnego zakresu niezbędnych elementów programu działania danego komitetu i zespołu dla zapewnienia ich pełnej funkcjonalności (wzór – Załącznik nr 2).
6. Wypracowanie standardu minimalnego zakresu wymaganych elementów zawartych w protokołach posiedzeń komitetów i zespołów w celu zapewnienia kompleksowej realizacji przyjętego programu działania (wzór – Załącznik nr 3).

Kolejna teza zakłada powiązanie nieprawidłowości w funkcjonowaniu poszczególnych komitetów i zespołów z nieregularnością organizowanych spotkań. Zgodnie z oceną respondentów oraz dodatkowymi informacjami, takimi jak brak bieżących dowodów na regularną pracę poszczególnych komitetów i zespołów, duże trudności w organizacji pracy (w tym spotkań, sprawozdawczości, analiz, wniosków i działań doskonalących), a także zauważoną koniecznością organizacji regularnych spotkań z pracownikami oraz wymiany wiedzy i doświadczeń pomiędzy poszczególnymi komitetami i zespołami oraz personelem (współpraca i współdziałanie), należy uznać prawdziwość przedmiotowej tezy. Na taki stan rzeczy mogą mieć wpływ zbyt liczne składy powoływanych komitetów i zespołów (=konieczność zebrania dużej liczby osób w jednym czasie i miejscu bywa kłopotliwe), co powoduje bardzo często posiedzenia w okrojonych składach lub konieczność ich przekładania czy odwoływania.

Dobre praktyki i rozwiązania systemowe dla zapewnienia regularności spotkań, a tym samym niezbędnej cykliczności wszystkich działań mających miejsce w danym obszarze funkcjonalnym poszczególnych komitetów i zespołów, łączą się z tymi wskazanymi przy ograniczeniach związanych z pierwszą i drugą tezą (m.in. odpowiednia organizacja czasu pracy, dodatkowa gratyfikacja finansowa motywująca do realizacji zadań dodatkowych). Poza tym możemy tu wskazać:

1. Ograniczenie liczebności poszczególnych komitetów i zespołów do niezbędnego minimum.
2. Powoływanie w szeregi danego grona doradczego osób prawdziwie zaangażowanych i zainteresowanych danym obszarem funkcjonalnym (entuzjastów nauki i wiedzy).
3. Zapewnienie silnego przywództwa (do pełnienia funkcji przewodniczącego danego komitetu czy zespołu, dobór osób o silnych cechach przywódczych, potrafiących zarażać swoim entuzjazmem i mających wysoką świadomość rangi prowadzonych działań).

Kolejna teza cząstkowa zakłada powiązanie problemów w funkcjonowaniu poszczególnych komitetów i zespołów z małą liczbą szkoleń dla personelu i nieregularnością ich przeprowadzania w zakresie zgodnym z obszarem funkcjonalnym danego komitetu i zespołu. Średnia ocen dla realizacji cyklicznych szkoleń tematycznych waha się między 2,60 dla farmakoterapii a 4,35 dla kontroli zakażeń. Ponadto, w odniesieniu do oceny skuteczności szkoleń, średnia ocen wyniosła od 3,17 dla zgonów do 3,92 dla zakażeń. Takie wyniki jednoznacznie potwierdzają prawdziwość postawionej tezy i szcążkową liczbę szkoleń w niektórych obszarach (dotyczy etyki – 1,8 szkolenia w ciągu roku, żywienia – 1,7 szkolenia w ciągu roku oraz zgonów – 1,6 szkolenia na rok).

Proponowane dobre praktyki i rozwiązania systemowe mogące w znaczący sposób wpłynąć pozytywnie na aspekty związane z organizacją szkoleń to:

1. Włączenie przedmiotowych szkoleń do rocznego harmonogramu szkoleń wymaganego m.in. przez standard akredytacyjny ZZ5.2. Szpital posiada plan kursów dla osób zatrudnionych, zgodnie z którym szkolenia winny być zaplanowane nie rzadziej niż raz w miesiącu (z wyjątkiem miesięcy wakacyjnych) bądź włączone do planów szkoleń na dany rok w przypadkach placówek nie posiadających wdrożonego systemu akredytacji.
2. Utworzenie wspólnych platform edukacyjnych i udostępnienie ich placówkom ochrony zdrowia.
3. Wspólne opracowanie tematycznych szkoleń umożliwiających wymianę doświadczeń i wiedzy w danym obszarze funkcjonalnym.
4. Dofinansowanie dostępu do niezbędnej infrastruktury informatycznej i nowoczesnych technik kształcenia na odległość.

