

Autoreferat

Mira Lisiecka –Bielanowicz

Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii

Wydział Nauk o Zdrowiu,

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Warszawa, 2022

Spis Treści

1. Imię i Nazwisko:.....	3
2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.....	3
3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych.	3
4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 Ustawy.	5
5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej.....	22
6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę.	34
7. Inne informacje, dotyczące kariery zawodowej.....	39

Autoreferat

1. Imię i Nazwisko: Mira Lisiecka –Bielanowicz

Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii
Wydział Nauk o Zdrowiu,
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Banacha 1a; 02-097 Warszawa

Kontakt:

telefon: +48 607 170 169

e-mail: mira.bielanowicz@wum.edu.pl

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.

- **1996 rok - mgr rehabilitacji ruchowej**, praca magisterska napisana na Akademii Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach nt.: „Leczenie bólu dolnego odcinka kręgosłupa metodą McKenziego”, promotor: prof. dr hab. Andrzej Zembaty;
- **2000 rok -ukończenie kursu oraz zdanie egzaminu na auditora zewnętrznego/auditora wiodącego systemów zarządzania jakością wg norm ISO serii 9000**
- **2001 rok - doktor nauk ekonomicznych w dyscyplinie ekonomia** nadany uchwałą Rady Wydziału Ekonomii Akademii Ekonomicznej im. Karola Adamieckiego w Katowicach dnia 25 października 2001 roku na podstawie rozprawy doktorskiej nt. „Wczesna rehabilitacja lecznicza w systemie prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych”. Promotor: prof. zw. dr hab. Lucyna Frąckiewicz. Recenzenci: prof. dr hab. Cezary Włodarczyk oraz prof. dr hab. Aldona Frączkiewicz – Wronka;
- **2002 rok - tytuł specjalisty II stopnia w zakresie rehabilitacji ruchowej**; Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP);
- **2017 rok - tytuł specjalisty w dziedzinie Zdrowia Publicznego**; Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP).

3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych.

Moja aktywność zawodowa - w układzie chronologicznym – przebiegała jak niżej:

Rok/Lata

1996-1997 Centralny Szpital Kliniczny Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach (aktualnie SUM-Śląski Uniwersytet Medyczny) - staż absolwencki

1997- 1998 Centralny Szpital Kliniczny ŚLAM w Katowicach w Klinice Pneumonologii - umowa o pracę na etacie klinicznym oraz prowadzenie zajęć dydaktycznych w Szkole dla Chorych na Astmę działającej przy Katedrze i Klinice Pneumonologii

1998 - 2007 Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, stanowisko asystenta, charakter pracy - naukowo-badawczy i kliniczny.

2004 –nadal Warszawski Uniwersytet Medyczny, stanowisko adiunkta w Zakładzie Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii na Wydziale Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Współpracuję również ze środowiskiem certyfikującym systemy jakości usług zdrowotnych, w szczególności z:

2002 – 2006 Jednostką TUV NORD Polska certyfikującą systemy, personel i wyroby jako audytor strony trzeciej systemów zarządzania jakością i aspektami środowiskowymi (wcześniej z RW TUV Polska; która po fuzji z TUV NORD Polska przyjęła Logotyp TUV NORD Polska).

2006 - nadal Jednostką PAJ CERT certyfikującą systemy, wyroby i personel w roli audytora zewnętrznego branżowego systemów zarządzania jakością i aspektów środowiskowych.

4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 Ustawy.

b) 1 cykl powiązanych tematycznie artykułów naukowych opublikowanych w czasopismach naukowych lub w recenzowanych materiałach z konferencji międzynarodowych, które w roku opublikowania artykułu w ostatecznej formie były ujęte w wykazie sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267, Kryteria ewaluacji jakości działalności naukowej ust. 2 pkt 2 lit. b,

Tytuł osiągnięcia naukowego:

Doskonalenie jakości usług zdrowotnych świadczonych w procesie leczenia chorób o charakterze przewlekłym na przykładzie alergologii oraz psychiatrii.

Cele:

- identyfikacja czynników organizacyjnych wpływających na jakość usług zdrowotnych świadczonych w zakresie chorób przewlekłych,
- doskonalenie organizacyjnych aspektów jakości usług zdrowotnych w placówkach świadczących usługi zdrowotne na rzecz osób przewlekle chorych alergologicznie oraz psychicznie.

Cykl artykułów - IF: 11,79:

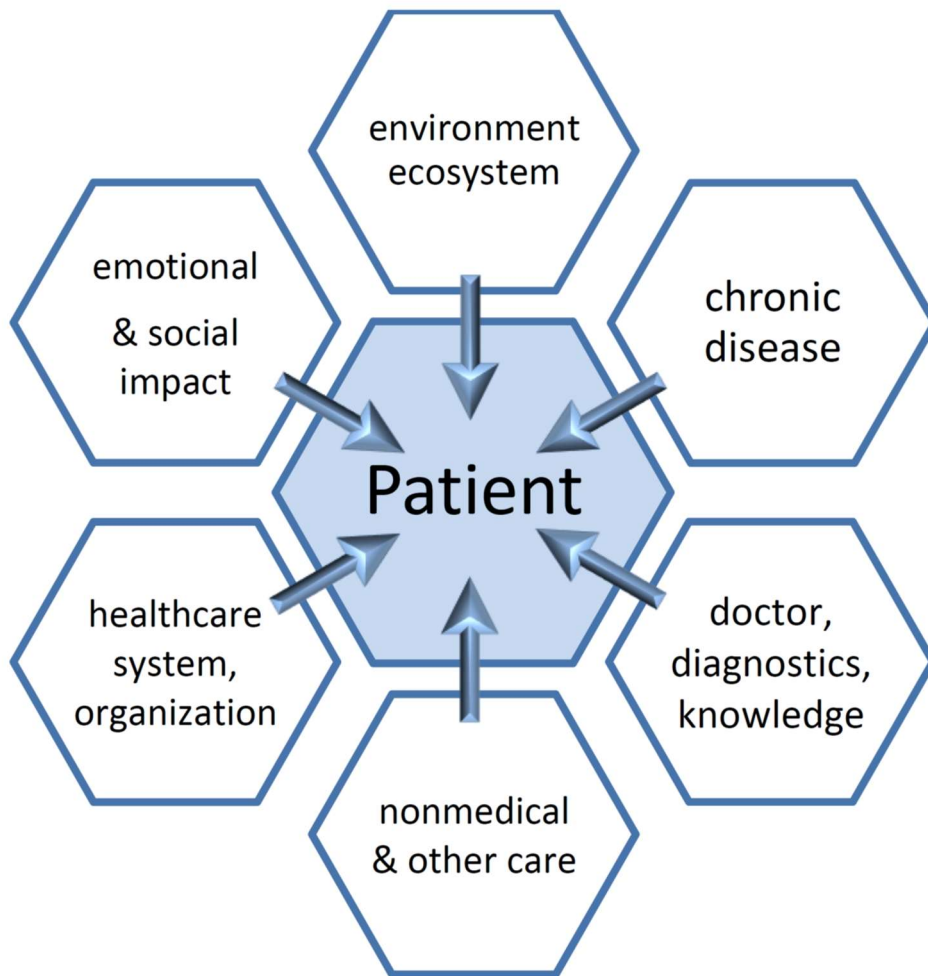
1. **Lisiecka-Bielanowicz M**, Wawrzyniak Z. Healthcare model with use of information and communication technology for patients with chronic disease. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2016;23(3):462-467. IF=0,829
2. Krzych-Fałta E, **Lisiecka-Bielanowicz M**, Furmańczyk K, Piekarska B, Wojas O, Samoliński B. Organizational model for the management of patients with chronic allergic conditions. *Advances in Dermatology and Allergology*. 2019;36(3):339-345. IF=1,361
3. Krzych-Fałta E, **Lisiecka-Bielanowicz M**, Furmańczyk K, Dziewa- Dawidczyk D, Strózek J, Wojas O, Raciborski F, Tomaszewska A, Samoliński B. Prevention of perennial allergic rhinitis in the conception of coordinated healthcare in Poland. *Archives of Medical Science*. 2021. DOI: 10.5114/aoms/110155. IF=3,318
4. **Lisiecka-Bielanowicz M**, Biechowska D, Cianciara D. Functioning of the various forms of mental health care in Poland in the years 2010–2013. Organizational, economic and financial aspects. *Psychiatria Polska*. 2018;52(1):143–156. IF: 1,311
5. **Lisiecka-Bielanowicz M**. Ocena realizacji strategii na rzecz poprawy jakości zdrowia psychicznego w Polsce. *Problemy Jakości*. 2018;50(4):24-30. MEiN: 11
6. **Lisiecka-Bielanowicz M**, Biechowska D, Orłowska E, Molenda B. The prevalence of depression in children and adolescents under 18 years of age treated for mental disorders in Poland between 2005 and 2016. *Archives of Medical Science*. 2020;1-10. IF=3,318
7. **Lisiecka-Bielanowicz M**, Lisiecka K. Lean healthcare in hospital emergency department. Case study. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie / Politechnika Śląska*. 2020;143:123-133. MEiN: 20

8. **Lisiecka-Bielanowicz M.** Measurement of health care services in long-term residential mental health care institutions. (Pomiar usług zdrowotnych w placówkach psychiatrycznej długoterminowej opieki stacjonarnej). *Psychiatria Polska*. 2021; 55(1): 101–112 PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE) www.psychiatriapolska.pl DOI <https://doi.org/10.12740/PP/109988>. IF=1,657

Badanie uwarunkowań, a także czynników poprawy oraz doskonalenia jakości usług zdrowotnych oraz inicjowanie przedsięwzięć i projektów dla zagwarantowania właściwej ich jakości są przedmiotem badań, dyskusji i analiz w środowisku naukowym.

Wybór przewlekłych jednostek chorobowych z zakresu alergologii i psychiatrii jako przedmiotu moich badań i dociekań naukowych podyktowany został przeprowadzonymi badaniami oraz zebranych przez mnie kompendium wiedzy teoretycznej i praktycznej, w tym doświadczeń o wybranych jednostkach chorobowych wyniesionych ze współpracy ze znaczącymi ośrodkami naukowymi i podmiotami leczniczymi w kraju - m.in. staż naukowy w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz staż naukowy w Gibraltar Health Authority and St. Bernard's Hospital na Gibraltarze. Biorę czynny udział w pracach naukowo-badawczych swojego Zakładu (Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii).

Wprowadzeniem do cyklu artykułów jest poniższe opracowanie, wsparte graficznie. Główne czynniki wpływające na postawy i zachowania pacjenta z chorobą przewlekłą w organizacjach ochrony zdrowia przedstawiono w artykule autorstwa **Lisiecka-Bielanowicz M.**, Wawrzyniak Z., Healthcare model with use of information and communication technology for patients with chronic disease [in:] *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2016; 23 (3) rys. 1.



Rysunek1. Main factors affecting a patient with a chronic disease in current organization of healthcare system.

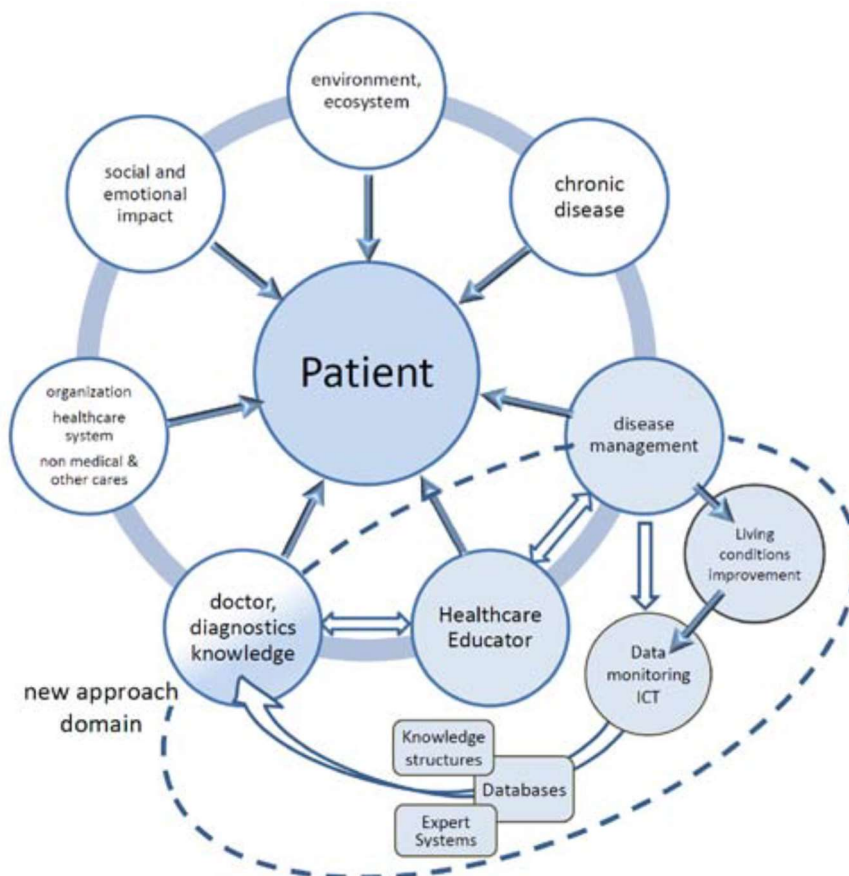
Źródło: Lisiecka-Bielanowicz M, Wawrzyniak Z., Healthcare model with use of information and communication technology for patients with chronic disease [in:] Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 2016; 23 (3)

Model ten uwzględnia następujące moduły: otoczenie/ekosystem, rozwiązania systemu ochrony zdrowia, wiedza i towarzysząca jej diagnostyka, przewlekła jednostka chorobowa, opieka pozamedyczna oraz czynniki społeczne i emocjonalne. Powinien być on oparty na poziomie przyjętego i przestrzeganego systemu wartości.

