

Takács Erika

**A külső értékelés
kórházon belüli hatását
befolyásoló tényezők**

Logisztika és Ellátási Lánc Menedzsment Tanszék

Témavezető:
Wimmer Ágnes, PhD

© Takács Erika minden jog fenntartva

BUDAPESTI CORVINUS EGYETEM
Gazdálkodástani Doktori Iskola

**A külső értékelés
kórházon belüli hatását
befolyásoló tényezők**

Ph.D. értekezés

Takács Erika

Budapest, 2014

Tartalomjegyzék

1. BEVEZETÉS.....	5
1.1. A KUTATÁSOM CÉLJA ÉS RELEVANCIAJA.....	5
1.2. A KUTATÁS KERETE ÉS A DISSZERTÁCIÓ FELEPÍTÉSE.....	7
2. ELMÉLETI HÁTTÉR: AZ ÉRTÉKELÉS KÜLÖNBÖZŐ MEGKÖZELÍTÉSEI ÉS ÉRTELMEZÉSEI.....	11
2.1. AZ ÉRTÉKELÉS SZAKTERÜLETE.....	11
2.1.1. Az értékelés értelmezésének és alkalmazási területeinek változása.....	12
2.1.2. Az értékelés néhány általánosan jellemző tipizálása.....	14
2.1.3. Az értékelés néhány kiemelt alkalmazási területe.....	16
2.2. A MINŐSÉGMEENEDZSMENT ÉS A TELJESÍTMÉNYMEENEDZSMENT.....	19
2.2.1. A minőségmenedzsment és a teljesítménymenedzsment szemléletbeli változásai.....	19
2.2.2. Az értékelés értelmezése a minőség- és a teljesítménymenedzsment területén.....	21
2.2.3. A teljesítmény és a minőség értelmezése.....	22
3. ELMÉLETI HÁTTÉR: AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS A KÓRHÁZI SAJÁTOSSÁGOK.....	29
3.1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SEKTOR SAJÁTOSSÁGAINAK KÖVETKEZMÉNYEI.....	29
3.2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER SZEREPLŐI: A KÓRHÁZ ÉRINTETTJEI.....	31
3.3. A KÓRHÁZ MINT SZAKÉRTŐI BÜROKRÁCIA.....	32
3.4. ELTÉRÉSEK A VIZSGÁLT ELMÉLETEK ELŐFELTEVÉSEI KÖZÖTT.....	36
4. A KÜLSŐ KÓRHÁZI ÉRTÉKELÉS OSZTÁLYOZÁSA ÉS HATÁSA.....	39
4.1. A KÜLSŐ KÓRHÁZI ÉRTÉKELÉSI MÓDSZEREK DEFINIÁLÁSA.....	39
4.2. AZ ÉRTÉKELÉSI MÓDSZEREK JELLEMZŐI.....	41
4.2.1. Az értékelési módszerek csoportosítása a szakirodalomban.....	41
