Prof. dr. hab. Marek Bugdol, WZ I KS

Instytut Ekonomii i Zarządzania UJ

Kraków, 7.01.2013

Recenzja rozprawy doktorskiej Pani magister Patrycji Grucy-Wójtowicz pt. METODA ANALIZY PRZYCZYN I SKUTKÓW WAD (FMEA) W ZARZĄDZANIU JAKOŚCIĄ USŁUG MEDYCZNYCH.

Promotor rozprawy: dr hab. Piotr Jedynak, profesor UJ

Podstawa recenzji: Decyzja Rady Wydziału Zarządzania i Komunikacji Społecznej UJ z dnia

1.Trafność tematu

Temat pracy jest trafny i użyteczny. Metoda FMEA jest wykorzystywana w zarządzaniu organizacjami medycznymi od kilku lat. Na przykład: "*Szpital St. Joseph's Hospital w West Bend, Wisconsin, zastosował metodę FMEA w celu wyeliminowania błędów, do jakich dochodzi w procesach realizowanych usług*"-donosi „Quality Progress" z sierpnia 2003 roku.

Autorka jest świadoma tego, że w innych krajach metoda FMEA jest popularniejsza niż w polskich zakładach opieki zdrowotnej. Jak sama stwierdza: „ *Metoda FMEA jest rekomendowana przez Radę Europy jako narzędzie do adaptowania, testowania i stosowania w zarządzaniu jakością usług medycznych*"(wstęp, cytat).

Problem polega jednak na tym, że w polskich szpitalach, poradniach metody jakościowe są praktycznie nieznane. Nadzór nad niezgodnościami jest przeprowadzany tylko na podstawie zapisów normalizacyjnych (procedura dotycząca nadzoru nad niegodnościami musi być udokumentowana). Jesteśmy dopiero na początku wdrażania systemów normatywnych, chociaż coraz większą popularnością cieszą się procedury akredytacyjne. Tymczasem szpitale w Europie Zachodniej od lat stosują różne modele doskonałości, posługują się koncepcjami lean czy Six Sigma.

Dlatego każda próba doskonalenia jakości świadczonych usług medycznych jest warta wykorzystania. Uważam, że podjęty temat badawczy jest interesujący a przede wszystkim ważny dla praktyki zarządzania jakością.

2.Trafność celów pracy

Jak stwierdza autorka: "*Celem rozprawy jest opracowanie koncepcji wykorzystania metody FMEA jako instrumentu ograniczającego ryzyko wystąpienia niezgodności w usługach medycznych. W ramach tak sformułowanego głównego celu, wyodrębniono następujące cele szczegółowe (poznawcze i pragmatyczne):*

1. Określenie roli jakości usług w działalności współczesnych organizacji,

2. Identyfikację źródeł i treści wymagań jakościowych dotyczących usług medycznych,

3. Odwzorowanie ramowego modelu metody FMEA oraz poznanie jej dotychczasowych zastosowań,

4 . Usystematyzowanie wiedzy na temat identyfikacji i zapobiegania niezgodnościom w zakładach opieki zdrowotnej,

5. Określenie determinantów wykorzystania metody FMEA w zarządzaniu jakością usług medycznych oraz wskazanie kierunków przekształceń tej metody dla wymienionego zastosowania,

6. Sprawdzenie zastosowania metody analizy przyczyn i skutków niezgodności w zarządzaniu jakością usług medycznych wybranych jednostek organizacyjnych polskich zakładów opieki zdrowotnej,

7. Określenie możliwości i ograniczeń wynikających z zastosowania metody analizy przyczyn i skutków niezgodności w zarządzaniu jakością usług medycznych polskich zakładów opieki zdrowotnej"(cytat,s.5).

Duża liczba celów pracy wskazuje na dobre przygotowanie wstępnego materiału badawczego. Niektóre cele mają wartość operacyjną -w tym sensie, że służą do przygotowania badań empirycznych (np. cele 1,2,4), inne zaś są związane z głównym zadaniem badawczym (np.5) . Autorka dobrze powiązała strukturę pracy z sformułowanymi celami.

3.Nowatrostwo pracy

Nowatorstwo pracy polega na tym, że autorka wykazała możliwości zastosowania metody FMEA w polskich szpitalach. Uzupełniła lukę, jaką dostrzegła w literaturze, związaną z brakiem prac ukazujących problematykę zarządzania niezgodnościami w usługach świadczonych przez zakłady opieki zdrowotnej w Polsce (a nie w innych, zagranicznych szpitalach, które są często inaczej zarządzanie i finansowane).