Model relacji z jego modułami był inspiracją dla prowadzenia dalszych pogłębionych indywidualnych oraz zespołowych badań w procesach świadczenia usług w organizacjach sektora ochrony zdrowia. Został zaadaptowany do badań prowadzonych nad pacjentem z chorobą przewlekłą wraz z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnej (Lisiecka-Bielanowicz M, Wawrzyniak Z., Healthcare model with use of information and

communication technology for patients with chronic disease [in:] Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 2016; 23 (3).

Udoskonalony model techniczno-organizacyjny z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych ukazujący wpływ opieki zdrowotnej na pacjentów z chorobą przewlekłą w celu poprawy ich warunków życia zaprezentowano na rys. 2.



Rysunek 2. Improved technical and organizational model of healthcare effects on the patient as part of healthcare ecosystem for chronically ill patient to improve his living conditions.

Źródło : Lisiecka-Bielanowicz M, Wawrzyniak Z., Healthcare model with use of information and communication technology for patients with chronic disease [in:] Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 2016; 23 (3)

W oparciu o zobrazony model zaproponowano obszary poprawy i doskonalenia jakości świadczenia usług zdrowotnych w chorobach o charakterze przewlekłym:

- I. w alergologii
- oraz
- II. w psychiatrii.

W obszarze alergologii, a także w obszarze psychiatrii mamy do czynienia z jednostkami chorobowymi o **charakterze przewlekłym oraz całościowym**, czyli takimi charakterystykami choroby, które trwają przez całe życie pacjenta. Przewlekłe jednostki chorobowe z zakresu alergologii oraz psychiatrii występują powszechnie, a na ich przebieg mają wpływ **czynniki środowiskowe oraz psycho-somatyczny charakter choroby**.

Obie jednostki chorobowe łączy wpływ złożonych **czynników środowiskowych** na przebieg choroby; są to jednak **czynniki o zróżnicowanym charakterze**. Osoby przewlekle chore – alergicznie lub psychicznie - mogą mieć wpływ na ekspozycje na czynniki zewnętrzne, np. za pomocą terapii typu odczulanie, zaplanowanych w sposób stały sesji terapeutycznych czy poprzez przyjmowanie odpowiednio dobranych do potrzeb pacjenta leków o długofalowym działaniu. Jednak wpływ na środowiskowe czynniki zewnętrzne typu: występowanie sezonowych alergenów (pylenie roślin, smog) we wdychanym powietrzu czy okresowe czynniki stresowe (egzaminacje itp.) czasami może być ograniczony.

Ad I. Choroby alergiczne o charakterze przewlekłym m.in. ze względu na patomechanizm i charakter przebiegu stanowią poważne wyzwanie współczesnej medycyny i zdrowia publicznego. Choroby te mają wieloczynnikowe podłoże; do czynników ryzyka rozwoju chorób alergicznych należą pewne cechy osobnicze oraz uwarunkowania środowiskowe. Do znanych cech osobniczych należą m.in.: predyspozycja genetyczna, płeć, atopia, obecność innych chorób alergicznych, otyłość oraz czynniki wpływające na rozwój prenatalny. Do istotnych czynników środowiskowych należą: ekspozycja na alergeny wziewne, infekcje układu oddechowego, narażenie na dym tytoniowy - czynne i bierne, zanieczyszczenia powietrza, spaliny oraz dieta¹. Choroby o podłożu alergicznym to choroby przewlekłe, które nierzadko mają swój początek w dzieciństwie i trwają przez całe życie. Z tego powodu istotne jest takie postępowanie w zakresie profilaktyki, edukacji i leczenia, które pozwoli choremu na zredukowanie objawów choroby, względnie prawidłowy rozwój oraz utrzymanie aktywności życiowej i dobrej jakości życia. W przewlekłych chorobach alergicznych ocena kontroli choroby opiera się na kontroli objawów oraz ocenie ryzyka wystąpienia w przyszłości niekorzystnych objawów m.in. takich jak zaostrzenie przebiegu choroby oraz ryzyko wystąpienia działań niepożądanych leków. Zapewnienie opieki nad pacjentem z chorobą przewlekłą powinno opierać się więc na udzieleniu wsparcia pacjentowi w ramach wykorzystywania przez niego dostępnych mu rozwiązań systemu komunikacyjno-informatycznego (ICT) oraz na wspieraniu go przez edukatora zdrowia za pomocą narzędzi technologii mobilnej, takich jak: telediagnostyka, m-health (mobile health) czy social media. Propozycja takich działań w procesie prowadzenia pacjenta z przewlekłą chorobą o podłożu alergicznym przy wsparciu technologii mobilnej została zaprezentowana w artykule autorstwa: Krzych-Fałta E., **Lisiecka-Bielanowicz M.**, Furmańczyk K., Piekarska B., Wojas O., Samoliński B., Organizational model for the management of patients with chronic allergic conditions (Czynniki organizacyjne wpływające na proces prowadzenia pacjenta z przewlekłą chorobą o podłożu alergicznym - ujęcie modelowe.) [w:] *Advances in Dermatology and Allergology*; 2019;36(3):339-345. Wyżej wymienieni autorzy proponują model rozwiązań organizacyjnych w oparciu o powierzenie edukatorowi zdrowia roli koordynatora procesu prowadzenia pacjenta dorosłego z chorobą przewlekłą o podłożu alergicznym. Koordynowanie działań; w tym działań edukacyjnych prowadzonych na rzecz pacjenta dorosłego przez edukatora zdrowia będzie realizowane m.in. poprzez wdrożenie

¹ Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2021, www.ginaasthma.org, 30.07.2021

odpowiednich zasad profilaktyki drugo- i trzeciorzędowej w celu poprawy jakości życia pacjenta z przewlekłą chorobą alergiczną. W ramach działań profilaktycznych na tym etapie powinny być podejmowane konkretne działania, które mogą zapobiec wystąpieniu objawów choroby lub opóźnić wystąpienie objawów chorobowych poprzez eliminację czynników ryzyka a tym samym zminimalizować wpływ choroby na jakość życia pacjenta. Zarządzanie chorobą alergiczną poprzez wykorzystanie systemów eksperckich do bieżącej oceny zaawansowania choroby o przebiegu przewlekłym może interaktywnie wspierać działania edukatora zdrowia na rzecz dobrostanu pacjenta. Współpraca ta opierałaby się na rozszerzonych formach wymiany informacji przy odpowiednim wsparciu sprzętowym (np. urządzenia mobilne - mobile device). Taka systemowa kontrola w procesie samodzielnego prowadzenia się pacjenta, wsparta monitoringiem ważnych parametrów procesu leczenia zwiększy skuteczność terapeutyczną m.in. poprzez przestrzeganie regularnych terminów badań oraz podniesienie poziomu samoświadomości pacjenta m.in. poprzez systematyczną i rzetelną edukację zdrowotną. Zdaniem autorów omawianego artykułu należy zwrócić uwagę na czynniki społeczno-ekonomiczne całego procesu chorobowego u pacjenta m.in. takie jak środowisko życia pacjenta, elementy organizacji procesów opieki nad pacjentem czy całonocny charakter jednostki chorobowej, bowiem to one wpływają na przebieg choroby przewlekłej o podłożu alergicznym.

Celem kolejnej publikacji zbiorowej autorstwa: Krzych-Fałta E, **Lisiecka-Bielanowicz M**, Furmańczyk K, Dziewa-Dawidczyk D, Stróżek J, Wojas O, Raciborski F, Tomaszewska A, Samoliński B., Prevention of perennial allergic rhinitis in the conception of coordinated healthcare in Poland. Archives of Medical Science. 2021(DOI: 10.5114/aoms/110155) była ocena częstości stosowania profilaktyki przewlekłego alergicznego nieżytu nosa (pANN) w kontekście przyjętych rozwiązań zarządzania procesami diagnostyczno-leczniczo-terapeutycznymi w zakresie opieki nad pacjentem obciążonym przewlekłymi chorobami alergicznymi w łańcuchu Koordynowanej Opieki Zdrowotnej (KOZ). Koncepcja „*usięciowienia*” szpitali, która została wprowadzona w życie ma w swoim założeniu zagwarantować zabezpieczenie świadczeń w ramach opieki zdrowotnej oraz poprawić jakość, bezpieczeństwo i dostęp do wyspecjalizowanej opieki medycznej. Jest realizowana m.in. poprzez przyjęcie i przestrzeganie transparentnych kryteriów merytorycznych (w tym wycenę, ustalanie taryfy świadczeń oraz opracowywanie zaleceń do konstrukcji rachunku kosztów oceny przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych i przy zapewnieniu właściwej,

czyli koordynowanej opieki zdrowotnej nad pacjentem, w tym nad pacjentem przewlekle chorym alergicznie.

Ad. II. Zdrowie psychiczne jest podstawowym dobrem człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa. Ochronę zdrowia psychicznego zapewniają organy administracji rządowej, samorządowej oraz stosowne do tego powołane instytucje (art. 1 ust. 1 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Realizacja zadań dotyczących ochrony zdrowia psychicznego obejmuje w szczególności: promocję zdrowia i zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki, kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji i życzliwości (art. 2 ust. 1 ww. ustawy).

Zdrowie psychiczne, w tym zaburzenia i choroby psychiczne oraz ochrona zdrowia psychicznego to jednocześnie obszary życia społecznego i działalności publicznej, w zakresie których funkcjonuje wiele uprzedzeń oraz barier². Od lat ma miejsce niedofinansowanie opieki psychiatrycznej, brak jest mierzalnych efektów edukacji zdrowotnej, w tym długofalowych działań dotyczących promocji zdrowia i profilaktyki zaburzeń psychicznych polskiego społeczeństwa.

Dostępne informacje epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych i chorób psychicznych oparte na danych z zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce, które są corocznie publikowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (IPiN) potwierdzają rosnącą ilość pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, szczególnie w grupie młodzieży i dzieci.³ Celem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) w Polsce jest m.in. zapewnienie wielostronnej opieki poprzez m.in.: upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, upowszechnienie różnych form pomocy i wsparcia społecznego, aktywizację zawodową, skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy, a także wsparcie psychologiczno-pedagogiczne uczniów, rodziców i nauczycieli oraz sprawdzanie i ocena skuteczności tych działań m.in. poprzez analizowanie sprawozdań dotyczących realizacji zadań wynikających z programu.

² Patrz: World Health Organization. Zero Draft Global Mental Health Action Plan 2013-2020: *Version dated 27 August 2012 (discussion paper)*. http://www.who.int/mental_health/mhgap/mental_health_action_plan_EN_27_08_12.pdf

³ Rocznik Statystyczny – Zakłady Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej. 2016.

Współcześnie model opieki psychiatrycznej odwołuje się do psychiatrii środowiskowej, której centrum zainteresowania stanowi lokalna wspólnota społeczna i żyjący w niej chorzy. Jest to przyjęta na świecie nowoczesna i efektywna forma opieki nad chorymi z zaburzeniami psychicznymi. Cierpiący na choroby psychiczne są pacjentami chorymi przewlekle, którzy w sposób ciągły potrzebują specjalistycznej oraz kompleksowej opieki psychiatrycznej. W nowoczesną koncepcję zdrowia psychicznego społeczeństwa wpisane jest stopniowe odchodzenie od modelu "azyłowego" (polegającego na izolowaniu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego w dużych specjalistycznych szpitalach) na rzecz modelu środowiskowego m.in. poprzez tworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP), co jest zgodne z kierunkami reform w zakresie psychiatrii w państwach rozwiniętych. Postuluje się już od kilkunastu lat pomniejszanie roli całodobowej opieki szpitalnej na rzecz otwartych i środowiskowych form opieki, co zawarto w publikacji **Lisiecka-Bielanowicz M., Biechowska D., Cianciara D., Funkcjonowanie jednostek w różnych formach opieki psychiatrycznej w Polsce w latach 2010-2013. Analiza organizacyjna i ekonomiczno-finansowa [w:] Psychiatria Polska, 2018, 52(1): 143-156; PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONELINE); DOI: <http://doi.org/10.12740/PP/68147>.**)

W publikacji tej zidentyfikowano zasoby systemu opieki psychiatrycznej w roku 2010 i 2013 oraz poziom nakładów NFZ na świadczenia w obszarze opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w stosunku do wszystkich nakładów na świadczenia zdrowotne w latach 2003–2013. Przedstawiono zmiany w liczbie zakontraktowanych przez NFZ jednostek rozliczeniowych oraz wartości rozliczonych kontraktów w różnych formach opieki psychiatrycznej. Dokonano porównania dynamiki zmian liczby podmiotów i wartości kontraktów w tym okresie. Zebrane dane i informacje pozwoliły stwierdzić, że w wyniku sposobu finansowania świadczeń opieki psychiatrycznej finansowanych ze środków publicznych zasadne staje się tworzenie Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP), zgodnie z celami przyjętymi w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP). W strukturze centrów powinny znaleźć się przynajmniej cztery rodzaje podmiotów: stacjonarny oddział całodobowy, poradni zdrowia psychicznego, oddział dzienny i zespół leczenia środowiskowego (zobrazowane na rys. 3). Przedstawione rozwiązania miały na celu pomniejszenie roli całodobowej opieki szpitalnej na rzecz form otwartych i środowiskowych, w tym m.in. do stworzenia CZP, co wymagało m.in. zmian w przepisach prawa.