4.2.2. Javaslat a kórházi értékelési módszerek osztályozási keretrendszerére.....	46
4.2.3. Külföldi példák a különböző típusú értékelési rendszerekre.....	49
4.3. NEMZETKÖZI KUTATÁSI EREDMÉNYEK.....	50
4.3.1. Az értékelési módszerek hatása a kórházi ellátásra és menedzsmentre.....	50
4.3.2. A külső értékelés hatása a szervezeten belüli szereplők magatartására.....	54
5. A MAGYARORSZÁGI KÖRNYEZET: A KÓRHÁZAK JELLEMZŐI ÉS A KÜLSŐ KÓRHÁZI ÉRTÉKELÉSI MÓDSZEREK.....	59
5.1. A MAGYARORSZÁGI KÓRHÁZAK KÜLSŐ ÉRINTETTJEI.....	59
5.2. A MAGYAR KÓRHÁZI ALRENDZSER JELLEMZŐI.....	60
5.2.1. A magyar kórházak tulajdonosi struktúrája.....	60
5.2.2. A kórházi ellátás finanszírozási módja.....	61
5.2.3. A finanszírozási technikák hatása a kórház működésére.....	62
5.3. KÜLSŐ KÓRHÁZI ÉRTÉKELÉSI MÓDSZEREK MAGYARORSZÁGON.....	62
5.3.1. A jogi szabályozás és a kórházi tanúsítások terjedése.....	63
5.3.2. Alkalmazott hazai külső kórházi értékelési módszerek.....	65
5.3.3. Új stratégia és szabályozás a hazai egészségügyi minőségfejlesztésben.....	66
5.4. AZ ISO ÉS A KES/MEES SZERINTI TANÚSÍTÁSOK.....	67
5.4.1. Az ISO 9000 szabványok és a kórházi tanúsítások.....	67
5.4.2. Az egészségügy specifikus rendszerek megjelenése.....	68
5.4.3. Az ISO és KES/MEES rendszerekkel kapcsolatos tapasztalatok.....	69
6. AZ EMPIRIKUS KUTATÁS BEMUTATÁSA.....	71
6.1. AZ EMPIRIKUS KUTATÁS CÉLJA ÉS A KUTATÁSI KÉRDÉSEK.....	71
6.2. A MÓDSZERTAN ISMERTETÉSE.....	73
6.2.1. Esettanulmány.....	73
6.2.2. Szakértői interjúk.....	82
6.3. A KUTATÁS ÉRVÉNYESSÉGE, MEGBÍZHATÓSÁGA ÉS ÁLTALÁNOSÍTHATÓSÁGA.....	83
7. AZ ISO ÉS A KES/MEES SZERINTI TANÚSÍTÁS A SZAKÉRTŐK NÉZŐPONTJÁBÓL.....	85
7.1. A MINŐSÉGÜGYI RENDSZEREK CÉLJA ÉS SZEREPE.....	85
7.1.1. A minőségügyi rendszerek deklarált célja.....	85
7.1.2. A minőségügyi rendszerek és a tanúsítás szerepe.....	86