4.Porawność metodyczna

Autorka opisuje zastosowane metody badawcze (m.in. analiza literatury, krytyczna analiza i rekonstrukcja metody FMEA, modelowanie przebiegu postępowania i narzędzi organizacyjno-funkcjonalnych, metody analizy przyczyn i skutków niezgodności w identyfikacji i zapobieganiu niezgodnościom w zakładach opieki zdrowotnej, studia przypadków) oraz tezy pracy (1 ogólna, 4-szczegółowe).

Uznaję część metodyczną za poprawną. Praca ma bowiem charakter koncepcyjny. Ukazuje jak znana metoda zarządzania jakością może być zastosowana w nowym środowisku. Jak sadzę z tego powodu autorka zdecydowała się na sformułowane tez wyrażających założenie, że metoda FMEA jest użyteczna, może być stosowana w szpitalach polskich itp.

Pytanie badawcze oraz opis etapów postępowania badawczego przedstawiono w rozdziale 5(5.1). Badanie przeprowadzona w latach 2010-2012. Przebadano 17 jednostek organizacyjnych.

Bardzo szczegółowo omówiono badane jednostki, jak i występujące w nich systemy jakości.

5.Prezentacja genezy tematu

Prezentację genezy tematu uznaję za wyczerpującą. Autorka być może niepotrzebnie przedstawiła podstawowe nurty w nauce o zarządzaniu ze szczególnym uwzględnieniem dorobku naukowego subdyscypliny zarządzania jakością. Praca dotyczy bowiem wprost metody FMEA. Ta pierwsza część pracy jest zbyt ogólna i mogła być wstępem do pracy również pod innym tytułem. Wysoko jednak należy ocenić treści związane z zarządzaniem jakością w służbie zdrowia. Autorka wnikliwie przedstawia genezę rozwoju standardów medycznych („Summa conservationis et curationis" Wilhelma z Saliceto, Kodeks Sycylijski króla Rogera II, zapisy wprowadzone przez Akademię Krakowską, kodeksy etyczne różnych polskich Towarzystw Lekarskich). Trafnie przedstawiono również status i genezę metody analizy przyczyn i skutków wad.

6.**Ocena struktury pracy**

Strukturę pracy oceniam pozytywnie. Po pierwsze dlatego, że zachowano klasyczny podział treści. Doktorantka omówiła pojęcie jakości usług, ale rezygnowała z treści powszechnie znanych i wielokrotnie omawianych (w zamian opisuje m.in. wyróżniki zarządzania jakością usług czy kontekst branżowy w zarządzaniu jakością usług). Następnie charakteryzuje wymagania dotyczące jakości usług, charakteryzuje metodę FMEA.

Rozdział dotyczący metodyki badań został wyodrębniany. Omówiono w nim procedurę i metody badań wstępnych oraz badań zasadniczych, dokonano charakterystyki badanych zakładów opieki zdrowotnej oraz systemów zarządzania jakością badanych zakładów opieki zdrowotnej.

W wielu pracach zdarza się, że już na samym początku autor omawia główne problemy, hipotezy a nawet buduje modele, zapominając o tym, ze analiza literatury ma służyć do poprawnego sformułowania problemów badawczych. Autorka takiego błędu nie popełniła.

Po drugie, w pracy dokonano nie tylko weryfikacji opracowanego modelu, ale opracowano możliwości i kierunki wykorzystania modelu metody w doskonaleniu jakości. Całość uzupełnia bibliografia, spis rysunków oraz tabel.

Bardzo dobrym pomysłem było przedstawienie struktury (schematu?) pracy na osobnym wykresie. Czytelnik dzięki takiej konceptualizacji wie, jak był tok myślowy autorki, co zamierzała ona wykazać, jakie były kolejne etapy przeprowadzenia badań.

7. Praktycyzm i teoretyzm treści

W pracy zawarto zarówno teoretyczne podstawy zarządzania jakością, jak i wykorzystano metodę FMEA (treści praktyczne). Relacja między teorią a częścią empiryczną jest odpowiednia dla prac o charakterze naukowym.

8. Trafność wnioskowania

Trafność wnioskowania nie budzi żadnych wątpliwości. Widać, że autorka jest sprawdzonym praktykiem zarządzania. Jest dobrze przygotowana do pełnienia roli pełnomocnika ds. zarządzania jakością w szpitalach, poradniach medycznych, laboratoriach badawczych. Na podstawie przeprowadzonych badań potrafi nie tylko dostrzegać to, co pozytywne i trafne, ale formułuje własne wątpliwości. To dobrze świadczy o rzetelności badawczej.

9. Poprawność merytoryczna

Merytoryczną stronę pracy oceniam pozytywnie.