Rysunek 3. Model opieki psychiatrycznej w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego

Źródło: Lisiecka-Bielanowicz M, Biechowska D, Cianciara D., Functioning of the various forms of mental health care in Poland in the years 2010–2013. Organizational, economic and financial aspects. *Psychiatria Polska*. 2018;52(1):143–156.

W artykule **Lisiecka-Bielanowicz M., Ocena realizacji strategii na rzecz poprawy jakości zdrowia psychicznego w Polsce, Evaluation of strategies for improving the quality of mental health in Poland, Problemy Jakości, 2018, nr 4, DOI: 10.15199/48.2018.4.4**) zawarto ocenę propozycji rozwiązań na rzecz poprawy jakości zdrowia psychicznego w Polsce. Przyjęta strategia Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020 oraz przyjęta strategia ochrony zdrowia dla obszaru zdrowia psychicznego zapisana w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2017-2022 nie stała się gwarantem tworzenia Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP). Autorka badała rozwiązania na szczeblu powiatu. W badanym powiecie w roku 2017 podjęto wysiłek wdrażania modelu opieki środowiskowej, w którym zaplanowano stworzenie Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP), lecz brak wyasygnowanych środków finansowych ze strony władz centralnych był główną przeszkodą realizacji tego modelu i tej formy opieki skierowanej do osób przewlekle chorych psychicznie.

Wzrost częstości występowania wielu zaburzeń nastroju i depresji u osób poniżej 18 roku życia w latach 2005–2016 został przedstawiony w artykule autorstwa **Lisiecka-Bielanowicz M, Biechowska D, Orłowska E, Molenda B.: The prevalence of depression in children and adolescents under 18 years of age treated for mental disorders in Poland between 2005 and 2016. Archives of Medical Science. 2020;1-10.**

Wyniki analiz przedstawionych w przytoczonym artykule potwierdzają, że ryzyko zachorowania na depresję jest wyższe u dzieci i młodzieży mieszkających na obszarach miejskich, niż u ich rówieśników zamieszkujących obszary wiejskie. Zwrócono również uwagę na fakt, że dziewczęta i kobiety w wieku poniżej 18 lat są bardziej narażone na ryzyko zachorowania na depresję. W ostatnim okresie nastąpił wzrost liczby nieletnich pacjentów leczonych w ośrodkach zamkniętych u których zdiagnozowano depresję. Badania wykazały, że otwarty model leczenia to obecnie wiodąca droga leczenia tej grupy wiekowej pacjentów. Wyzwaniem jest opracowanie optymalnego modelu psychiatrii środowiskowej ukierunkowanego na specyficzne potrzeby tej grupy wiekowej (dzieci i młodzież). Wzrost liczby osób leczonych z powodu zaburzeń psychicznych może być spowodowany wieloma przyczynami, m.in. jako następstwo zmian gospodarczych występujących w ciągu ostatnich trzech dziesięcioleci, które wpłynęły na styl pracy i życia w Polsce. Wymaga to wznowienia wysiłków na rzecz zintensyfikowania środków zapobiegawczych, a także jak najlepszego zaspokojenia potrzeb tej grupy wiekowej w zakresie opieki psychiatrycznej; szczególnie dla dziewcząt i kobiet w wieku poniżej 18 lat. Potencjał systemu opieki psychiatrycznej w Polsce, zgodnie z Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), kształtowany jest w kontekście modelu opieki społecznej i zmierza w kierunku stworzenia miejsca również dla dzieci oraz młodzieży (ze szczególnymi potrzebami związanymi z wiekiem) w ramach Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP).

Aspekt organizacyjnych uwarunkowań opieki nad pacjentem przewlekle chorym psychicznie w omówionych powyżej artykułach wyraża się m.in. przedstawieniem modelu opieki środowiskowej w Polsce jako modelu korzystnego dla pacjentów przewlekle chorych psychicznie we wszystkich grupach wiekowych z uwzględnieniem ukierunkowania na konkretne potrzeby danej grupy wiekowej. Podniesiono potrzebę lepszego dostępu do opieki zdrowotnej, co można także uzyskać m.in. poprzez wyższą świadomość społeczną na temat zdrowia psychicznego – również w przypadku problemów psychicznych u dzieci i młodych osób w okresie dojrzewania – poprzez wzrost akceptacji społecznej w obszarze zaburzeń psychicznych. (W poradniach psychologiczno-pedagogicznych podejmowano działania na rzecz poprawy dostępności usług tych poradni i współpracy ze szkołami. Przeciętny czas oczekiwania na wizytę wynosił miesiąc (w skrajnym przypadku nawet do 21 miesięcy), a

część szkół w otrzymywanych z poradni opiniach oczekiwała bardziej szczegółowych wskazań dla nauczycieli do pracy z danymi uczniami⁴).

Istotny jest czas oczekiwania pacjenta na świadczenia zdrowotne, szczególnie w czasie zaostrzenia się przebiegu choroby przewlekłej, gdyż może stanowić zagrożenie życia i zdrowia; może dotyczyć to zarówno pacjentów cierpiących na choroby o podłożu alergicznym jak i psychicznym. W kolejnym artykule wykorzystano elementy koncepcji Lean w procesie przyjęcia pacjenta do szpitala, którego krytycznym czynnikiem jest właśnie czas. Celem artykułu autorstwa: **Lisiecka-Bielanowicz M, Lisiecka K., Lean healthcare in hospital emergency department. Case study. Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska. 2020;143:123-133** była próba identyfikacji marnotrawstwa w wybranym podmiocie leczniczym, określenie rodzajów i źródeł zdarzeń je wywołujących, a także wskazanie możliwości skrócenia oczekiwania przez pacjenta na pomoc w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych w tej jednostce. Podmiotem badań był Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) zlokalizowany na terenie województwa X. Problemem były wielogodzinne kolejki w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Czas oczekiwania pacjenta na świadczenie medyczne jest bardzo długi. Trafiają na SOR nie tylko ciężko chorzy pacjenci, ale również osoby z zaostrzeniem przebiegu chorób przewlekłych (np. z napadem astmatycznym) czy nagłymi problemami zdrowia psychicznego (np. w kryzysie psychicznym). W artykule wykazano – stosując metodę case study - że istnieją możliwości skrócenia czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia medyczne w badanym Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. W badaniach autorki wykorzystaly elementy metody Lean Service. Wykazały, że już kolejny/drugi pacjent przyjęty do SOR po wdrożeniu działań doskonalących będzie oczekiwał krócej na świadczenie w stosunku do pacjenta SOR przyjmowanego przed podjęciem zaproponowanych przedsięwzięć. Każde działanie doskonalące np. w zakresie dostępności do sprzętu diagnostycznego (poprzez wprowadzenie rzetelnych przeglądów technicznych sprzętu czy sprawnej organizacji procesu sterylizacji) lub „podwojenie” obsady personelu szpitala na SOR skróci łączny czas oczekiwania pacjenta na tym oddziale. Wykazano, że ważne i potrzebne jest kształtowanie myślenia i kultury jakości, kultury Lean Service in Healthcare wśród pracowników SOR-ów, co stanowi „wejście” – „input” do realizacji ewentualnych dalszych świadczeń organizacji ochrony zdrowia.

⁴ Informacja o wynikach kontroli Przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym u dzieci i młodzieży; KNO.410.008.00.2016 Nr ewid. 13/2017/P/16/026/KNO

Problematyka pomiaru usług zdrowotnych jest dla mnie kolejnym - ważnym zarówno w obszarze teorii, jak i praktyki - modułem badawczym w procesach poprawy organizacji i zarządzania podmiotami leczniczymi, w których przebywają pacjenci przewlekle chorzy. W podjętych badaniach wykazano, że dla podniesienia sprawności organizacyjnej ochrony zdrowia psychicznego konieczne jest monitorowanie jakości świadczeń medycznych, ich dostępności oraz ekonomiki świadczeń. Wykazano, że brak jest precyzyjnych narzędzi pomiaru jakości usług w placówkach psychiatrycznej długoterminowej opieki stacjonarnej; brak również konsekwencji w zbieraniu danych koniecznych do mierzenia poziomu jakości świadczonych usług. To powoduje, że mechanizm monitorująco – nadzorczo - kontrolny dla zapewnienia wymaganego poziomu jakości świadczonych usług jest mało sprawny. Słabości tych upatruję w nie w pełni wykształconej funkcji pomiaru dokonań w zakresie usług świadczonych na rzecz zdrowia psychicznego. Pomiar dokonań/wyników stać się powinien funkcją, a zarazem stałym elementem modelu współczesnego, pro-efektywnościowego zarządzania placówką świadczącą usługi zdrowotne w zakresie zdrowia psychicznego. Artykuł **Lisiecka-Bielanowicz M. nt.: “Measurement of health care services in long-term residential mental health care institutions. (Pomiar usług zdrowotnych w placówkach psychiatrycznej długoterminowej opieki stacjonarnej.)”** *Psychiatria Polska*. 2021; 55(1): 101–112; DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/109988> ukazuje możliwości wpływania na procesy kształtowania jakości usług zdrowotnych – m.in. poprzez ich pomiar - w organizacjach świadczących usługi zdrowotne na rzecz osób chorych psychicznie, które to usługi są realizowane w ramach długoterminowej opieki stacjonarnej.

Specyfika prowadzenia przewlekle chorych alergicznie

Podjęmowane działania na rzecz monitorowania i kontroli chorób przewlekłych o podłożu alergicznym mają na celu poprawę jakości życia pacjentów niezależnie od ich wieku, co wymaga szczególnych działań prewencyjnych i naprawczych realizowanych w sposób systemowy na każdym poziomie zintegrowanej i koordynowanej opieki, aby w konsekwencji minimalizować ryzyko wystąpienia powikłań. W przytoczonych artykułach wskazano potrzebę doskonalenia jakości usług zdrowotnych w organizacjach świadczących usługi zdrowotne na rzecz osób przewlekle chorych alergicznie. Zwrócono uwagę na fakt, iż proces leczenia realizowany w ramach **koordynowanej opieki zdrowotnej u przewlekle chorych alergicznie** powinien być skutecznie **monitorowany, nadzorowany oraz interaktywnie wspierany przez edukatora zdrowia**, co wpłynie pozytywnie na **długofalowy efekt przebiegu procesu kompleksowego leczenia**. Wypracowanie modelu tej koncepcji oraz wdrożenie adekwatnych rozwiązań jest również gwarancją właściwego monitorowania, odpowiedniej kontroli choroby przewlekłej o podłożu alergicznym, zarówno w ujęciu jednostkowym, jak i systemowym w Polsce.

Specyfika prowadzenia przewlekle chorych psychicznie

Koncepcja modelu opieki środowiskowej skierowana zarówno do osób dorosłych, jak i do dzieci oraz młodzieży wychodzi naprzeciw innowacyjnym rozwiązaniom w ramach procesu ukierunkowanego na indywidualne potrzeby prowadzenia pacjenta z przewlekłą chorobą psychiczną. Celem powstawania i funkcjonowania Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) jest transformacja systemu leczenia psychiatrycznego z opartego na izolowaniu chorych w szpitalach na rzecz rozwijania leczenia środowiskowego, czyli wspierania pacjenta jak najbliżej jego domu, w jego bliskim otoczeniu. Leczenie środowiskowe skoncentrowane jest nie tylko na opanowaniu objawów choroby, ale także na wspieraniu pacjenta w zdrowieniu i utrzymywaniu w zdrowiu. Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) ma być dostosowane do potrzeb osoby, która się zgłasza po pomoc w chorobie psychicznej oraz pomoc ta może składać się z: regularnych wizyt u psychiatry, psychoterapii indywidualnej lub grupowej, wizyt zespołu terapeutycznego w domu pacjenta i pracy z nim oraz jego bliskimi w wybranym CZP. Przy CZP działają oddziały dzienne, w których są prowadzone zajęcia terapeutyczne, psychoedukacyjne oraz relaksacyjne, a więc pacjent ma - w założeniu - dostęp w jednym miejscu do różnych form wsparcia. Działania podejmowane w ramach realizacji koncepcji leczenia środowiskowego opierają się na funkcjonowaniu Centrów Zdrowia Psychicznego i są ukierunkowane na:

- realne zwiększenie dostępności do opieki psychiatrycznej, szczególnie środowiskowej na obszarach testowania pilotażu Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) dla osób dorosłych.
- wyznaczania założeń merytorycznych i opracowanie kierunkowych standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej w Centrach Zdrowia Psychicznego.
- określenie zasad współpracy organizacji opieki zdrowotnej, jednostek pomocy społecznej oraz placówek oświatowych poprzez koordynację systemu w zakresie opieki nad osobami z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Długoterminowy wpływ działania Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) w zakresie ochrony zdrowia psychicznego spowoduje:

- upowszechnienie modelu środowiskowego w zakresie podstawowej opieki psychiatrycznej poprzez objęcie całego obszaru Polski siecią Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP) zarówno dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży poprzez wypracowanie spójnej współpracy ośrodków, wyznaczenia założeń merytorycznych oraz wypracowanie standardów ich pracy.
- ukierunkowanie wyspecjalizowanej opieki psychiatrycznej m.in. poprzez funkcjonowanie programów zdrowotnych uruchamianych zgodnie ze zidentyfikowanymi potrzebami zdrowotnymi lokalnej społeczności.
- skoordynowane działania sieci psychiatrycznych ośrodków klinicznych, jednostek pomocy społecznej, placówek oświatowych oraz ich współpracy z Centrami Zdrowia Psychicznego, a także ogólna poprawa zdrowia psychicznego osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

Podsumowanie

Przeprowadzone badania, których przedmiotem były przewlekłe choroby – na przykładzie alergologii oraz psychiatrii - wykazały, że sprawny proces diagnostyczno-leczniczo-terapeutyczny powinien być realizowany w sposób kompleksowy oraz wielokierunkowy.