7.1.3.	Az ISO és a KES/MEES rendszerekkel kapcsolatos gyakorlati tapasztalatok	87
7.2.	A KÜLSŐ ÉRTÉKELÉS VÁLLALÁSÁNAK OKAI	88
8.	A KÓRHÁZI ESETTANULMÁNY	91
8.1.	AZ ESETTANULMÁNY ELEMZÉSI KERETE	91
8.2.	AZ ESET BEMUTATÁSA.....	93
8.2.1.	A tanúsítvány megszerzése.....	93
8.2.2.	Az ISO illetve a KES fogadtatása a kórházban	95
8.2.3.	A tanúsítással, auditokkal kapcsolatos kórházi szerepek.....	96
8.2.4.	Idődimenzió: változások a tanúsítás időszaka alatt.....	103
8.3.	A TANÚSÍTÁS CÉLJA ÉS JELENTŐSÉGE A KÓRHÁZBAN	106
8.3.1.	Belső szükséglet avagy külső kényszer?	107
8.3.2.	A tanúsítás és az auditok jelentősége a kórház életében.....	108
8.4.	AZ AUDIT – MINT KÜLSŐ ÉRTÉKELÉS – MÓDSZERE A KÓRHÁZBAN.....	111
8.4.1.	A hosszútávú kapcsolat következményei	111
8.4.2.	Az auditorok hozzáállása, szerepe	112
8.4.3.	A megismerés módszere	116
8.5.	A TANÚSÍTÁS ÉS AZ AUDITOK HATÁSMECHANIZMUSA A KÓRHÁZBAN	126
8.5.1.	Felkészülés.....	126
8.5.2.	A „vizsgadrukk”	128
8.5.3.	A hibajavítás	129
8.5.4.	Rendszeres ellenőrzések	130
8.6.	A TANÚSÍTÁS ÉS AZ AUDITOK HATÁSA A SZERVEZETRE (ÉSZLELT VÁLTOZÁSOK)	133
8.6.1.	A tanúsítás hatására kiépített rendszer	133
8.6.2.	Észlelt változások a működési folyamatokban	138
8.6.3.	Egyes érintettekre gyakorolt hatás	139
8.6.4.	Negatív következmények.....	140
8.7.	A TANÚSÍTÁS ÉS AZ AUDITOK SZEREPE A KÓRHÁZBAN.....	141
8.7.1.	A kórházi interjúalanyok szerepértelmezései	141
8.7.2.	Szervezetben belüli mintázatok.....	147
8.7.3.	Az auditorok és a kórházi dolgozók értelmezésének összevetése.....	149
8.7.4.	A szakértők és a kórházi dolgozók értelmezésének összevetése.....	149
8.8.	BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	150
8.8.1.	Egyéni szinten jelentkező befolyásoló tényezők.....	150
8.8.2.	A befolyásoló tényezők hatása a beágyazott eseteknél	157
8.9.	A TANÚSÍTÁS SZEREPE A FEJLESZTÉSBEN	159
9.	A KUTATÁS EREDMÉNYEINEK ÖSSZEFOGLALÁSA	165
9.1.	FŐ KÖVETKEZTETÉSEK.....	165
9.2.	AZ EREDMÉNYEK ÖSSZEVETÉSE A SZAKIRODALOMMAL	172
10.	ÖSSZEGZÉS ÉS TOVÁBBI KUTATÁSI IRÁNYOK.....	177
	HIVATKOZÁSJEGYZÉK.....	181
	MELLÉKLETEK	193
1.	MELLÉKLET: AZ ÉRTÉKELÉS-ELMÉLET FA.....	193
2.	MELLÉKLET: TOVÁBBI KÜLSŐ KÓRHÁZI ÉRTÉKELÉSI MÓDSZEREK ÉS EGYÉB KEZDEMÉNYEZÉSEK MAGYARORSZÁGON	194
3.	MELLÉKLET: ELEMZÉS AZ ESETVÁLASZTÁSHOZ	197
4.	MELLÉKLET: ADATGYŰJTÉS ÜTEMEZÉSE.....	199
5.	MELLÉKLET: FÉLIG-STRUKTURÁLT INTERJÚ A KÓRHÁZI VEZETŐKKEL: TÉMAKÖRÖK ÉS KÉRDÉSEK.....	200
6.	MELLÉKLET: FÉLIG STRUKTURÁLT INTERJÚ KÜLSŐ AUDITOROKKAL: TÉMAKÖRÖK ÉS KÉRDÉSEK	202
7.	MELLÉKLET: AZ ESETTANULMÁNYHOZ GYŰJTÖTT DOKUMENTUMOK LISTÁJA	204
8.	MELLÉKLET: AZ EMPIRIKUS KUTATÁS SORÁN KIALAKÍTOTT KÓDRENDSZER.....	205
9.	MELLÉKLET: SZAKÉRTŐI INTERJÚK (VÁZLAT).....	207
10.	MELLÉKLET: ÁLKALMAZOTT KÓDOK A SZAKÉRTŐI INTERJÚK ELEMZÉSÉNél.....	208
11.	MELLÉKLET: A SZAKÉRTŐ INTERJÚALANYOK JELLEMZŐI	208
	A SZERZŐNEK A TÉMÁBAN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓI.....	209