Pani magister Patrycja Gruca-Wójtowicz opisując teorie korzysta głównie z klasycznych pozycji literaturowych opublikowanych w polskiej literaturze.

Pierwsza część teoretyczna zyskałaby na wartości, gdyby doktorantka sięgała częściej do źródeł pierwotnych i różnych opracowań zagranicznych. Poczyniona uwaga jest związania z zwiększeniem możliwości krytycznego analizowania literatury, dokonywania różnych spostrzeżeń krytycznych i wreszcie porządkowania wiedzy. Znacznie częściej autorka sięga po czasopisma o zróżnicowanych źródłach w części, w której opisuje pojęcie usługi oraz w kolejnych rozdziałach.

Pierwsze części pracy mają jednak charakter ogólny, wprowadzający.

Pozytywnie oceniam te części pracy, które wprost nawiązują do tematu pracy i zaplanowanych celów. Kolejne rozdziały pracy mają dużą wartość poznawczą i dydaktyczną, są napisane w sposób szczegółowy, wyczerpujący.

Na przykład podrozdział dotyczący kontekstu branżowego w zarządzaniu jakością usług, treści dotyczące luk w świadczeniu usług medycznych, podrozdział dotyczący wymagań w usług medycznych, treści dotyczące akredytacji i systemów znormalizowanych stosowanych w szpitalach.

Doktorantka korzystając z aktów normatywnych stwierdza, że pojęcie „służba zdrowia" jest anachronizmem, który nie powinien mieć obecnie zastosowania". Chciałby zapytać, co w tym określeniu jest niewłaściwego? Czy zastosowany język prawniczy jest w tym przypadku bezbłędny?

Bardzo szczegółowo, ze znawstwem tematyki autorka omawia wszelkie standardy i normy stosowane w polskich szpitalach. Na podkreślenie zasługuje fakt, że nie akcentuje jedynie potrzeby przeprowadzenia akredytacji czy zastosowania systemów zarządzania jakością według norm ISO 9001, ale sięga po modele samooceny, przewodniki (np. wskazuje na możliwości wykorzystania normy CEN/TR 15592: 2007 „Usługi medyczne - Systemy zarządzania jakością - Przewodnik dla stosowania ISO 9004 w zakresie usług zdrowotnych na rzecz poprawy wydajności").

Pozytywnie oceniam również powiązanie koncepcji zarządzania ryzykiem z zarządzaniem jakością.

Magister Patrycja Gruca-Wójtowicz szczegółowo omówiła praktyczne zasady zastosowania metody FMEA. Najpierw jednak definiuje pojęcie niezgodność korzystając z norm terminologicznych (ISO 9000 ale również PN-N 50191).

Wysoko należy również ocenić umiejętność autorki dotyczące integrowania różnych narzędzi i metod jakościowych (np. w metodzie FMEA -5 Why).Właściwie dobrano wskaźniki (wskaźnik Z – znaczenie skutku dla klienta, wskaźnik P – prawdopodobieństwo wystąpienia niezgodności, wskaźnik D – możliwość detekcji potencjalnej niezgodności).

Autorka dobrze orientuje się w konstrukcji różnych wymagań normatywnych. To ważna umiejętność. Dlatego, że samo wdrożenie systemu według normy ISO 9001 nie gwarantuje w organizacji medycznej ani większej skuteczności ani efektywności(o tym piszą tylko niektóre firmy konsultingowe zachęcające dyrektorów szpitali do wyjścia poza sztywne wymagania akredytacji systemów czy ISO).

Magister Patrycja Gruca-Wójtowicz zastosowała rozszerzoną wersję oceny skutków niezgodności dla klienta. W pracy doceniono również specyfikę branży medycznej. Zgadzam się z autorką, ze :"*z uwagi na problematykę niniejszej rozprawy, szczególnie interesująca jest modyfikacja FMEA dla branży medycznej - Medical FMEA (MFMEA), Healthcare FMEA (HFMEA)*"(s.97). Metoda HFMEA w pełni korzysta z tzw. podejścia procesowego, zawiera min. konieczność wykonania kartografii procesu (przez to jest zbliżona do metody M. Mische).

W części uzasadniającej wybór metody FMEA doktorantka dobrze radzi sobie z analizą literatury, sięga do źródeł pierwotnych, opisuje procesy doskonalenia jakości min. w USA (również nawiązując do genezy-analizy skutków).

Bardzo intersujący jest rozdział 4, w którym autorka konstruuje model metody analizy przyczyn i skutków niezgodności w usługach medycznych. Poprawie przyjęto założenia modelu (ścisłe definiując jego pojęcie). Dobrze opracowano i przedstawiono w formie graficznej powiązania funkcjonalne pomiędzy narzędziami organizacyjno-funkcjonalnymi, wykorzystywanymi w metodzie analizy przyczyn i skutków niezgodności.