Celem długofalowym wprowadzanych zmian systemowych w obszarze ochrony zdrowia osób przewlekłe chorych jest zidentyfikowanie bieżących potrzeb i oczekiwań pacjentów

związanych m.in. z ich obecną sytuacją zdrowotną oraz docelowe dążenie do poprawy ich jakości życia.

Dla realizacji tego celu ważna jest identyfikacja i analiza uwarunkowań i czynników, w tym środowiskowych oraz organizacyjnych kształtujących jakość usług zdrowotnych świadczonych przewlekłe chorym.

Metodycznym wsparciem analizowania organizacyjnych uwarunkowań opieki nad pacjentem przewlekłe chorym w artykułach wykazanych w cyklu opisującym moje osiągnięcia naukowe był opracowany model elementów - wyznaczników relacji pacjenta z otoczeniem m.in. z uwzględnieniem i wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnej (ICT) oraz elementów modelu opieki korzystnego dla badanego typu pacjentów. W modelu tym uwzględniono potrzebę pomiaru procesów oraz stałego monitorowania parametrów zdrowotnych pacjenta oraz czynników zewnętrznych mających wpływ na środowisko pacjenta z chorobą przewlekłą. System bazy danych zawiera/zawierać powinien informacje z monitorowania terapii, które mogą być wykorzystywane dla dobra pacjenta w chorobach przewlekłych i mogą także interaktywnie wspierać w działaniach tzw. edukatora zdrowia.

Reasumując przeprowadzone badania, których przedmiotem były choroby przewlekłe w zakresie alergologii oraz psychiatrii - wykazały, że sprawny proces diagnostyczno-leczniczo-terapeutyczny powinien być realizowany przy wykorzystaniu zidentyfikowanego potencjału organizacyjnego. Rzecz idzie o realizowanie koncepcji, w której przewlekłe chory jest centralną postacią w systemie ochrony zdrowia, w której rzeczywiście tworzony jest system zorientowany na pacjenta. Koncepcja ta powinna być wsparta stworzeniem adekwatnej do potrzeb, szerokiej platformy zarządzania danymi i informacjami poprzez systemy informatyczne i teleinformatyczne (z użyciem narzędzi ICT) na temat środowiska pacjenta chorego przewlekłe i być aktywnie wykorzystywana przez zespoły eksperckie w celu jak najtrafniejszego doboru dostępnych metod, narzędzi i środków do indywidualnych potrzeb pacjenta z chorobą przewlekłą. Efekty kliniczne powinny iść w parze ze zwiększeniem nakładów na prewencję i profilaktykę dobrostanu chorego w sposób skoordynowany w całym procesie prowadzenia pacjenta z chorobą przewlekłą.

Pomiar poszczególnych etapów procesu świadczenia usługi jest podstawą dla identyfikacji marnotrawstwa oraz ciągłego doskonalenia procesów świadczenia usługi zdrowotnej w łańcuchu jej tworzenia. Duże znaczenie dla procesów dobrego organizowania, a więc i racjonalizowania działań mają uwarunkowania środowiskowe oraz kulturowe, przejawiające się m.in. w postawach i zachowaniach personelu takich jak: współdziałanie, transparentność, sumienność, dokładność, punktualność, pracowitość, a także etyczne postępowanie.

5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej.

Poniżej przedstawione zostały pozostałe kierunki badań oraz uzyskane wyniki badań prowadzonych przeze mnie lub we współpracy z innymi ośrodkami naukowymi. Poszczególne kierunki badań omówiono w podpunktach A, B i C.

A. Propozycje udoskonalonych rozwiązań organizacyjnych w procesie terapeutycznym osób przewlekle chorych na choroby alergiczne

• Opracowania organizacyjnych i klinicznych standardów postępowania lub weryfikacja standardów dotychczas stosowanych

Rozwiązaniem, które w istotny sposób poprawia i/lub doskonali przebieg procesu terapeutycznego jest opracowane standardów postępowania organizacyjnego w pielęgniarstwie alergologicznym. Propozycja standardu została zaprezentowana w publikacji „Polski Konsensus ds. Pielęgniarstwa Alergologicznego” Wydanie I, Warszawa, 2018; ISBN 978-83-7637-479-6; praca pod red. Krzych – Fałta E. oraz Sienkiewicz Z. Autorzy w swoich rozważaniach skupili się głównie na trzech istotnych elementach składowych, a mianowicie na procedurach diagnostyczno (punktowe testy skórne) – terapeutycznych (immunoterapia swoista) i na wybranych zagadnieniach z obszaru dokumentacji alergologicznej. W rozdziale autorstwa Lisiecka-Bielanowicz M., Dmochowska D, Słomka W, Bodzak E, Krzych-Fałta E. „Wybrane standardy postępowania w pielęgniarstwie alergologicznym (The chosen standards for the treatment of allergic nursing)” przedstawiono propozycje standardu postępowania organizacyjnego w pielęgniarstwie alergologicznym dotyczącym: 1. wykonywania Punktowych Testów Skórnych (PTS) oraz 2. przeprowadzania immunoterapii alergenowej (ITA).

Wpływ stosowanych procedur medycznych w przebiegu porodu na proces rozwoju przewlekłych chorób alergicznych opisano w artykule autorstwa Krzych-Fałta E., Furmańczyk K., Piekarska B., Lisiecka-Bielanowicz M., Sybilski A., Tomaszewska A., Raciborski F., Lipiec A., Samel-Kowalik P., Borowicz J., Namysłowski A., Wojas O., Walkiewicz A., Samoliński B.: **The effect of selected risk factors, including the mode of delivery, on the development of allergic rhinitis and bronchial asthma. (Wpływ wybranych czynników ryzyka w tym przebiegu porodu na proces rozwoju alergicznego nieżytu nosa i astmy oskrzelowej)** [w:] Postępy Dermatologii i Alergologii/Advances in Dermatology and Allergology; 2018;35(3):267-273. Czynnikiem predysponującym do rozwoju chorób alergicznych jest przebieg porodu, który wpływa na rozwiązania i koszty systemowe ochrony zdrowia w zakresie przewlekłych chorób alergicznych w Polsce. W artykule zwrócono uwagę na fakt, że wycena punktowa porodu (zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia) jest ważna ze względu na doniesienia co do istotności wystąpienia porodu przedwczesnego; ten stwarza ryzyko rozwoju astmy oskrzelowej u dzieci w wieku poniżej trzech lat, natomiast poród przez cesarskie cięcie wpływa m.in. na wzrost ryzyka wystąpienia dolegliwości astmatycznych. Informacje odnośnie ilości porodów przedwczesnych wskazują na fakt większego obciążenia systemu ochrony zdrowia z dwóch powodów: wyższych kosztów poniesionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynikających z przebiegu porodu przedwczesnego (został on wyceniony o 13

punktów wyżej w stosunku do porodu naturalnego) oraz - co ważniejsze - dalszych kosztów stanowiących długofalowe obciążenie systemu ochrony zdrowia w Polsce z tytułu leczenia osób cierpiących na choroby alergiczne (w tym astmy oskrzelowej). To dotyczy zarówno porodów przedwczesnych, jak i porodów przez cesarskie cięcie.

- **Doskonalenie systemu komunikowania w relacji: lekarz-pacjent przewlekle chory**

W procesie poprawy oraz doskonalenia systemu komunikowania pogłębiać należy kompetencje personelu m.in. poprzez systematyczne specjalistyczne szkolenia. Wprowadzenie specjalistycznych szkoleń w zakresie skutecznej komunikacji farmaceutów jako „osób pierwszego kontaktu terapeutycznego” z pacjentem przewlekle chorym przedstawiono w artykule autorstwa Krzych-Fałta E., **Wojas O., Furmańczyk K., Lisiecka-Bielanowicz M., Sybilski A., Samoliński B.:** „**The use of nasal over-the-counter agents in the evaluated Polish population. The underrated role of the pharmacist in patient education on medical treatment in patients with allergic rhinitis**”. (Częstość stosowania donosowych leków (z grupy OTC) w polskiej populacji badanej. Niedoceniana rola farmaceuty w farmako-edukacji pacjenta obciążonego alergicznym nieżytem nosa.) [w:] *Advances in Dermatology and Allergology*; 2019;36(5):524-530.

- **Prowadzenie raportu zdarzeń niepożądanych źródłem poprawy kultury organizacyjnej pracy**

Podniesienie kultury organizacyjnej pracy poprzez prowadzenie raportu zdarzeń niepożądanych jest kolejnym, ważnym obszarem w procesie doskonalenia przebiegu terapii osób chorych. O potrzebie **prowadzenia raportu zdarzeń niepożądanych** jako narzędzia oceny ryzyka oraz poprawy doskonalenia świadczonych usług w zakresie ochrony zdrowia piszę w artykule: **Lisiecka-Bielanowicz M. „System monitorowania zdarzeń niepożądanych narzędziem poprawy jakości usług świadczonych w ochronie zdrowia” w: Zdarzenia niepożądane w pielęgniarstwie alergologicznym; II spotkanie robocze grupy polskich ekspertów: Przykłady Dobrych Praktyk w Pielęgniarstwie Alergologicznym. Dział Redakcji i Wydawnictw Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2020, s.29-41.**

- **Problemy zdrowotne badanych z rozpoznaną astmą wymiennie wpływają na potrzebę wdrażania rozwiązań o charakterze systemowym, aby w konsekwencji minimalizować ryzyko powikłań jednostkowych u każdego chorego, a tym samym uzyskać oddziaływanie o zasięgu ogólnospołecznym w tej grupie przewlekle chorych w Polsce. W artykule autorstwa Wojas O., Krzych-Fałta E., Lisiecka-Bielanowicz M., Furmańczyk K., Dziewa-Dawidczyk D., Samoliński B.:** **Asthma as a social problem requiring systemic solutions in Poland.** [w] *Advances in Dermatology and Allergology*; 2022 DOI: <https://doi.org/10.5114/ada.2021.112743> przedstawiono potrzebę wypracowania oraz wdrożenia adekwatnych rozwiązań systemowych, co może być również gwarancją odpowiedniej kontroli astmy jako choroby zarówno w ujęciu jednostkowym, jak i społecznym.