Táblázatok jegyzéke

1. TÁBLÁZAT: A KOMPATIBILITÁSI RÉSZ AZ ELMÉLETBEN	37
2. TÁBLÁZAT: AKTÍV FEKVŐBETEG-SZAKELLÁTÁST NYÚJTÓ KÓRHÁZAK SZÁMA	40
3. TÁBLÁZAT: PÉLDÁK A KÜLÖNBÖZŐ TÍPUSÚ ÖSZTÖNZŐKRE	44
4. TÁBLÁZAT: PÉLDÁK ALKALMAZOTT KÜLSŐ KÓRHÁZI ÉRTÉKELÉSI RENDSZEREKRE	49
5. TÁBLÁZAT: A TANÚSÍTOTT KÓRHÁZAK SZÁMÁNAK ALAKULÁSA	64
6. TÁBLÁZAT: AZ ISO 9001 ÉS A MEES SZERINTI TANÚSÍTÁS JELLEMZŐI	70
7. TÁBLÁZAT: A KUTATÁSI ALKÉRDÉSEK RÉSZLETEZÉSE	72
8. TÁBLÁZAT: A KÓRHÁZI INTERJÚALANYOK MEGOSZLÁSA	78
9. TÁBLÁZAT: ADATGYŰJTÉS A BEÁGYAZOTT ESETEKHEZ	79
10. TÁBLÁZAT: A MINŐSÉGÜGYI RENDSZEREK SZEREPEI A SZAKÉRTŐK SZERINT	86
11. ÉS 12. TÁBLÁZAT: A MINŐSÉGÜGYI MUNKATÁRSÁK SZAKMACSOPORTOK ÉS BEOSZTÁSOK SZERINTI MEGOSZLÁSA	100
13. TÁBLÁZAT: A BELSŐ AUDITOROK FOGLALKOZÁSI CSOPORTOK SZERINTI MEGOSZLÁSA	104
14. TÁBLÁZAT: A BELSŐ AUDITOROK KÓRHÁZI TERÜLETEK SZERINTI MEGOSZLÁSA	104
15. TÁBLÁZAT: AZ AUDITOROK SZEREPEI	113
16. TÁBLÁZAT: HOGYAN GYŰJTIK AZ AUDITOROK AZ INFORMÁCIÓT	118
17. TÁBLÁZAT: A TANÚSÍTÁS SZEREPÉNEK ÉRTELMEZÉSEI	142
18. TÁBLÁZAT: AZ ESETTANULMÁNYBAN FELTÁRT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	156
19. TÁBLÁZAT: BEÁGYAZOTT ESETEK ELEMZÉSE	157

Ábrák jegyzéke

1. ÁBRA: A KUTATÁS ELMÉLETI KERETE	8
2. ÁBRA: AZ ESETTANULMÁNY ELEMZÉSI KERETE	9
3. ÁBRA: A SZOLGÁLTATÓK, A PÁCIENSEK ÉS A FINANSZÍROZÓK KAPCSOLATRENDSZERE	30
4. ÁBRA: A SZAKÉRTŐI BÜROKRÁCIA	34
5. ÁBRA: SZABÁLYOZÁS HELYE ÉS KÖVETŐ INTÉZKEDÉS MÁTRIX	43
6. ÁBRA: A MINŐSÉGTÉRTÉKELÉSI RENDSZEREK OSZTÁLYOZÁSA	44
7. ÁBRA: AZ ALKALMAZOTT KÓRHÁZI ÉRTÉKELÉSI MÓDSZEREK OSZTÁLYOZÁSÁRA JAVASOLT KERETRENDSZER	47
8. ÁBRA: A KÓRHÁZ KÜLSŐ ÉRINTETTJEI MAGYARORSZÁGON 2013-BAN	59
9. ÁBRA: A HAZAI KÜLSŐ KÓRHÁZI ÉRTÉKELÉSI MÓDSZEREK A JAVASOLT KERETRENDSZERBEN	65
10. ÁBRA: AZ ESETTANULMÁNYOS MÓDSZERTAN ALAPTÍPUSAI ÉS AZ ÁLTALAM ALKALMAZOTT TÍPUS	74
11. ÁBRA: AZ ADOTT ÉVBEN ÉRVÉNYES ISO ÉS/VAGY KES/MEES TANÚSÍTVÁNNYAL RENDELKEZŐ KÓRHÁZAK SZÁMA	76
12. ÁBRA: MIKOR VOLT AZ ELSŐ TANÚSÍTÁS? (2008-AS FELMÉRÉS)	76
13. ÁBRA: INTERJÚALANYAIM A KÓRHÁZBAN	78
14. ÁBRA: AZ ESETTANULMÁNY ELEMZÉSI KERETE	92
15. ÁBRA: BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	93
16. ÁBRA: BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK: SZERVEZETI ADOTTSÁGOK ÉS KÖZVETETT HATÁSMECHANIZMUS	105
17. ÁBRA: SZERVEZETEN KÍVÜLI BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	110
18. ÁBRA: KÜLSŐ ÉRTÉKELÉS TÉNYEZŐK	125
19. ÁBRA: KÖZVETETT MECHANIZMUS TÉNYEZŐK	137
20. ÁBRA: DOKUMENTÁCIÓ-ELLENŐRZÉS VERSUS FOLYAMATELLENŐRZÉS A KÓRHÁZI INTERJÚALANYOK KÖRÉBEN	143
21. ÁBRA: AZ EGYÉNI SZINTEN JELENTKEZŐ BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	151
22. ÁBRA: A SZEREPÉRTÉLMÉZÉSEK HATÁSA	168