Drugi blok tez cząstkowych związany jest z realizacją analiz klinicznych przez poszczególne komitety i zespoły problemowe. Poniżej odniesiono się do każdej tezy, a w dalszej kolejności zaproponowano zbiorczo dobre praktyki i rozwiązania systemowe usprawniające działanie komitetów i zespołów problemowych w szpitalu.

Pierwsza z tez cząstkowych w tym obszarze dotyczy m.in. metodyki prowadzenia analiz, ich regularności, dostępności oraz kompletności. Zebrane i opisane powyżej wyniki oceny wymienionych aspektów przez respondentów oraz zgromadzone liczne komentarze dodatkowe i dane zebrane w części VII potwierdzają prawdziwość przedmiotowej tezy. W pierwszej kolejności komentarze dodatkowe uwidoczniły różnorodność przyjętych metod realizacji poszczególnych analiz, częściowo przy użyciu przeznaczonych temu systemów informatycznych, częściowo poprzez weryfikację dokumentacji medycznej, także tej w wersji papierowej. Następnie uwypukliły braki (zaledwie połowa badanych szpitali posiadała system informatyczny do rejestracji zdarzeń niepożądanych) lub niedoskonałość funkcjonujących narzędzi (możliwość zakłamania danych poprzez nieprawidłowości w zdefiniowanych kryteriach czy nierzetelne i nieregularne uzupełnianie danych, w tym dokumentacji medycznej).

Niesprawne i nieskuteczne funkcjonowanie poszczególnych komitetów i zespołów, zgodnie z kolejną postawioną tezą, jest związane z wypracowywaniem procedur i modeli postępowania w niepełnym zakresie. Teza ta jest naturalną konsekwencją całkowitego braku realizacji niektórych analiz w badanych szpitalach, jak pokazały to powyższe wyniki, lub realizacji poszczególnych analiz na podstawie danych niedoszacowanych. Dodatkowo, gdy dołożymy do niniejszej analizy potwierdzoną w Części I badania ograniczoną dostępność wytycznych co do opracowania i aktualizowania szczegółowego planu działania danego komitetu czy zespołu problemowego, wskazującego cele i zadania, w tym zakres działania (jak chociażby rodzaj realizowanych analiz), nie możemy mieć pewności, że są one opracowywane w pełnym zakresie. Ponadto prawdziwość tej tezy odnajdujemy w uwagach i spostrzeżeniach dodatkowych przekazanych przez respondentów.

Następna teza cząstkowa identyfikuje problemy w funkcjonowaniu poszczególnych komitetów i zespołów w związku z wdrażaniem wniosków z prowadzonych działań w ograniczonym zakresie (w tym działań naprawczych i doskonalących wynikających z realizowanych analiz). W tym przypadku, podobnie jak poprzednio, teza ta stanowi konsekwencję całkowitego braku realizacji niektórych analiz w badanych szpitalach i/lub realizacji poszczególnych analiz na podstawie danych niedoszacowanych. Wyniki oceny tego aspektu przez uczestników badania przedstawione powyżej oraz liczne komentarze dodatkowe potwierdzają prawdziwość przedmiotowej tezy cząstkowej. Ponadto wskazują naturalną zależność pomiędzy posiadaniem określonej metodyki prowadzenia poszczególnych analiz, ich późniejszą regularną realizacją i kompleksowością a wdrażaniem w pełnym zakresie rozwiązań z wysuniętych wniosków.

Ostatnia z tez cząstkowych w tym bloku tematycznym dotyczy bieżącego informowania zainteresowanych stron o wynikach działań, w tym rezultatach prowadzonych analiz. Podobnie jak poprzednio, zebrane dane i komentarze potwierdzają jej prawdziwość. Bez określonej metodyki prowadzenia poszczególnych analiz, bez rzetelnie i całościowo gromadzonych danych oraz bez zachowania regularności podejmowanych czynności w obszarze analiz klinicznych nie może być mowy o bieżącym informowaniu zainteresowanych o rezultatach prowadzonych działań.