B. Implementacja systemów, metod i narzędzi zarządzania jakością w organizacjach ochrony zdrowia

Moje osiągnięcia badawcze dotyczące zagadnień organizacyjnych dotyczących poprawy /lub doskonalenia jakości świadczeń w organizacjach ochrony zdrowia zostały uzyskane w rezultacie zaprojektowania i implementowania metod i technik zarządzania jakością w jednostkach ochrony zdrowia, zastosowanych wcześniej w organizacjach biznesowych (Public Management). Osiągnięcia te przedstawiono w następujących monografiach:

- Bedlicki M., Bielecki A., Janusz M., (...), **Lisiecka-Bielanowicz M., et al. Zharmonizowany system zarządzania jakością w ochronie zdrowia: wymagania dla certyfikacji wg normy ISO 9001:2000 i dla akredytacji wg standardów CMJ**: praca zbiorowa / pod red. Tomasza Romańczyka i Michała Bedlickiego, Katowice : TÜV NORD Polska, 2006, s. 75-89; ISBN 978-83-924483-0-3
- **Lisiecka-Bielanowicz M., „Zarządzanie jakością relacji w organizacjach ochrony zdrowia”, Warszawa, Difin SA 2016; ISBN 978-83-8085-139-9 - autorka monografii**

W monografii mojego autorstwa **”Zarządzanie jakością relacji w organizacjach ochrony zdrowia”**; Wydawnictwo Difin, 2016 r. omówiłam specyfikę systemu ochrony zdrowia, koncepcje orientacji na pacjenta, kulturę organizacyjną instytucji, zaprezentowałam modele komunikowania się w organizacji, mianowicie model: tradycyjny, interakcyjny, dialogowy, model Shannona i Weavera, H.Lasswella, model Newcomba, model Dance'a. Scharakteryzowane modele odzwierciedlają rolę nadawcy i odbiorcy w procesie utrzymania równowagi w stosunkach interpersonalnych. Opisałam procesowe podejście do zapewnienia jakości świadczeń, zidentyfikowałam miary dokonań świadczeń, metody pomiaru satysfakcji pacjentów oraz sposoby organizowania danych i informacji jako warunek skutecznej komunikacji w organizacjach ochrony zdrowia. W monografii wykazałam, że komunikowanie się w układzie świadczeniodawca - pacjent w organizacji ochrony zdrowia jest miarą sprawności zarządzania jakością usług zdrowotnych. Wartość komunikowania powinna być „budowana” w procesie edukacji studenta, kandydata na lekarza, wreszcie lekarza, pielęgniarki, terapeuty, czyli pracowników personelu medycznego i administracyjnego; również „budowana” w procesach edukowaniu pacjenta i jego bliskich. Powinna być budowana na nieustannym kształtowaniu i wyrabianiu właściwych nawyków postępowania aż do wykreowania odpowiedniej kultury organizacyjnej podmiotu leczniczego z na stałe wbudowaną wartością, jaką jest jakość relacji pomiędzy partnerami/interesariuszami świadczonej usługi. Procesowi budowania odpowiedniej kultury organizacyjnej w jednostce ochrony zdrowia sprzyjają standardy świadczeń medycznych nabywanych przez płatnika, tzw. standardy postępowania klinicznego, kierowane stricte do kadry medycznej, a także standardy organizacyjne świadczonych usług zdrowotnych. Każda usługa zdrowotna świadczona pacjentowi powinna być realizowana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, winna podnosić prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku zdrowotnego, czyli powinna być świadczona w sposób skuteczny, bezpieczny oraz redukować ryzyko wystąpienia niepożądanych rezultatów. Poczucie bezpieczeństwa zarówno pacjenta jak i personelu w organizacji ochrony zdrowia wzmacnia dysponowanie określonym potencjałem w obszarze zarządzania relacjami. Taki stan rzeczy powinien wpływać na zaprojektowanie usługi w organizacji lub w ramach współpracy sieciowej z innymi organizacjami. Formy dobrej współpracy w relacjach systemowych, jak i interpersonalnych mogą być źródłem eliminacji słabości w zarządzaniu organizacjami sektora ochrony zdrowia.

W monografii tej opisałam również modele badania satysfakcji klientów i na tym tle omówiłam metody pomiaru satysfakcji pacjenta, w tym skale pomiaru satysfakcji pacjenta. Wykazałam, że satysfakcja z usług o określonym poziomie jakości jest kategorią subiektywną. Konkluzję wywodów w tej części pracy zawarłam w sformułowaniu, że podstawą obiektywnych cech i właściwości jakości świadczeń są subiektywne korzyści, jakie odbiera pacjent. W monografii omówiłam również zagadnienia związane z organizowaniem danych i informacji w organizacjach ochrony zdrowia (dane medyczne). Poprzez analizę procesów przetwarzania danych osobowych, zasad przetwarzania danych osobowych oraz sposobu realizacji polityki bezpieczeństwa ukazałam treści dokumentacji medycznej oraz

informacji i sposobu jej udostępniania pacjentowi. Przedstawiłam założenia zarządzania bezpieczeństwem informacji w jednostkach ochrony zdrowia oraz doświadczenia w zakresie przetwarzania danych osobowych na przykładzie wybranej organizacji ochrony zdrowia, która wdrożyła i „pielęgnuje” system zarządzania bezpieczeństwem informacji na zgodność z międzynarodową normą PN-EN ISO 27001:2007.

Silne strony monografii to opisanie koncepcji orientacji na pacjenta, kultury organizacyjnej, modeli komunikowania się w organizacji, przedstawienie i omówienie standardów usług medycznych, charakterystyka metod badania zadowolenia pacjenta oraz systemu bezpieczeństwa informacji w placówkach ochrony zdrowia; a także wykazanie, że satysfakcja z usług o określonym poziomie jakości jest kategorią subiektywną.

- Lisiecka K., Czyż-Gwiazda E., **Lisiecka-Biełanowicz M.**, „**Projakościowe zarządzanie w organizacjach ochrony zdrowia. Diagnoza i kierunki doskonalenia**”, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 2017, s.188, ISBN 978-83-7875-388-9; e-ISBN 978-7875-389-6
- Lisiecka K., Czyż-Gwiazda E., **Lisiecka-Biełanowicz M.**, „**Kompetencje w certyfikowaniu i audytowaniu systemów zarządzania jakością produktów**”, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 2017, s.195, ISBN 978-83-7875-418-3; e-ISBN 978-7875-419-0
- W ramach pracy zespołowej audytorów związanych z branżą ochrony zdrowia oraz wizytatorów Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w pracy zbiorowej autorstwa: Bedlicki M., Bielecki A., Janusz M., (...), Lisiecka-Biełanowicz M, et al. „**Zharmonizowany system zarządzania jakością w ochronie zdrowia : wymagania dla certyfikacji wg normy ISO 9001:2000 i dla akredytacji wg standardów CMJ**”: praca zbiorowa / pod red. Tomasza Romańczyka i Michała Bedlickiego, Katowice: TÜV NORD Polska, 2006, s. 75-89; ISBN 978-83-924483-0-3 podjęto próbę porównania wymagań obu systemów tj. akredytacji oraz certyfikacji aby wypracować wspólną ścieżkę weryfikacji obu ww. systemów. W ww. pozycji byłam autorem rozdziału dotyczącego pomiarów, analizy i doskonalenia Lisiecka-Biełanowicz M. „**Pomiary, analiza i doskonalenie – wprowadzenie**”. Powyższe rozważania dotyczące współpracy w zakresie oceny obu systemów zarządzania jakością w Polsce kontynuowano w kolejnych pracach autorstwa:
 - Romańczyk T., Bedlicki M., Lisiecka K., Warunek A., Bielecki A., Janusz M., Kostecki A., Lisiecka-Biełanowicz M., Mazur L., Ślusarek D., Warkocz H.: **Certyfikacja systemu zarządzania jakością usług zdrowotnych według normy ISO 9001:2000 a akredytacja systemu według standardów CMJ. Razem czy osobno?** [w:] X Jubileuszowa Ogólnopolska Konferencja Jakość w Opiece Zdrowotnej, Kraków: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej, 2006, s. 76-78, ISBN 83-922370-1-3
 - Lisiecka K., Lisiecka-Biełanowicz M. **W kierunku integrowania systemów zarządzania w organizacjach ochrony zdrowia** [w:] Systemy zarządzania jakością w ochronie zdrowia, pod red. M. Lisieckiej-Biełanowicz, B. Samolińskiego. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, 2008, s. 26-37, ISBN 978-83-7383-341-8

- Lisiecka-Bielanowicz M, Lisiecka K. **Certyfikować czy akredytować systemy zarządzania jakością usług zdrowotnych?** [w:] Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia: praca zbiorowa / pod red. R. Lewandowskiego. Olsztyn : Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, 2008, s. 219-228
- Lisiecka K., Lisiecka-Bielanowicz M. **Certyfikacja czy akredytacja systemów zarządzania jakością usług zdrowotnych? A może systemy zharmonizowane?** [w:] Systemy zarządzania jakością w ochronie zdrowia, pod red. M. Lisieckiej-Bielanowicz, B. Samolińskiego. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, 2008, s. 49-58, ISBN 978-83-7383-341-8
- W oparciu o wieloletnią bazę danych zgromadzonych przez jednostkę certyfikującą, z którą od kilkunastu lat współpracuję, powstała trzyczęściowa publikacja mojego autorstwa, która została opublikowana w czasopiśmie „Problemy Jakości”. W publikacji tej dokonałam analizy systemu zarządzania jakością usług w organizacjach ochrony zdrowia przy wykorzystaniu metod analizy statystycznej (**Lisiecka-Bielanowicz M., Analiza systemu zarządzania jakością usług w organizacjach ochrony zdrowia, cz. 1. Wykorzystanie metod analizy statystycznej**, Problemy Jakości 2015;47(12):14-21-cz.1). Przeprowadziłam ewaluację systemów zarządzania jakością w organizacjach ochrony zdrowia na podstawie wyników audytów, co opublikowałam w artykule **Lisiecka-Bielanowicz M., System zarządzania jakością w organizacjach ochrony zdrowia. Ewaluacja systemu na podstawie wyników audytów, cz. 2.**, Problemy Jakości, 2016;48(1):21-24 Wyniki uzyskane z raportów audytów zewnętrznych sporządzonych przez niezależnych audytorów branży ochrony zdrowia poddałam analizie statystycznej wykorzystując korelację krzyżową; wyniki tej analizy zawarłam w trzeciej części tego cyklu **Lisiecka-Bielanowicz M., System zarządzania jakością w organizacjach ochrony zdrowia. Audyt zewnętrzny narzędziem oceny systemu przy wykorzystaniu korelacji krzyżowej’ cz. 3.** Problemy Jakości, 2016;48(2):26-30. Badania opisane w tej trzyczęściowej publikacji wykazały, że systemy zarządzania jakością porządkują, wyszczuplają, zmuszają do dokonywania zapisów i do prowadzenia udokumentowanych informacji, w tym do identyfikacji ryzyka prowadzonej terapii i jego monitoringu oraz potrzebę wprowadzenia działań korekcyjnych i korygujących w różnych obszarach działań w organizacji ochrony zdrowia:
- W artykule autorstwa **Lisiecka-Bielanowicz M., Czyż-Gwiazda E, Papaj T. pt. „Wykorzystanie metod i narzędzi zarządzania jakością usług w podmiotach leczniczych. Analiza przypadków”** opublikowanym w czasopiśmie Problemy Jakości. 2019;1: DOI: 10.15199/46.2019.1.5 w wyniku przeprowadzonych badań terenowych zespół pod moim kierownictwem dokonał oceny stopnia stosowania metod i narzędzi zarządzania jakością usług zdrowotnych w wybranych podmiotach leczniczych mających siedzibę w województwie śląskim. Do badań wybrano metodę Case Study. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że w badanych podmiotach metody i narzędzia projakościowego zarządzania świadczeniami zdrowotnymi są wykorzystywane w niewielkim stopniu. Wśród najczęściej stosowanych wskazywano: plany jakości, histogramy, badania ankietowe, arkusze kontrolne i burzę mózgów. Głównymi korzyściami stosowanych narzędzi jest większa przejrzystość działań, zdyscyplinowanie w obszarze realizacji podstawowych procesów tworzących wartość dla pacjentów oraz dla organizacji. Podkreślano konieczność realizacji procesu stałego

doskonalenia funkcjonowania organizacji z wykorzystaniem cyklu PDCA (Plan-Do-Check-Act). Badania wykazały, że organizacje napotykają na szereg trudności w implementowaniu konkretnych metod i narzędzi zarządzania jakością świadczeń zdrowotnych. Do najważniejszych zaliczono te, związane z czynnikiem ludzkim, to jest: słabo rozwiniętą komunikacją pomiędzy pracownikami oraz zarządzającymi i pracownikami, opór przed zmianami (niezależnie od zajmowanego stanowiska), obawy o przyszłość pracy, przepracowanie, niedofinansowanie oraz nieznaną (często brak świadomości istnienia) metod i narzędzi wspierających konkretne obszary funkcjonowania organizacji.