Autorce zależało na tym, aby opracowany model mógł zostać zastosowany w każdym typie zakładów opieki zdrowotnej, niezależnie od stosowanego przez nie standardu zarządzania jakością.

Metoda FMEA opisana w pracy może być z powodzeniem wykorzystywana przez szpitale i poradnie. Doktorantka założyła słusznie, że jest ona odpowiednia dla, tych organizacji, które identyfikują i gromadzą dane na temat zdarzeń niepożądanych, analizują zdarzenia niepożądane, wykorzystują wnioski z przeprowadzonych analiz zdarzeń niepożądanych.

Aktualnie większość szpitali, które wdrażają systemy znormalizowane stara się implikować pojedyncze wymagania akredytacyjne, w ten sposób zwiększa się zakres podejmowanych analiz i szpital jest lepiej przygotowany do akredytacji (nie ma jednak badań, jak to wpływa na skuteczność systemu-to zadanie na kolejną prace doktorską).

Przedstawiona klasyfikacja niezgodności nie zamyka możliwości zgłaszania nowych pomysłów zgodnie z zasadą ustawicznego doskonalenia jakości. Dla celów wdrożeniowych i dydaktycznych jest wyczerpująca. Pamiętać należy, że zawsze na początku implikacji jakiejkolwiek metody jakościowej ważny jest jej opis. W ten sposób poszczególnie pracownicy poznają tajniki metody, dysponują materiałem, do którego w razie występujących wątpliwości miga się odwoływać (powstaje coś na kształt check-listy).

Przedstawione wyniki analizy przyczyn i skutków niezgodności utwierdzają mnie w przekonaniu, że w większości szpitali systemy zarządzania jakością znajdują się dopiero na 1 lub 2 poziomie dojrzałości (są bowiem wyraźnie skoncentrowane na warstwie dokumentacyjnej).To dowodzi, jak metody doskonalenia jakością są w polskich szpitalach potrzebne, nie tylko metoda FMEA ale stałe doskonalenie np. przy zastosowaniu normy ISO 9004,IWA 1 itp.

Bardzo wyraźnie widać też, że szpitale powinny oddzielać niezgodności wewnętrzne od zewnętrznych (nie na wszystkie niezgodności mają bowiem wpływ).

Interpretując wyniki badań doktorantka stwierdza; „ pomimo *obiektywnych przesłanek do zaszeregowania niezgodności jako związanych z czynnościami lekarskimi lub pielęgniarskimi, wybierano kategorię „niezgodności związane z organizacją*""(s.249). Jako praktyk zarządzania jakością mogę jedynie potwierdzić zasadność tego sformułowania. Zwyczajowo- co potwierdzają badania statystyczne- przyczyny błędów są systemowe i nie mogą być przypisywane do poszczególnych osób (o tym pisał zresztą E. Deming).

10.Wykazana dociekliwość autorki

Autorka nie podchodzi bezkrytycznie do części przytaczanych treści, spostrzeżeń, wyników badań. Zauważa zawiłości terminologiczne, różnice w definiowaniu tych samych pojęć występujących w naukach o jakości. Dociekliwość autorki najlepiej można ocenić (nad wyraz pozytywnie) na podstawie części empirycznej, w gromadzeniu danych, analizie i interpretacji wyników badawczych. Doktorantka bardzo dobrze radzi z poszukiwaniem przyczyn niezgodności oraz z ich klasyfikacją.

11.Kryteria oceny edytorskiej

Zarówno zastosowana terminologia, przejrzystość tekstu, poprawność językowa, kompletność elementów treściwych, trafność symboliki i inne kryteria jakości edytorskiej są poprawne. Drobna uwaga dotyczy cytacji prac pod redakcją. Książki te mają bowiem autorów rozdziałów, jak i ich nazwy. Niektóre formularze można w przyszłości umieścić w aneksie.

Konkluzja

Po zapoznaniu się z pracą stwierdzam, że doktorantka wykazuje się olbrzymim zasobem wiedzy w zakresie zarządzania jakością w szpitalach. Uważam również, że osiągnęła zaplanowane cele, ukazała praktyczne możliwości doskonalenia jakości za pomocą metody

analizy przyczyn i skutków wad. Jestem w pełni przekonany, że praca doktorska powinna zostać opublikowana.

Praca spełnia wszelkie wymagania stawiane pracom doktorskim i dlatego wnioskuje o dopuszczenie autorki do publicznej obrony dysertacji.

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego. Praca spełnia wymagania zawarte ustawie o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 65, poz. 595, z późn. zmianami).