Zgodnie z powyższym, jest to obszar wymagający wypracowania jednolitych standardów postępowania, a dobre praktyki i rozwiązania systemowe to przede wszystkim:

1. Uszczegółowienie optymalnego zakresu analiz klinicznych prowadzonych przez poszczególne komitety i zespoły problemowe w odpowiednich normach prawnych i/lub standardach akredytacyjnych.
2. Opracowanie i wskazanie najlepszych metod realizacji poszczególnych analiz klinicznych w odpowiednich aktach prawnych i/lub standardach akredytacyjnych oraz zaleceniach.
3. Wykorzystywanie i propagowanie istniejących narzędzi ułatwiających prowadzenie niektórych komitetów i zespołów czy analiz, np.:
 - standardu pracy komitetu transfuzjologicznego opracowanego przez IHiT w Warszawie,
 - opracowanej karty resuscytacji krążeniowo-oddechowej (Timler, 2016), która doskonale wpisuje się w wymagania stawiane dla analizy RKO, do której prowadzenia obowiązuje standard akredytacyjny OP5 – W szpitalu prowadzona jest analiza częstości i skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych.
4. Zastosowanie prostych, sprawdzonych i skutecznych narzędzi pomocnych w analizie źródłowej czy identyfikacji ryzyka i szans, takich jak: SWOT (ang. *Strength, Weakness, Opportunities, Threat*), 5 Why, 5 Why 2 How, Diagram Ishikawy (rybiej ości), drzewa zdarzeń, drzewa błędów itp.
5. Opracowanie spójnych i zintegrowanych rozwiązań teleinformatycznych pozwalających na bieżące, kompleksowe gromadzenie danych, ich niezakłócony przepływ i integrację, a także nieograniczoną dostępność dla personelu (szeroko rozumiana informatyzacja ochrony zdrowia, w tym współdzielenie przeznaczonych ku temu zasobów) lub zapewnienie dostępności do gotowych rozwiązań systemowych wspierających procesy związane z jakością i zgodnością w szpitalach, umożliwiających analizowanie, automatyczne raportowanie i wyciąganie wniosków z mogących mieć miejsce niezgodności.
6. Stworzenie i udostępnienie wspólnych czy współdzielonych platform informatycznych do gromadzenia danych z poszczególnych analiz, dzielenia się wypracowanymi wnioskami i gotowymi rozwiązaniami systemowymi ułatwiającymi skuteczne wdrożenie rozstrzygnięć.
7. Angażowanie komórek organizacyjnych odpowiedzialnych za monitorowanie świadczeń medycznych w szpitalu do współdziałania i współtworzenia poszczególnych analiz klinicznych.
8. Bieżące monitorowanie i analizowanie jakości przekazywanych wyników poszczególnych analiz pod kątem ich kompletności, rzetelności i przydatności dla ciągłego doskonalenia udzielanych świadczeń zdrowotnych.
9. Bieżąca weryfikacja skuteczności zainicjowanych działań naprawczych w wyniku prowadzonej działalności oraz realizowanych analiz przez poszczególne komitety i zespoły.
10. Permanentna edukacja i szkolenia dla personelu, uświadamianie rangi i znaczenia gromadzenia wiedzy na temat jakości i poziomu realizowanych procesów (osiągane mierniki jakości).

11. Szerzenie kultury organizacyjnej uznającej za priorytetowe bezpieczeństwo pacjentów i pracowników ochrony zdrowia, propagującej zgłaszanie wszystkich mających miejsce niezgodności i zdarzeń niepożądanych wyłącznie w celu ich wyeliminowania oraz wypracowania najlepszych metod i narzędzi ich skutecznego unikania w przyszłości.
12. Współpraca i współuczestniczenie w budowaniu baz wiedzy, wymiany doświadczeń i tworzenia najwyższych standardów opieki wszystkich szpitali w Polsce.
13. Wyróżnianie i nagradzanie dobrych wyników i zachowania pro jakościowego wśród personelu.