Köszönetnyilvánítás

Szeretném megköszönni a felkérésemet elfogadó *kórházvezetőknek*, hogy lehetővé tették kutatásom kivitelezését. A kórházon belül mindenekelőtt hálás vagyok a *kórház minőségügyi vezetőjének*, aki teljes nyíltsággal és segítőkészséggel fogadott, és így nagyban hozzájárult ahhoz, hogy az esettanulmányban mélyebb elemzésre nyílt lehetőségem. Köszönöm *minden kórházi és szakértő interjúalanyomnak* az interjúra szánt időt és a kérdéseimre adott válaszaikat, a sokszor izgalmas párbeszédet.

Köszönöm *dr. Belicza Évának*, hogy már több mint tíz éve mellette dolgozhatok, és folyamatosan tanulhatok tőle. Példamutatása és gondolkodása nagyban hozzájárult ahhoz, hogy saját érdeklődésem és lényeglátásom hogyan alakult. Köszönöm neki a sok éves támogatást! Szintén köszönöm *dr. Boros Erzsébetnek* disszertációmhoz nyújtott segítségét.

Köszönöm témavezetőmnek, *dr. Wimmer Ágnesnek*, hogy végig támogatott a disszertációkészítés rögös útján, és észrevételeivel fejlesztette PhD értekezésemet. Köszönöm a *Budapesti Corvinus Egyetem több oktatójának és kutatójának* disszertáció-tervezetemhez és a készülő disszertációmhoz fűzött támogató észrevételeiket.

Köszönöm *Ladencsics Virágnak és Kósa Klárának* az interjúk gépelésében, illetve a disszertáció angolra fordításában nyújtott segítségét.

Legfőképpen köszönöm *családomnak* a kitartást és a támogatást!

1. Bevezetés

A különböző érintetteknek a kórházakkal szembeni elvárásai az elmúlt néhány évtizedben egyre inkább növekedtek külföldön és Magyarországon egyaránt. Az állampolgárok és a kormányzat részéről fokozódott az egészségügyi szolgáltatások elszámoltathatósága, átláthatósága, a hatékony és eredményes működés iránti igény. A páciensek egyre inkább elvárják a részletes tájékoztatást az egészségügyi szolgáltatásokról, így a kórházakról és a kórházi ellátásokról is. A finanszírozók új ösztönzési rendszereket vezetnek be, hogy a kórházak működése hatékonyabb és eredményesebb legyen. A különböző érintettek új módszereket fejlesztenek és alkalmaznak, hogy elérjék a kórházak működésével kapcsolatos céljaikat. Ezen eszközök közé tartoznak a *külső kórházi értékelési módszerek* is, amelyek alatt *olyan modelleket, illetve gyakorlatban alkalmazott módszeres vizsgálatokat értek, amelyek segítségével külső érintettek értékelik, hogy a kórház hogyan éri el a kitűzött célokat, és ezáltal hogyan elégíti ki érintettjei igényeit és elvárásait*. Az értékelést végző külső érintett lehet például felügyeleti hatóság, finanszírozó, akkreditációs testület, tanúsító szervezet, a betegeket képviselő érdekvédelmi szervezet.