Badałam też skuteczność znormalizowanego systemu zarządzania jakością usług zdrowotnych. Wyniki badań o ocenie skuteczności zawierają rozdziały zamieszczone w trzech monografiach wydawnictwa Politechniki Łódzkiej. Są to:

- **Lisiecka-Bielanowicz M., „Czynniki wpływające na zmiany procesu świadczenia usługi zdrowotnej”** [w:] Ergonomia niepełnosprawnym w organizacji pracy i medycynie, red. naukowa J. Lewandowski, J. Leczewicz-Bartoszewska, K. Boczkowska., Łódź, Media Press P. Augustyniak i wspólnicy, Politechnika Łódzka, 2007, s. 76-82;
 - **Lisiecka-Bielanowicz M., Wawrzyniak Z., Stasiak M., „Wybrane moduły systemu zarządzania jakością w ocenie personelu medycznego”** [w:] Ergonomia niepełnosprawnym w organizacji pracy i zarządzaniu - badania, oceny, wytyczne, monografia pod red. J. Lewandowskiego, K. Boczkowskiej, Łódź, Politechnika Łódzka, Media Press, 2008, s. 84-89 oraz
 - **Lisiecka-Bielanowicz M., Wawrzyniak Z.M., Kurkowska M., „Wykorzystanie zarządzania jakością w jednostkach ochrony zdrowia w Polsce”** [w:] Zarządzanie rozwojem organizacji w otoczeniu wielokulturowym, red. nauk S. Lachiewicz, M. Matejun, Łódź, Politechnika Łódzka, 2014, s. 219-229
- Głównym celem systemu ochrony zdrowia jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom, dostarczanie jakości usług zdrowotnych o określonym poziomie – wyznaczonym przez przepisy prawa, normy i standardy przy jednoczesnym zapewnieniu skuteczności i efektywności zarządzania organizacjami ochrony zdrowia. Podejście procesowe oraz pomiar usługi jest podstawą zapewnienia bezpieczeństwa oraz zarządzania jakością w obszarze usług zdrowotnych, co przedstawiono w poniższych artykułach:
 - **Lisiecka-Bielanowicz M.: Projekt mapy procesów świadczeń medycznych - odwzorowanie procesów placówki medycznej** [w:] pracy zbiorowej pod red. Lisieckiej K.: „Menedżer jakości. Podejście procesowe”, ISBN- 978-83-7246-487-3, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Katowice, 2010 r., s. 15-44
 - Lisiecka K., **Lisiecka-Bielanowicz M., Pomiary wyników w sektorze ochrony zdrowia – miary wielokryterialne** [w:] Zarządzanie logistyką i jakością / [red. nauk.] L. Bylinko, M. Jakubiec, M. Kubański, Bielsko-Biała. Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej, 2012, s.139-154; ISBN 978-83-62292-11-0
 - Lisiecka K., **Lisiecka-Bielanowicz M., System pomiaru działalności leczniczej w ochronie zdrowia** [w:] Nauki o zarządzaniu wobec nieprzewidywalności i złożoności zmian: praca zbiorowa, cz. 2 / pod red. J. Rokity, Katowice, Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa, 2012, s. 275-298, ISBN 978-83-60953-70-9
 - **Lisiecka-Bielanowicz M., Projekt mapy procesów świadczeń medycznych – odwzorowanie procesów placówki medycznej** [w:] Menedżer jakości. Podejście procesowe : praca zbiorowa / pod red. K. Lisieckiej, Wyd. 2. rozsz. Katowice, Uniwersytet Ekonomiczny, 2013, s. 17-46; ISBN 978-83-7875-069-7

- Lisiecka K., **Lisiecka-Bielanowicz M. O systemie pomiaru wyników organizacyjnych w placówkach ochrony zdrowia**[w:] Innowacje i ryzyko w nowej gospodarce: monografia / pod red. E. Skrzypek. Lublin: Katedra Zarządzania Jakością i Wiedzą. Wydział Ekonomiczny. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, 2014, s.185-196; ISBN: 978-83-62785-75-9
- Marcewicz-Jendrysik I., **Lisiecka-Bielanowicz M. Controlling jako narzędzie gospodarowania środkami finansowymi w organizacjach ochrony zdrowia** [w:] Systemy zarządzania jakością w ochronie zdrowia, pod red. M. Lisieckiej-Bielanowicz, B. Samolińskiego. Warszawa, Ministerstwo Zdrowia, 2008, s. 93-104, ISBN 978-83-7383-341-8
- Do osiągnięć naukowo-badawczych o organizacyjnych czynnikach poprawy i doskonalenia jakości usług zdrowotnych zaliczam rozdział **o systemie pomiaru dokonań w podmiotach leczniczych zawarty w monografii autorstwa Lisiecka K, Czyż-Gwiazda E. oraz Lisiecka-Bielanowicz M. pt. Projakościowe zarządzanie w organizacjach ochrony zdrowia**”, wydanej przez UE Katowice w 2017 roku, syntetyzujący wyniki trzyletniego zespołowego projektu naukowo - badawczego realizowanego w międzyuczelnianej współpracy naukowo-badawczej.
- Badałam również poniższe aspekty świadczeń udzielanych w organizacjach ochrony zdrowia:
 - **Lisiecka-Bielanowicz M.,** Wawrzyniak Z., Stańczuk M. „Weryfikacja wykonywania wybranej procedury diagnostycznej w zakresie badań radiologicznych w szpitalu” [w:] Kierunki doskonalenia usług w ochronie zdrowia: praca zbiorowa / pod red. Lisieckiej-Bielanowicz M., Samolińskiego B., Warczyńskiego P.. Warszawa : Ministerstwo Zdrowia. Departament Organizacji i Ochrony Zdrowia, 2010, s.163-173; ISBN 978-83-911065-7-0
 - **Lisiecka-Bielanowicz M,** Pietroń K, Lusawa A., „System HACCP w szpitalnych blokach żywienia – wyniki badań” Problemy Jakości. 2008;40(7):39-42.
 - **Lisiecka-Bielanowicz M.,** Dusza J, Wawrzyniak Z., „Odpady opakowaniowe w modelach gospodarowania odpadami niemedyceznymi w szpitalach”. Opakowanie. 2014;(3):75-79
 - **Lisiecka-Bielanowicz M.,** Grzywa A. , „Karta zlecenia wykonania wyrobu medycznego, protetycznego, ortodontycznego narzędziem komunikacji pomiędzy laboratorium techniki dentystycznej i gabinetem stomatologicznym”. Nowoczesny Technik Dentystyczny. 2014;(5):86-90
 - **Lisiecka-Bielanowicz M.,** Leciejewska J, Leciejewski Z., „Crowdfunding - dodatkowe źródło finansowania jakości usług w systemie ochrony zdrowia w Polsce”. Problemy Jakości. 2016;48(10):38-44.
 - **Lisiecka-Bielanowicz M.,** Biechowska D., Brzozowski S., Hermanowski T.: „Mapowanie procesu leczenia udaru mózgu w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie” [w:] Postępy Psychiatrii i Neurologii/Advances in Psychiatry and Neurology 2018; 27 (2): 172-179; DOI: <https://doi.org/10.5114/ppn.2018.77208>)

C. Organizacyjne oraz terapeutyczne rozwiązania ukierunkowane na pomoc osobom z zaburzeniami narządu słuchu

W artykule Lisiecka-Biełanowicz M.: Osoby niesłyszące w społeczeństwie – opis zjawiska, [w:] Postawy wobec niepełnosprawności: praca zbiorowa / pod red. L. Frąckiewicz., Katowice, Wydaw. Uczelniane AE, 2002, s. 79-90, ISBN: 83-7246-182-1 została przybliżona sytuacja osób niesłyszących w społeczeństwie polskim, natomiast, w kolejnych artykułach zaprezentowano fizjoterapię oddechową jako element procesu kompleksowej rehabilitacji dzieci korzystających z implantów ślimakowych. Celem badań było m. innymi wykazanie wpływu fizjoterapii oddechowej na proces tworzenia głosu u dzieci korzystających z implantów ślimakowych. Wyniki badań zawarto w opracowaniach:

- Lisiecka-Biełanowicz M., Grzanka A.: Wpływ fizjoterapii oddechowej na proces tworzenia głosu u dzieci korzystających z implantów ślimakowych. w: Ergonomia niepełnosprawnym w procesie jednoczenia się Europy / pod red. J. Lewandowskiego, J. Lecewicz-Bartoszewskiej, M. Sekiety, Łódź: Wydaw. Politechniki Łódzkiej, 2002, str. 201-211, ISBN 83-72-099-1
- Lisiecka-Biełanowicz M, Szuchnik J, Ratyńska J, Szkiełkowska A. Physiotherapy of breathing as an element of multidisciplinary rehabilitation of children using cochlear implants. International Congress Series. 2003;1240:375-378.
- Lisiecka-Biełanowicz M., Grzanka A.: The influence of breathing physiotherapy on voice production in children with cochlear implants, w: Structures, Waves, Biomedical Engineering / Polskie Towarzystwo Akustyczne. Oddział w Krakowie, Polskie Towarzystwo Inżynierii Biomedycznej; ed. Ryszard Panuszka, Kraków: PTA : PTIB, 2002 r., str. 289-299, ISBN: 83-909641-8-X

Wyniki badań skuteczności rozwiązań systemowych w zakresie powszechnych przesiewowych badań słuchu u noworodków w Polsce przedstawione zostały w artykule autorstwa Lisiecka-Biełanowicz M., Molenda B.: **Effectiveness of health promoting activities in the field of general hearing screening tests in newborns in Poland (Skuteczność działań wspierających ochronę zdrowia w zakresie powszechnych przesiewowych badań słuchu u noworodków w Polsce)**, Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 2019; DOI: 10.26444/aaem/102691. Celem badań było m.innymi wykazanie wpływu działań wspierających ochronę zdrowia przez organizacje pożytku publicznego na przykładzie Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy (WOŚP) w zakresie Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków w Polsce w latach 2003-2015. Analizując wpływ działań wspierających ochronę zdrowia w zakresie Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków (PPPBSuN) w Polsce wykazano skuteczność diagnostyczną oraz efektywność finansową. Ustalono, że długofalowe i kompleksowe wsparcie przez Fundację WOŚP realizacji Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków w Polsce wpływa korzystnie na: wzrost liczby właściwie zdiagnozowanych dzieci, możliwość zakupu nowego sprzętu diagnostycznego oraz ciągle szkolenia personelu medycznego, co skutkuje odpowiednią jakością badań (ze wskazaniem na pewność wyniku) oraz coraz dokładniejszą diagnozą na tym etapie badań, a tym samym również na skrócenie czasu wdrożenia odpowiedniego postępowania terapeutycznego.

Zrealizowane projekty we współpracy z innymi ośrodkami naukowymi

1. **„Telediagnostyka w zastosowaniach alergologicznych i foniatrycznych”**. Projekt został zrealizowany w latach 2005 - 2008; kierownikiem projektu był dr hab. inż. A. Grzanka z Politechniki Warszawskiej oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny. Telediagnostyka wchodzi w zakres systemu komunikowania w dynamicznie rozwijającej się telemedycynie. Zadanie w projekcie polegało na pozyskiwaniu danych diagnostycznych w oddaleniu od miejsca, w którym wyniki są interpretowane oraz, gdzie podejmowane są decyzje lekarskie. W ramach tego projektu – jako wykonawca - współtworzyłam modelowe rozwiązania systemu telediagnostyki dla alergologii i foniatrii. Pozytywnie oceniona została użyteczność tych systemów⁵. (załącznik 1 publikacja)
2. Projekt badawczy o wzmocnieniu bezpieczeństwa i higieny pracy realizowałam we współpracy z Centralnym Instytutem Ochrony Pracy – Państwowym Instytutem Badawczym (CIOP-PIB) w Warszawie. Głównym wykonawcą i koordynatorem wieloletniego programu pt. **„Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”, etap II, dofinansowanego w zakresie służb państwowych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w latach 2008-2010. Numer zadania 8.S.07 „Opracowanie metody oceny efektywności procesów elektromagneto-terapeutycznych w leczeniu narządów ruchu (badania modelowe i jakościowe)”**. (załącznik 2 – publikacje)
3. Kierowanie projektem – w ramach współpracy z Katedrą Zarządzania Przedsiębiorstwem Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach pt. **„Pomiar wyników organizacyjnych w jednostkach sektora ochrony zdrowia”**. Efektem współpracy między ośrodkami naukowo - badawczymi jest współautorstwo w poniższych monografiach:
 - Lisiecka K., Czyż-Gwiazda E., **Lisiecka-Bielanowicz M., „Projakościowe zarządzanie w organizacjach ochrony zdrowia. Diagnoza i kierunki doskonalenia”**, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 2017, s.188, ISBN 978-83-7875-388-9; e-ISBN 978-7875-389-6 (udział - 30%) (załącznik 3 scan_monografia)
 - Lisiecka K., Czyż-Gwiazda E., **Lisiecka-Bielanowicz M., „Kompetencje w certyfikowaniu i audytowaniu systemów zarządzania jakością produktów”**, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 2017, s.195, ISBN 978-83-7875-418-3; e- ISBN 978-7875-419-0 (udział- 40%) (załącznik 4 scan_monografia)
4. Identyfikacja potrzeb sektora ochrony zdrowia i ich realizacja koncentruje się na poszukiwaniu rozwiązań o największym potencjale wdrożeniowym, mającym realny wpływ na poprawę zdrowia pacjentów; w tym pacjentów przewlekle chorych. Wyrazem podjętego wysiłku w tym zakresie jest m.in. **mój udział w Komitecie Sterującym Konsorcjum w**

⁵ Lisiecka-Bielanowicz M., Grzanka A., The influence of breathing physiotherapy on voice production in children with cochlear implants [w:] Structures, Waves, Biomedical Engineering, Polskie Towarzystwo Akustyczne, Oddział w Krakowie, Polskie Towarzystwo Inżynierii Biomedycznej, ed. R. Panuszka, Kraków, PTA, PTIB, 2002 r., s. 289-299, ISBN: 83-909641-8-X

ramach grantu „Lean Management w Ochronie Zdrowia”/„Lean in Health Care” (LMOZ.Grant naukowo-badawczy na ten projekt został przyznany na lata 2015-2018 (decyzja 143/2015 NCBiR) przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju w ramach Programu INNOWACJE SPOŁECZNE, numer umowy: IS-2/200/NCBR/2015. (załącznik 5)

W tym projekcie byłam zarówno członkiem Komitetu Sterującego Konsorcjum z ramienia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, jak i uczestniczką badań. Prowadzone badania dotyczyły ukazania możliwości „szczupłego”, bardziej sprawnego zarządzania w organizacjach systemu ochrony zdrowia.

5. W obszarze zdrowia psychicznego współpracuję z **Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (IPIN)** w zakresie koordynacji, monitorowaniu oraz ewaluacji skuteczności i efektywności zadań prowadzonych w celu profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego. **Cel operacyjny 3 „Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa”, Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020** (załącznik 6) oraz kontynuacja tej współpracy w ramach NPZ jest przewidziana na lata 2021-2025.