W odniesieniu do całości przedstawionych powyższej treści oraz rezultatów przeprowadzonych badań – pilotażowego oraz głównego, a także omówionych powyżej też częściowych, jednoznacznie należy potwierdzić tezę główną pracy wskazującą, że modele dobrych praktyk i rozwiązań systemowych w obszarze funkcjonalnym komitetów i zespołów problemowych stanowią podstawę sprawnego i skutecznego wdrażania oraz utrzymywania wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w podmiotach leczniczych. Bez wątplenia dookreślone wymagania, gotowe rozwiązania i narzędzia (w tym przede wszystkim informatyczne), a także wymiana wiedzy i doświadczenia są najskuteczniejszą drogą do:

- osiągnięcia zamierzonych celów jakości i bezpieczeństwa w ochronie zdrowia,
- realizacji wszystkich powierzonych zadań, w tym związanych z prowadzeniem analiz klinicznych,
- kompleksowego mierzenia osiągniętych wyników (z wykorzystaniem mierników jakości),
- wdrażania odpowiednich działań naprawczych i doskonalących,
- unikania błędów, które miały miejsce w przeszłości,
- wzrostu wiedzy, świadomości i rangi jakości oraz bezpieczeństwa wszystkich uczestników procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Finansowanie

Praca była finansowana przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi (POWR.03.02.00-00-1027/16-00).

Bibliografia

- Aggarwal A., Aeran H. Rathee M. 2019. Quality management in healthcare: The pivotal desideratum. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research* 9(2), str. 180–182. DOI: [10.1016/j.jobcr.2018.06.006](https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2018.06.006).
- Allen-Duck A., Robinson J.C., Stewart M.W. 2017. Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nursing Forum* 52(4), str. 377–386. DOI: [10.1111/nuf.12207](https://doi.org/10.1111/nuf.12207).
- Alsulami A., A'aqoulah A., Almutairi N. 2022. Patient safety culture awareness among healthcare providers in a tertiary hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *Frontiers in Public Health* 10, nr art. 953393. DOI: [10.3389/fpubh.2022.953393](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.953393).
- Avia I., Hariyati R.T.S. 2019. Impact of hospital accreditation on quality of care: a literature review, *Enfermería Clínica* 29(2), str. 315–320.
- Barriga-Chambi F., Ccami-Bernal F., Alarcon-Casazuela A.L., Copa-Uscamayta J., Yauri-Mamani J., Oporto-Arenas B., Quispe-Juli C.U. 2022. Satisfaction of healthcare workers and patients regarding telehealth service in a hospital in Peru. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 39(4), str. 415–424. DOI: [10.17843/rpmesp.2022.394.11287](https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.394.11287).
- Bembnowska M., Joško-Ochojska J. 2015. Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia. *Hygeia Public Health* 50(3), str. 457–462.
- Bergerød I.J., Dalen I., Braut G.S. Gilje B., Wiig S. 2020. Measuring next of kin satisfaction with hospital cancer care: Using a mixed-method approach as basis for improving quality and safety. *Journal of Advanced Nursing* 76(5), str. 1232–1246. DOI: [10.1111/jan.14315](https://doi.org/10.1111/jan.14315).
- Bogh S.B., Blom A., Raben D.C., Braithwaite J., Thude B., Hollnagel E., Plessen C.V. 2018. Hospital accreditation: staff experiences and perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 31(5), str. 420–427. DOI: [10.1108/IJHCQA-06-2017-0115](https://doi.org/10.1108/IJHCQA-06-2017-0115).