A PhD kutatásom fókuszában a kórház áll, amelyet a külső érintettek valamilyen módszer segítségével értékelnek, s ez az értékelés valamilyen módon hat a belső érintettek magatartására. A kórházi érintettek azonban sokszor nem az értékelési módszereket fejlesztő és alkalmazó külső érintettek által várt módon reagálnak, ezt az eddigi kutatások már igazolták. (ld. 4.3. alfejezetet) Arra viszont eddig kevesen vállalkoztak, hogy feltárják ennek okait, hogyan és milyen folyamatokon keresztül alakul a kórházon belüli szereplők viselkedése az értékelés hatására.

1.1. A kutatásom célja és relevanciája

A PhD **kutatásom célja**, hogy javaslatot tegyek a kórházi értékelési módszerek osztályozási keretére, és feltárjam a kialakított keretben elhelyezett külső értékelési módszerek kórházon belüli hatását a szervezeten belül zajló folyamatok, szereplők reakciója és egymás közötti interakciója megértése révén, elsősorban a fejlesztési törekvésekre fókuszálva. Kutatási célomhoz kapcsolódóan a következő **kutatási kérdést** fogalmaztam meg: Hogyan hatnak a külső kórházi értékelési módszerek a kórházon belül a szervezeti szereplők magatartására és ezen keresztül a fejlesztési törekvésekre a magyar egészségügyi környezetben?

A kutatási célom és kérdésem egy hosszabb fejlődési folyamat eredményeképpen fogalmazódott meg. A kórházak értékelési módszereivel kapcsolatos dilemmák iránti érdeklődésem még egyetemista éveimben kezdődött, szakdolgozatomat is belső kórházi értékelési módszerek alkalmazásáról írtam. Az egyetem elvégzése után az Országos Egészségbiztosítási Pénztárban (OEP) kezdtem el dolgozni, ahol a kórházi ellátásokat értékelő minőségi indikátorprogram fejlesztésében vettem részt 2002 és 2006 között. 2006-tól a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központban dolgozom, ahol többek között

egészségügyi indikátorfejlesztési projektekben (pl. WHO PATH ¹) veszek részt. Az Európai Unió támogatásával elindított kórházi akkreditációs rendszer kialakításában² szakértőként dolgozom. A gyakorlatban szerzett tapasztalatok befolyásolták érdeklődésemet, így kutatóként a belső értékelési módszerek felől a külső kórházi értékelés felé fordultam, és az értékelési módszerek kórházi ellátásra gyakorolt hatásainak megismerése mellett egyre inkább az azt eredményező kórházon belüli hatásmechanizmusok megértésére törekedtem. Ez utóbbit véleményem szerintem a kórházon belüli szereplők észleléseinek, reakcióinak és ezeknek a szervezetben tovagyűrűző hatásainak feltárásával, mélyebb elemzésével lehet elérni, ezért PhD kutatásom keretében egy feltáró jellegű kvalitatív kutatást készítettem.