6. Udział w **programie europejskim: „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę: projekt horyzontalny”**, nazwa osi priorytetowej to: IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Numer i nazwa Działania: **4.1 Innowacje społeczne. Jest to projekt unijny, horyzontalny, wdrożeniowy z Programu Operacyjnego „WIEDZA EDUKACJA ROZWÓJ”**, którego wnioskodawcą jest **Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie**. Numer wniosku w Centralnym Systemie Teleinformatycznym SL2014: POWR.04.01.00-00-D208/17. Celem projektu jest m.in. opracowanie innowacyjnego w Polsce modelu Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego – miejsca, gdzie każda osoba w trakcie i po przebytym kryzysie psychicznym może uzyskać wsparcie na poziomie społeczności lokalnych. Jako wykonawca projektu realizuję zadanie w obszarze: Ewaluacja i badania. (załącznik 19 scan umowy).

7. Udział w **projekcie „Women’s Mentorship Programme”** od 2018 roku do nadal; jako MENTOR (expert) biorę udział w rządowym programie **Ministry of Equality, HM Government of Gibraltar, Gibraltar**(załącznik 7).

8. W projektowaniu kierunków badań na rzecz pro jakościowego zarządzania organizacją sektora zdrowia **współpracowałam z Ministerstwem Zdrowia**, co zaowocowało w 2008 roku **publikacją pt.: „Systemy zarządzania jakością w ochronie zdrowia”** wydaną przez **Ministerstwo Zdrowia pod redakcją M. Lisieckiej-Bielanowicz** oraz B. Samolińskiego⁶. (załącznik 8 scan monografia). Kontynuacja współpracy z Ministerstwem Zdrowia to wydanie w 2010 roku kolejnej publikacji pod redakcją **M. Lisieckiej-Bielanowicz, B. Samolińskiego i P. Warczyńskiego** pt: „Kierunki doskonalenia usług w ochronie zdrowia” (załącznik 9 scan_monografia).

9. Biorę udział w **spotkaniach grupy ekspertów z obszaru Pielęgniarstwa Alergologicznego** w ramach którego w roku 2018 (w ramach I spotkania) powstała pozycja – pod honorowym patronatem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych - pt.: **„Polski Konsensus ds. Pielęgniarstwa Alergologicznego”**. Wydanie I, Warszawa, 2018; ISBN 978-83-7637-479-6; red. Krzych – Fałta E. oraz Sienkiewicz Z. **W 2020 roku w ramach II spotkania roboczego grupy polskich**

⁶ Systemy zarządzania jakością w ochronie zdrowia, pod red. M. Lisieckiej-Bielanowicz, B. Samolińskiego. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, 2008; ISBN 978-83-7383-341-8

ekspertów: Przykłady Dobrych Praktyk w Pielęgniarstwie Alergologicznym powstała kolejna publikacja pod redakcją naukową Edyty Krzych-Fałty i Zofii Sienkiewicz **pt.:** „**Zdarzenia niepożądane w pielęgniarstwie alergologicznym**”, Wydawnictwo WUM, Warszawa, 2020. (załącznik 10 – obie publikacje).

Współpraca krajowa i zagraniczna z innymi ośrodkami w zakresie staży naukowych/szkoleń/specjalizacji:

10. Staż naukowy (6 tygodni) w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w terminie: 17.08.2020 do 25.09.2020 (załącznik 11 - zaświadczenie).

11. Uzyskałam tytuł specjalisty drugiego stopnia z rehabilitacji ruchowej; odbyłam staże do specjalizacji drugiego stopnia z rehabilitacji ruchowej oraz złożyłam egzamin specjalizacyjny drugiego stopnia w zakresie rehabilitacji ruchowej w 2002 roku. (załącznik 12 – dyplom specjalisty)

12. Uzyskałam tytuł specjalisty w zakresie Zdrowia Publicznego w roku 2017; odbyłam staże do specjalizacji ze Zdrowia Publicznego oraz brałam udział w kursach specjalizacyjnych zorganizowanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w dziedzinie Zdrowia Publicznego (załącznik 13 – dyplom specjalisty):

- „Podstawy teorii zdrowia publicznego. Podstawy epidemiologii.” w terminie: 03.02.2014 r. – 14.02.2014 r.; Numer kursu::6-008/01/01/001-2014; Godziny kursu: 40 godzin **oraz staż w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublińcu** (dwa tygodnie) od 11-20. 08. 2014 r.
- „Zdrowie i jego środowiskowe uwarunkowania” w terminie: 17.11.2014 r. – 21.11.2014 r.; numer kursu:6-008/02/01/002-2014; godziny kursu: 40 godzin **oraz staż w Instytucie Ochrony Środowiska w Warszawie (dwa tygodnie)** w drugim kwartale 2015 r.
- „Organizacja opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie.”; Termin:16.03.2015 r. – 20.03.2015 r.; numer kursu: 6-008/03/01/002-2015; Godziny kursu: 40 godzin **oraz staż w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublińcu** (jeden tydzień) od 4-8.08.2014 r.
- „Zagadnienia prawno-medyczne w ochronie zdrowia. Psychologia i socjologia w procesie zarządzania zakładami opieki zdrowotnej.” Termin: 14.09.2015 r. – 18.09.2015 r.; numer kursu: 6-008/04/01/001-2015; godziny kursu: 40 godzin **oraz staż w Instytucie Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie** (dwa tygodnie) w trzecim kwartale 2015 r.
- „Zarządzanie i ekonomika zdrowia.” Termin kursu: 11.01.2016 r. – 15.01.2016 r.; Numer kursu: 06-008/05/01-001-2016; godziny kursu: 40 godzin **oraz staż w Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) w Częstochowie** (dwa tygodnie) w trzecim kwartale 2014 r. **oraz staż w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) w Lublińcu** (jeden tydzień) w trzecim kwartale 2015 r.
- „Promocja zdrowia. Główne problemy zdrowotne. Międzynarodowe problemy zdrowia.”; Termin kursu: 14.03.2016 r. – 18.03.2016 r.; numer kursu: 06-008/06/01-002-2016; godziny kursu: 40 godzin **oraz staż w Instytucie Psychiatrii i Neurologii (IPiN) w Warszawie** (dwa tygodnie) w czwartym kwartale 2015 r.

13. Ukończenie kursu oraz zdanie egzaminu na audytora zewnętrznego/audytora wiodącego systemów zarządzania jakością wg norm ISO serii 9000; termin od 20-24.11.2000 r. (załącznik 20)
14. Ukończenie kursu oraz zdanie egzaminu na audytora zewnętrznego/audytora wiodącego systemów zarządzania: BHP wg PN-N-18001, środowiskowego wg normy ISO 14001:2004 oraz wg EMAS – Environmental Management System Auditor Training Course (załączniki 14)
15. Udział w szkoleniu podyplomowym nt.: „Managing Diversity and Inclusion Workshop”, by CIPD Training, on 5th of October 2018, Gibraltar. (załącznik 15).
16. Staż naukowy (5 tygodni) w Gibraltar Health Authority and St. Bernard’s Hospital na Gibraltarze w terminie: 17.05.2021 do 25.06.2021 r. (załącznik 16).
17. Ukończenie szkolenia e-learningowego pt. „Korupcja w administracji publicznej” w dniu 19.01.2021 r. (załącznik 18)

6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę.

I. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych

Prowadzę działalność dydaktyczną, którą poniżej krótko scharakteryzowałam:

- 1997- 1998 Prowadzenie zajęć dydaktycznych w Szkole dla Chorych na Astmę działającej przy Klinice Pneumonologii w Centralnym Szpitalu Klinicznym ŚLAM w Katowicach
- 1998- 2007 Prowadzenie wykładów oraz szkoleń dla terapeutów oraz rodziców dzieci niesłyszących i niedosłyszących w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie
- 1999- Prowadzenie zajęć dydaktycznych na studiach podyplomowych nt. "Zarządzanie w ochronie zdrowia" oraz zajęć dydaktycznych z emisji głosu na studiach podyplomowych: "Menedżer jakości" organizowanych przez Kolegium Zarządzania Akademii Ekonomicznej w Katowicach
- 2000-2006 Prowadzenie zajęć na kursach podyplomowych: „Nowoczesne zarządzanie zasobami ludzkimi I” organizowanych przez Francuski Instytut Zarządzania w Warszawie nt. „Wykorzystanie głosu a praktyczne formy komunikowania się”, prowadzenie zajęć na kursach podyplomowych: „Nowoczesne zarządzanie zasobami ludzkimi II” nt. „Wybrane koncepcje zarządzania jakością usług” oraz „Emisja głosu - aspekty praktyczne”.
- 2002 – 2006 Współpraca z jednostką TUV NORD Polska certyfikującą systemy, personel i wyroby jako audytor strony trzeciej systemów zarządzania jakością i aspektami środowiskowymi (wcześniej z RW TUV Polska; która po fuzji z TUV NORD Polska przyjęła Logotyp TUV NORD Polska).
- 2003 - 2004 Prowadzenie wykładów na studiach dziennych nt. „Biomedyczne Systemy w Rehabilitacji” na Politechnice Warszawskiej
- 2004 - do nadal Działalność dydaktyczna na swej macierzystej Uczelni, gdzie koordynuję przedmioty oraz prowadzę wykłady oraz seminaria i ćwiczenia z następujących przedmiotów: „Zarządzania jakością”, „Zarządzania jakością w ochronie zdrowia”, „System zarządzania jakością”, „Ocena ryzyka projektów w obszarze zdrowia publicznego” oraz z przedmiotu „Rynek kapitałowy”.
- 2006 – 2007 Prowadziłam zajęcia dydaktyczne z podstaw zarządzania organizacją w Polsko-Japońskiej Wyższej Szkole Technik Komputerowych w Warszawie
- 2006 – do nadal Współpraca w charakterze audytora zewnętrznego branży medycznej w Polskiej Akademii Jakości (PAJ Cert).
- 2009 – 2010 Prowadzenie wykładów i seminariów na studiach niestacjonarnych z zakresu zarządzania jakością w ochronie zdrowia na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego
- 2016 – do nadal Prowadzenie wykładów nt. “Systemy zarządzania jakością w ochronie zdrowia. Akredytacja i certyfikacja” w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, specjalizacja dla lekarzy z obszaru Zdrowia Publicznego

Prowadzę również seminaria dyplomowe: magisterskie i licencjackie. Recenzuję prace dyplomowe i magisterskie.

Poniżej poprowadzone i obronione prace magisterskie na Wydziale Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego:

1. Katarzyna Pietron: „System HACCP w jednostkach żywienia zbiorowego leczenia zamkniętego jako narzędzie zapewnienia jakości i bezpieczeństwa zdrowotnego żywności” – obrona lipiec 2007 r.
2. Marta Stasiak: „Funkcjonowanie systemu zarządzania jakością zgodnego z wymaganiami normy PN- EN ISO 9001:2001 w ocenie personelu medycznego wybranych placówek ochrony zdrowia” - obrona lipiec 2008 r.
3. Wioletta Talarek: „Ocena przystosowania hurtowni spożywczych do wymagań „pakietu higienicznego” w wybranym powiecie województwa mazowieckiego - – obrona lipiec 2009 r.
4. Ewa Sobolewska: „Ocena dostępności metod fizykoterapeutycznych stosowanych w gabinetach kosmetycznych i ośrodkach SPA na terenie Warszawy” – obrona wrzesień 2009 r.
5. Arkadiusz Wejnarski: „Analiza przedsiębiorstwa na przykładzie firmy szkoleniowej Grupa Ratownictwa Medycznego K1 s. c.” – obrona wrzesień 2009 r.
6. Marta Kopczyńska: „Audit jako narzędzie oceny systemu zarządzania jakością w Szpitalu Powiatowym X” – obrona wrzesień 2011 r.
7. Magdalena Rudnikowska: „Zarządzanie bezpieczeństwem informacji na przykładzie wybranej jednostki ochrony zdrowia.” – obrona: 17 lipiec 2012 r.
8. Magdalena Maria Mazur: „Systemy zarządzania jakością usług zdrowotnych w organizacjach ochrony zdrowia. Uwarunkowania. Analiza porównawcza systemów certyfikacji i akredytacji usług na przykładzie wybranego szpitala.”, nr indeksu: 058664; obrona: 17 lipiec 2012 r.
9. Arkadiusz Grzywa, „Karta zlecenia wykonania wyrobu medycznego protetycznego/ortodontycznego narzędziem komunikacji pomiędzy laboratorium techniki dentystycznej i gabinetem stomatologicznym”, nr indeksu 060574, obrona - 25 czerwca 2013 r.
10. Monika Kurkowska, „Znajomość zasad zarządzania jakością wśród kadry kierowniczej jednostek ochrony zdrowia”, nr indeksu 52664, obrona - 25 czerwca 2013 r.
11. Ewelina Rogowska, „Kreowanie wizerunku podmiotu leczniczego na przykładzie marki LUX MED.”, obrona wrzesień 2013 r.
12. Sylwia Onieszczyk (nr: 63174): ”Biznesplan kliniki stomatologicznej dla mężczyzn wg koncepcji CSR”; obrona: 9 lipca 2014 r.
13. Kinga Korchowiec (nr: 063170): ”Ocena komunikacji na bloku operacyjnym”; obrona: 9 lipca 2014 r.
14. Joanna Kaliszewska: ”Czynniki wpływające na zachowania konsumenckie na przykładzie zakupu perfum”; obrona: wrzesień, 2014 r.
15. Karolina Wójciak (nr: 065542): ”Analiza szkoleń w firmie farmaceutycznej X”; obrona: 7 lipca 2015 r.
16. Aleksandra Zdrojkowska (nr: 57584): ”Socjologiczno-kulturowe uwarunkowania zdrowia dzieci”; obrona: 9.09. 2015 r.