- Brzostek T., Domagała A. 2019. Impact of the quality of management on the general improvement of the healthcare system. *Technology and Health Care* 27(1), str. 107–110. DOI: [10.3233/THC-181513](https://doi.org/10.3233/THC-181513).
- Bukowska-Pięstrzyńska A. 2010. *Finansowanie marketingu w ochronie zdrowia*. CeDeWu, Warszawa.
- Burlakov N., Rozani V., Bluvstein I., Kagan, I. 2021. The Association Between Quality and Safety Climate of a Hospital Ward, Family Members' Empowerment, and Satisfaction With Provided Care. *Journal of Nursing Scholarship* 53(6), str. 727–736. DOI: [10.1111/jnu.12682](https://doi.org/10.1111/jnu.12682).
- Buzowska B. 2008. „Urynkowiony” system usług medycznych – argumenty za i przeciw. *Zdrowie Publiczne* 118(2), str. 202–205.
- Centrum Monitorowania Jakości. 2011. Program akredytacji szpitali. Przewodnik po procesie. CMJ Kraków.
- Costa D.G.D., Moura G.M.S.S., Moraes M.G., Santos J.L.G.D., Magalhães A.M.M. 2019. Satisfaction attributes related to safety and quality perceived in the experience of hospitalized patients. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41(spe), e20190152. DOI: [10.1590/1983-1447.2020.20190152](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190152).
- Cribb A., Entwistle V., Mitchell P. 2020. What does 'quality' add? Towards an ethics of healthcare improvement. *Journal of Medical Ethics*, 46(2), str. 118–122. DOI: [10.1136/medethics-2019-105635](https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105635).
- Czarkowski M. 2010. Jak zakładać szpitalne komisje etyczne? *Polski Merkurusz Lekarski* 28(165), str. 207–210.
- Desveaux L., Mitchell J.I., Shaw J., Ivers N.M. 2017. Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: a grounded theory approach. *International Journal of Quality in Health Care* 29(7), str. 941–947. DOI: [10.1093/intqhc/mzx136](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx136).
- Dobska M., Dobski P. 2016. *Systemy zarządzania jakością w podmiotach leczniczych*. Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Donabedian A. 1980. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Health Administration Press, Ann Arbor.
- Donabedian A. 2003. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*, Oxford University Press, New York.
- Drobnik J., Czaprowska I., Susło R., Trnka J., Jadach R., Kurpas D. 2010. Miejsce i rola praktyki lekarza rodzinnego i medycyny rodzinnej w systemie opieki zdrowotnej, *Family Medicine & Primary Care Review* 12, str. 159–164.
- Drucker P.F. 2009. *Zarządzanie XXI wieku – wyzwania*, MT Biznes, Warszawa.
- Dudzik-Urbaniak E., Kutaj-Wąsikowska H., Kutryba B., Piotrowski M. 2009. *Zestaw Standardów Akredytacyjnych*. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków.
- Greenfield D., Pawsey M., Hinchcliff R., Moldovan M., Braithwaite J. 2012. The standard of healthcare accreditation standards: a review of empirical research underpinning their development and impact. *BMC Health Services Research* 12(1), nr art. 329. DOI: [10.1186/1472-6963-12-329](https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-329).
- Gong Y. 2022. Challenges and Opportunities of Patient Safety Event Reporting. *Studies in Health Technology and Informatics* 291, str. 133–150. DOI: [10.3233/SHTI220014](https://doi.org/10.3233/SHTI220014).
- Hamrol A. 2007. *Zarządzanie jakością z przykładami*. PWN, Warszawa.
- Hoffman K. 2008. Rozwój badań nad jakością usług medycznych. *Nowiny Lekarskie* 77(3) str. 251–254.
- Hussein M., Pavlova M., Ghalwash M. Groot W. 2021. The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC Health Services Research* 21(1057). DOI: [10.1186/s12913-021-07097-6](https://doi.org/10.1186/s12913-021-07097-6).
- Kaniecka E., Białas M., Szrajber W., Timler D., Sobczak J. 2017. Ocena stopnia przygotowania i zaawansowania procesu wdrożenia poszczególnych wymagań prawnych, akredytacji i innych standardów jakości w jednostkach ochrony zdrowia podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 12(3), str. 31–54.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz.U. 1997 Nr 78, poz. 483. Dostępne online: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19970780483> (dostęp 6.01.2021).
- Kotler P. 2005. *Marketing*. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań.

- Kowalska K. 2005. Racjonowanie usług medycznych – spojrzenie ekonomisty. *Diametros* 5, str. 223–233.
- Książyk J. (red.) (2017). *Standardy Leczenia Żywniowego w Pediatrii*. Polskie Towarzystwo Żywnienia Klinicznego Dzieci. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Lin F., Deng Y., Lu W., Kweh Q. 2019. Impulse response function analysis of the impacts of hospital accreditations on hospital efficiency. *Health Care Management Science* 22(3). DOI: [10.1007/s10729-019-09472-6](https://doi.org/10.1007/s10729-019-09472-6).
- Matysiewicz J., Smyczek S. 2012. *Modele relacji jednostek medycznych z pacjentami w otoczeniu wirtualnym*. Wydawnictwo Placet, Warszawa.
- Maxwell R.J. 1984. Quality assessment in health. *British Medical Journal* 288, str. 1470–1472.
- Mikos M., Urbaniak M. 2017. Dostępność świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w Polsce a funkcjonowanie sieci szpitali. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 15(3), str. 197–206.
- Morris F. 2012. Assessment and accreditation system improves patient safety. *Nursing Management* 19(7), str. 29–33. DOI: [10.7748/nm2012.11.19.7.29.c9374](https://doi.org/10.7748/nm2012.11.19.7.29.c9374).
- Murkowski M., Koronkiewicz A. 1997. *Krajowy plan rozmieszczenia zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej*. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa.
- Najwyższa Izba Kontroli. 2004. Informacja o wynikach kontroli restrukturyzacji i przekształceń systemowych w ochronie zdrowia. NIK, Warszawa 2004. Dostępne online: https://www.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/kontrole_1004.html (dostęp: 21.05.2024).
- Najwyższa Izba Kontroli. 2019. Quo vadis służbo zdrowia? Dostępne online: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/quo-vadis-sluzbo-zdrowia.html> (dostęp: 14.01.2020).
- Narodowy Fundusz Zdrowia. 2017. Wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ). Dostępne online: <https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-lodzkiego-ow-nfz/wykaz-szpitali-zakwalifikowanych-do-psz> (dostęp: 16.01.2020).
- Nobile M. 2014. The WHO definition of health: acritical reading. *Medicine and Law* 33(2), str. 33–40.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie krajowego planu transformacji. Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia 2021 poz. 80. Dostępne online: <https://www.infor.pl/akt-prawny/U04.2021.291.0000080,obwieszczenie-ministra-zdrowia-w-sprawie-krajowego-planu-transformacji.html> (dostęp: 12.12.2021).
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M. 2010. *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*. CeDeWu, Warszawa.
- Pannick S., Beveridge I., Wachter R.M., Sevdalis N. 2014. Improving the quality and safety of care on the medical ward: A review and synthesis of the evidence base. *European Journal of Internal Medicine* 25(10), str. 874–887. DOI: [10.1016/j.ejim.2014.10.013](https://doi.org/10.1016/j.ejim.2014.10.013).
- Pawłowski L. 2012. Zasady wykonywania działalności leczniczej przez lekarzy, pielęgniarki i położne na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. *Forum Medycyny Rodzinnej* 6(2), str. 92–99. Dostępne online: https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/view/19093 (dostęp: 31.07.2019).
- Pogłód R., Antoniewicz-Papis J. 2020. Standard Pracy Komitetu Transfuzjologicznego. Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Warszawa.
- Polski Komitet Normalizacyjny. 2016. Norma ISO 9001:2015, Warszawa.
- Polskie Towarzystwo Żywnienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu. 2019. Standardy żywienia pozajelitowego i dojelitowego. Krakowskie Wydawnictwo Scientifica, Kraków.
- Projekt ustawy o sieci szpitali. 2007. Dostępne online: https://orka.sejm.gov.pl/proc5.nsf/projekty/2029_p.htm (dostęp: 11.06.2018).
- Projekt ustawy z dnia 27 października 2021 r. o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta. 2021. Dostępne online: <https://www.gov.pl/web/krmc/projekt-ustawy-o-jakosci-w-opiece-zdrowotnej-i-bezpieczenstwie-pacjenta> (dostęp: 29.10.2021).