17. Karolina Komendarczyk (nr:57531): "Funkcjonowanie i rozwój uczniowskich klubów sportowych jako element zwiększenia aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży"; - obrona: 9.09.2015 r.
18. Justyna Leciejewska (nr: 57543): "Finansowanie społecznościowe (crowdfunding) jako źródło finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce."; - obrona: 9.09. 2015 r.
19. Paulina Maja Łubińska (nr albumu 60375): „Depresja wśród dzieci i młodzieży do 18 roku życia na tle przemian społecznych na przestrzeni lat 1989-2014 w Polsce” – obrona 6.07.2016 r.
20. Olga Talarek (nr albumu 58219): „Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych u osób leczonych w psychiatrycznych oddziałach całodobowych w Polsce. Analiza porównawcza roku 2000 i 2014.” – obrona 09.2016 r.
21. Bartłomiej Molenda (nr albumu 061331): „Wpływ działań wspierających ochronę zdrowia przez organizacje pożytku publicznego na przykładzie Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy w zakresie Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków w Polsce.” – obrona 06.2017 r.

Praca licencjacka:

Piotr Kozub: „Doskonalenie ankiety badania satysfakcji klienta zewnętrznego na przykładzie firmy ubezpieczeniowej Q”.- obrona lipiec 2008 r.

- Jestem również promotorem prac magisterskich na studiach niestacjonarnych na kierunku Zarządzanie w zakresie Zarządzania Ochroną Zdrowia na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego: Maciej Stańczuk (nr albumu 289164) “System zarządzania jakością w ochronie zdrowia – weryfikacja wybranej procedury radiologicznej”, obrona 06. 2010 r.
- W ramach osiągnięć dydaktycznych, m.in. magistrant mgr Arkadiusz Grzywa zajął drugie miejsce w I Konkursie Polskiego Towarzystwa Ekonomiki Zdrowia (PTEZ) na najlepszą pracę doktorską, magisterską, licencjacką, dyplomową z zakresu ekonomiki i zarządzania ochroną zdrowia, który to konkurs został rozstrzygnięty w dniu 16.06.2015 r. Tytuł pracy: „Karta zlecenia wykonania wyrobu medycznego protetycznego, ortodontycznego narzędziem komunikacji pomiędzy laboratorium techniki dentystycznej i gabinetem stomatologicznym”.
- Opieka nad Kołami Naukowymi:

Przy Zakładzie Profilaktyki i Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii WUM działa Studenckie Koło Naukowe (SKN) Managerów Zdrowia. W ramach działań Koła Naukowego SKN „Menedżerów Zdrowia” funkcjonuje sekcja: Jakość w ochronie zdrowia, której jestem opiekunem; m.in. zostałam opiekunem grantu studenckiego - prowadzenie i rozliczenie mini grantu studenckiego. Tytuł projektu: „Jakość kształcenia na kierunku

ratownictwo medyczne a umiejętności wykorzystywane w pracy w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego”, NZC/NM1/12/12.

II. Informacja o osiągnięciach organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę.

Byłam **zaangażowana** w wieloletnią współpracę merytoryczną Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM) z Ministerstwem Zdrowia co m.in. pozwoliło na zorganizowanie triady konferencji ogólnopolskich o tematyce związanej z doskonaleniem jakości świadczeń w obszarze ochrony zdrowia :**I Konferencja „Jakość 2007 – Systemy jakości w ochronie zdrowia”** odbyła się w dniu 18.06. 2007 r. w Warszawie; byłam członkiem komitetu redakcyjnego, naukowego i organizacyjnego tej Konferencji;

II Konferencja „Jakość 2008 – Jakość opieki zdrowotnej w teorii i praktyce” odbyła się w dniu 06.11. 2008 r.; byłam członkiem Komitetu redakcyjnego, naukowego i organizacyjnego tej Konferencji;

III Ogólnopolska konferencja „Jakość 2010. Systemy zarządzania w ochronie zdrowia – doświadczenia oraz nowe trendy” odbyła się w dniu 7 października 2010 r. Byłam członkiem Komitetu redakcyjnego, naukowego i organizacyjnego tej Konferencji;

Analizę regulacji prawnych, założeń, zasad i rozwiązań dla systemu ochrony zdrowia w kraju w ramach ww. cyklu konferencji **przedstawiono** w następujących publikacjach:

- **„Systemy zarządzania jakością w ochronie zdrowia” pod redakcją M. Lisieckiej-Bielanowicz oraz B. Samolińskiego** wydana w 2008 roku przez Ministerstwo Zdrowia⁷.

Treści podrozdziałów, których byłam współautorką dotyczyły m.in. wyznaczania kierunków doskonalenia zarządzania jakością usług zdrowotnych⁸. W publikacji podniesiono również potrzebę implementowania tematyki zarządzania jakością usług zdrowotnych do programu nauczania na kierunkach medycznych uczelni wyższych⁹. Satysfakcją moją było

⁷ Systemy zarządzania jakością w ochronie zdrowia, pod red. M. Lisieckiej-Bielanowicz, B. Samolińskiego. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, 2008; ISBN 978-83-7383-341-8

⁸ Lisiecka K., Lisiecka-Bielanowicz M., W kierunku integrowania systemów zarządzania w organizacjach ochrony zdrowia w: Lisiecka-Bielanowicz M., Samoliński B.(red.), „Systemy zarządzania jakością w ochronie zdrowia”, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 2008 r., s. 26-37, ISBN 978-83-7383-341-8

wprowadzenie w szerszym zakresie przedmiotów z zarządzania jakością usług zdrowotnych do programu studiów dla studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

- **„Kierunki doskonalenia usług w ochronie zdrowia” pod redakcją M. Lisieckiej-Bielanowicz, B. Samolińskiego i P. Warczyńskiego** wydana w 2010 roku. Ta książka to efekt kontynuacji współpracy z Ministerstwem Zdrowia¹⁰. W publikacji tej byłam współautorką artykułów o organizacyjnych aspektach doskonalenie systemu ochrony zdrowia w Polsce¹¹. oraz artykułu o weryfikacji procedury diagnostycznej stosowanej w szpitalach w Polsce¹².

- W ramach działań Studenckiego Koła Naukowego miałam udział w zorganizowaniu cyklu konferencji ogólnopolskich w roli członka Komitetu naukowego pod tytułem: „Zdrowie publiczne – i co dalej?”:

1. **I konferencja z cyklu: „Zdrowie Publiczne i co dalej? Perspektywy zawodowe studentów” odbyła się w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym w dniu 25 października 2012 r. Byłam członkiem Komitetu naukowego i organizacyjnego Konferencji.** Informacja o przebiegu konferencji ukazała się w czasopiśmie Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego: *Medycyna Dydaktyka, Wychowanie*. Warszawski Uniwersytet Medyczny, 2012 r.
2. **II Ogólnopolska Konferencja z cyklu „Zdrowie publiczne – i co dalej?” odbyła się 14 marca 2016 r. w Auli B Centrum Dydaktycznego WUM.** Wydarzenie zostało zorganizowane przez Studenckie Koło Naukowe Managerów Zdrowia przy Zakładzie Profilaktyki i Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii WUM wspólnie z Biurem Karier WUM pod honorowym patronatem Dziekana Wydziału Nauki o Zdrowiu prof. dr hab. n. med. P. Małkowskiego. **Pełniłam rolę członka Komitetu naukowego Konferencji nt. „Zdrowie Publiczne i co dalej? Perspektywy zawodowe studentów”, Warszawski Uniwersytet Medyczny, 2016 r.**

Celem tego cyklu konferencji było zaprezentowanie profilu zawodowego absolwentów oraz skonfrontowanie ich oczekiwań z wymaganiami potencjalnych pracodawców, a także - co

⁹ Lisiecka-Bielanowicz M., Samoliński B., „Zarządzanie jakością usług zdrowotnych w treściach nauczania na kierunku Zdrowie Publiczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego” w: Lisiecka-Bielanowicz M., Samoliński B.(red.), *Systemy zarządzania jakością w ochronie zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 2008 r., s.105-107, ISBN 978-83-7383-341-8

¹⁰ *Kierunki doskonalenia usług w ochronie zdrowia*, praca zbiorowa pod red. Lisieckiej - Bielánowicz M., Samolińskiego B., Warczyńskiego P., Warszawa, Ministerstwo Zdrowia. 2010; ISBN 978-83-911065-7-0

¹¹ Lisiecka K., Lisiecka-Bielánowicz M. *Kierunki doskonalenia systemu ochrony zdrowia w Polsce* w: *Kierunki doskonalenia usług w ochronie zdrowia*: praca zbiorowa pod red. Lisieckiej - Bielánowicz M., Samolińskiego B., Warczyńskiego P., Warszawa, Ministerstwo Zdrowia., 2010, s. 8-15; ISBN 978-83-911065-7-0

¹²Lisiecka-Bielánowicz M., Wawrzyniak Z., Stańczuk M. *Weryfikacja wykonywania wybranej procedury diagnostycznej w zakresie badań radiologicznych w szpitalu*, w: *Kierunki doskonalenia usług w ochronie zdrowia*: praca zbiorowa / pod red. M. Lisieckiej-Bielánowicz, B. Samolińskiego, P. Warczyńskiego. Warszawa : Ministerstwo Zdrowia. 2010, s.163-173; ISBN 978-83-911065-7-0


istotne – próba określenia, w jaki sposób efektywniej wykorzystać potencjał zawodowy absolwenta na przykładzie osiągnięć zaproszonych absolwentów Zdrowia Publicznego oraz promowanie kierunku Zdrowie Publiczne.

- Organizacja konferencji naukowej nt.: „**Lean Management w Ochronie Zdrowia**” w dniu 18 kwietnia 2016 r. na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Pełniłam rolę **członka Komitetu naukowego i organizacyjnego konferencji**, Warszawski Uniwersytet Medyczny, 2016 r.
- Współpraca z CIOP-PIB zaowocowała wymianą doświadczeń w ramach pobytu w zagranicznych ośrodkach badawczych, m.in. w Macedonian-Polish Join Seminar ((Faculty of Electrical Engineering, Ss. Cyril & Methodius University, Skopje, Macedonia w 2006 r.) oraz w Japonii (Doshisha University, Kyoto, Japan w 2009 r. i po raz wtóry na Uniwersytecie w Kyoto w roku 2010). Współpraca ta przełożyła się na wymierne efekty naukowe w postaci wymiany wyników badań, prezentacji tez wygłoszonych na międzynarodowych konferencjach. (Pełne, opublikowane teksty zostały przedstawione w analizie bibliometrycznej).
- Wiedza specjalistyczna m.in. na temat wdrażania, doskonalenia i utrzymywania rozwiązań systemowych jest przeze mnie pogłębiana również z perspektywy audytora systemów zarządzania jakością usług zdrowotnych funkcjonujących na zgodność z normami ISO serii 9000 wydanymi przez międzynarodową organizację ISO (International Organization for Standardization); posiadam wieloletnie doświadczenie w roli audytora branżowego w podmiotach leczniczych współpracując od lat z jednostkami certyfikującymi te systemy RW TUV, TUV NORD, PAJ CERT.

7. Oprócz kwestii wymienionych w pkt. 1-6, wnioskodawca może podać inne informacje, ważne z jego punktu widzenia, dotyczące jego kariery zawodowej.

- Za szczególne zasługi dla oświaty i wychowania otrzymałam „**Medal Komisji Edukacji Narodowej**” z dnia 27 lipca 2016 roku (Legitymacja Nr 154151).
- Otrzymałam nagrodę dydaktyczną indywidualną pierwszego stopnia Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za autorstwo monografii pt.: „**Zarządzanie jakością relacji w organizacjach ochrony zdrowia**”(Załącznik 17 stanowi Monografia autorska), wręczono dnia 30.10.2017 r.
- Otrzymałam **Srebrny Krzyż Zasługi** – Postanowienie z dnia 24 lipca 2017 r.; legitymacja nr 367-2017-2
- Otrzymałam wyróżnienie z rąk Ministra Zdrowia za „**ukończenie specjalizacji w dziedzinie zdrowia publicznego i złożenia Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia z najlepszym wynikiem w 2017 roku**”; NSN.078.77.2018, wręczono dnia 13.10.2018 r

- W obszarze organizacyjnym pracuję na rzecz Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego m.in. poprzez stały udział w pracach Zespołu ds. oceny jakości kształcenia na studiach podyplomowych – członek zespołu od maja 2013 r. do dnia dzisiejszego



(podpis wnioskodawcy)