- Projekt ustawy z dnia 9 maja 2022 o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. 2022, nr projektu UD321. Dostępne online:
<https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-modernizacji-i-poprawie-efektywnosci-szpitalnictwa2> (dostęp 12.12.2022).
- Ree E., Wiig S., Manser T., Storm M. 2019. How is patient involvement measured in patient centeredness scales for health professionals? A systematic review of their measurement properties and content. *BMC Health Services Research* 19(1), nr art. 12.
DOI: [10.1186/s12913-018-3798-y](https://doi.org/10.1186/s12913-018-3798-y).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Dz.U. 2017 poz. 1163. Dostępne online:
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170001163> (dostęp: 10.10.2020).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Dz.U. 2017 poz. 2051. Dostępne online:
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170002051> (dostęp: 15.10.2021).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. 2016. Dostępne online: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679> (dostęp 10.10.2020).
- Rój J., Sobiech J. 2006. *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Saleh S.S., Bou Sleiman J., Dagher D., Sbeit H., Natafji N. (2013). Accreditation of hospitals in Lebanon: is it a worthy investment? *International Journal for Quality in Health Care* 25(3), str. 284–290. DOI: [10.1093/intqhc/mzt018](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt018).
- Schrimmer K., Williams N., Mercado S., Pitts J., Polancich S. 2019. Workforce Competencies for Healthcare Quality Professionals: Leading Quality-Driven Healthcare. *Journal for Healthcare Quality* 41(4), str. 259–265. DOI: [10.1097/JHQ.0000000000000212](https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000212).
- Seaver M. 2003. *Gower Handbook of Quality Management*. Gower, Aldershot.
- Smith D.S. 2005. Patient safety. *The Case Manager* 16(3), str. 74–79.
DOI: [10.1016/j.casemgr.2005.03.001](https://doi.org/10.1016/j.casemgr.2005.03.001).
- Stawicka M. 2016. Doskonalenie jakości usług medycznych i bezpieczeństwa pacjenta w kontekście akredytacji szpitali w Polsce. *Journal of Modern Science* 2(29) str. 246–247.
- Suchecka J. 2010. *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Thomson N.A., Hunter K., Srivastava R.H., Hassan M., Anderson L., Sequeira L. 2022. Enhancing Hospital Accreditation Practices: Building and Implementing a Continuous Readiness Model. *Healthcare Quarterly* 25(2), str. 34–40. DOI: [10.12927/hcq.2022.26891](https://doi.org/10.12927/hcq.2022.26891).
- Timler D. 2016. Autorska karta resuscytacji krążeniowo-oddechowej jako narzędzie badawcze w medycynie ratunkowej. Determinanty przeżycia pacjentów z zatrzymaniem krążenia leczonych na szpitalnym oddziale ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi w latach 2007–2012 i 2014–2015. Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź.
- Tsai T.C., Orav E.J. Jha A.K. 2015. Patient satisfaction and quality of surgical care in US hospitals. *Annals of Surgery* 261(1), str. 2–8. DOI: [10.1097/SLA.0000000000000765](https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000765).
- Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego. Departament Polityki Zdrowotnej. 2021. *Strategia polityki zdrowotnej dla województwa łódzkiego na lata 2021–2027*, Łódź. Dostęp online: <https://tiny.pl/dfx71> (dostęp: 21.05.2024).
- Ustawa o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia z dnia 28 października 1948 r. Dz.U. 1948 Nr 55, poz. 434. Dostępne online:
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19480550434> (dostęp: 10.01.2021).
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dz.U. Nr 45, poz. 391.

- Dostępne online: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20030450391>
(dostęp: 10.01.2021).
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. Dz.U. 1974 Nr 24, poz. 141. Dostępne online: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19740240141> (dostęp: 12.12.2020).
- Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. Dz.U. 2017 poz. 2217. Dostępne online: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170002217>
(dostęp: 20.02.2021).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2004 Nr 210, poz. 2135. Dostępne online: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20042102135>
(dostęp: 10.01.2021).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Dz.U. 1991 Nr 91, poz. 408. Dostępne online: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19910910408> (dostęp 6.01.2021).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Dz.U. 2008 Nr 234, poz. 1570. Dostępne online: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20082341570>
(dostęp: 10.10.2021).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia. Dz.U. 2009 Nr 52, poz. 418. Dostępne online: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20090520418>
(dostęp: 10.10.2020).
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 153. Dostępne online: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19970280153>
(dostęp 6.01.2021).
- Ustawa z dnia z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej. Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654. Dostępne online: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20111120654>
(dostęp 6.01.2021).
- Walshe K., Smith J. 2011. *Zarządzanie w opiece zdrowotnej – doskonalenie jakości w opiece zdrowotnej*. Wolters Kluwer, Warszawa.
- WHO Working Group. 1989. The principles of quality assurance, *International Journal for Quality in Health Care* 1(2–3), str. 79–95. DOI: [10.1093/intqhc/1.2-3.79](https://doi.org/10.1093/intqhc/1.2-3.79).
- Wiercińska A. 2012. Specyfika rynku usług zdrowotnych. *Zarządzanie i Finanse* 2(2), str. 165–176.
- Wroński K., Bocian R. 2009. Dlaczego zakłady opieki zdrowotnej powinny badać satysfakcję pacjentów z oferowanych przez siebie usług medycznych? *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 4, str. 127–130.
- Zalecenie Rady z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Dziennik Urzędowy UE 2009/C 151/01. Dostępne online: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01))
(dostęp: 17.09.2020).

Załączniki

Załącznik 1. Wzór projektu poprawy jakości PDCA

PROJEKT POPRAWY JAKOŚCI NR ... / rok		
Data rozpoczęcia projektu		
Zasięg projektu	<input type="checkbox"/> oddział, jaki: <input type="checkbox"/> cały szpital	
Źródło zainicjowania projektu	<input type="checkbox"/> wniosek <input type="checkbox"/> obserwacja <input type="checkbox"/> dane z analizy, jakiej: <input type="checkbox"/> inne, jakie:	
Opis wniosków/ obserwacji/ danych z analiz i innych <i>(przywołanie dokumentów związanych – jeżeli dotyczy)</i>		
PLAN (P) – zaplanuj	Zaplanowane działania	Planowany termin realizacji
DO (D) – zrób, wykonaj	Wykonane działania	Termin wykonania
CHECK (C) – sprawdź	Sprawdzone działania	Data weryfikacji
ACT (A) – popraw	Działania do poprawy	Planowany termin realizacji
Ocena skuteczności wdrożenia projektu	<input type="checkbox"/> skuteczne wdrożenie <input type="checkbox"/> nieskuteczne wdrożenie <i>(opisz sposób dalszego postępowania z projektem)</i> Opis: Uwagi dodatkowe:	
OPRACOWAŁ <i>(data i podpis)</i>		
ZATWIERDZIŁ <i>(data i podpis)</i>		

Załącznik 2. Wzór programu działania komitetu/zespołu

PROGRAM DZIAŁANIA						ROK	
Nazwa komitetu/ zespołu							
L.p.	Cele	Zadania*	Osoby odpowiedzialne	Termin realizacji	Zasoby potrzebne do wykonania zadania	Realizacja celu	
1.						<input type="checkbox"/> skuteczna <input type="checkbox"/> nieskuteczna	
2.						<input type="checkbox"/> skuteczna <input type="checkbox"/> nieskuteczna	
3.						<input type="checkbox"/> skuteczna <input type="checkbox"/> nieskuteczna	
...						<input type="checkbox"/> skuteczna <input type="checkbox"/> nieskuteczna	
Uwagi dodatkowe <i>(jeżeli dotyczy)</i>							
OPRACOWAŁ <i>(data i podpis)</i>							
ZATWIERDZIŁ <i>(data i podpis)</i>							

* obowiązkowe zadania komitetu/zespołu problemowego:

- określenie i realizacja wymaganych analiz klinicznych,
- opracowywanie procedur i modeli postępowania,
- planowanie, organizowanie i realizacja szkoleń specjalistycznych w zakresie zgodnym z obszarem funkcjonalnym dla personelu szpitala.

Załącznik 3. Wzór protokołu z posiedzenia komitetu/zespołu

PROTOKÓŁ Z POSIEDZENIA KOMITETU/ZESPOŁU PROBLEMOWEGO			
Nazwa podmiotu leczniczego			
Nazwa komitetu/zespołu			
Okres sprawozdawczy <i>(od – do)</i>		Nr protokołu w roku/.....
Data posiedzenia		Tryb posiedzenia	<input type="checkbox"/> planowane <input type="checkbox"/> doraźne
Lista obecności	... – Przewodniczący ...		
Temat/powód spotkania			
Omówione zagadnienia			
WNIOSKI <i>(w tym związane z realizacją programu działania komitetu/zespołu)</i>			
Omówione/osiągnięte cele <i>(nr wg programu)</i>			
Zrealizowane/zaplanowane zadania*	...	Terminy	
	...		
Zalecenia i działania doskonalące do wdrożenia	...	Terminy	
	...		
Uwagi dodatkowe			
OPRACOWAŁ <i>(data i podpis)</i>			
ZATWIERDZIŁ <i>(data i podpis)</i>			
Ocena skuteczności wdrożenia zaleceń i działań doskonalących	<input type="checkbox"/> skuteczne wdrożenie <input type="checkbox"/> nieskuteczne wdrożenie <i>(opisz sposób dalszego postępowania z zaleceniem/ działaniem)</i> Opis:		
Uwagi dodatkowe			
SPRAWDZIŁ <i>(data i podpis)</i>			

* obowiązkowe zadania komitetu/ zespołu problemowego:

- określenie i realizacja wymaganych analiz klinicznych,
- opracowywanie procedur i modeli postępowania,
- planowanie, organizowanie i realizacja szkoleń specjalistycznych w zakresie zgodnym z obszarem funkcjonalnym dla personelu szpitala.