A kutatási témám relevanciáját adja, hogy a teljesítménymenedzsment és a minőségmenedzsment eszközök az új közszolgálati menedzsment (New Public Management, NPM) mozgalom (ld. 4.2. alfejezetet) hatására az 1980-as és az 1990-es években elkezdtek terjedni az európai országokban, és ezen eszközök között a külső szervezeti értékelési módszerek az egészségügyi szektorban is megjelentek, illetve elterjedtek. (Boland – Fowler, 2000; Wagner et al. 2006; Drótos – Révész, 2007)

A kutatási téma hazai relevanciáját igazolja, hogy az elmúlt két évtizedben a külső kórházi értékelési rendszerek közül az ISO szerinti tanúsítás és a kórházi ellátási standardok (KES), majd a magyar egészségügyi ellátási standardok (MEES) alapján történő tanúsítás jellemző gyakorlattá vált. Az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet 2011-es kérdőíves felmérése alapján a definícióm szerinti kórházak³ kb. 72%-ának volt tanúsítása, ezen belül 38%-nak ISO 9001 és MEES rendszer szerinti tanúsítványa is, míg 28%-nak csak ISO és 6%-nak csak MEES szerinti volt.⁴ (forrás: EMKI kérdőíves felmérés, 2011, saját számítás) A külső értékelési módszerek között az EFQM modell alkalmazása is megjelent, mivel lehetőség van kórházak számára a Nemzeti Minőségi Díj megpályázására a közszolgálati kategóriában. Az Egészségbiztosítási Felügyelet kezelésében 2008 és 2010 között kórházi indikátorrendszer is működött Magyarországon. A korábban említett TÁMOP projekt keretében pedig 2012-2014 között a hazai kórházi akkreditációs rendszert fejlesztik.⁵

A külső kórházi értékelési módszerek bevezetése, megjelenése mind külföldön és mind hazánkban számos, néha ellentmondásos követelményt támaszt a kórházakkal szemben és felveti a következő kérdéseket. Ki, milyen módszert és milyen céllal alkalmaz? Elérték-e a céljukat az alkalmazott külső értékelési eszközök? Mely módszerek eredményesek és hatékonyak? Milyen hatásai és nem kívánt következményei vannak?

Főként a 2000-es évektől több kutatási projekt is elkezdte vizsgálni az imént említett, gyakorlatból eredő dilemmákat. Ilyen volt a MARQuIS (The Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies: a minőségfejlesztési stratégiákra adott válaszok értékelésének módszere) kutatási projekt,

¹ Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által kezdeményezett PATH (Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals, a kórházi minőségfejlesztést támogató teljesítményértékelő eszközrendszer) projekt 2003-ban indult el, az első hat magyarországi kórház 2006-ban csatlakozott. A PATH egy minőségfejlesztést támogató belső kórházi értékelési módszernek tekinthető.

² TÁMOP-6.2.5.A-12/1-2012-0001 projekt: Szervezeti hatékonyság fejlesztése a struktúraváltásban érintett intézményeknél: *Egységes külső felülvizsgálati rendszer kialakítása a járó és fekvőbeteg szakellátásban, valamint a gyógyszerterápi ellátásban*

³ A kórház alatt kutatásom során a közfinanszírozásban részesülő aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézményeket értem. (ld. 4.1. alfejezetet)

⁴ A kérdőíves felmérés válaszadási aránya ebben a kórházi körben 96%-os volt.

⁵ A TÁMOP-6.2.5.A-12/1-2012-0001 projekt nem csak a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatókra, hanem az önálló járóbeteg-szakellátókra és a gyógyszerterápiára is fejleszt standardokat és egységes felülvizsgálati rendszert.

amely 2005 és 2007 között zajlott.⁶ Ez az Európai Bizottság által finanszírozott projekt a minőségfejlesztési stratégiák hatását vizsgálta a kórházi ellátásra az EU-beli országokban. A MARQuIS kutatásban vizsgált kórházak⁷ 88%-át értékelte valamilyen külső szervezet. A külső értékelést akkreditációs intézetek, tanúsító szervezetek, beteg- illetve fogyasztóvédelmi szervezetek vagy kormányzati felügyeleti testületek végezték. (Lombarts et al., 2009) A kutatás megállapította, hogy a belső és a külső értékelési módszereknek pozitív hatása van a kórházi outputokra. (Sunol et al. 2009) A MARQuIS kutatási projekt résztvevői további vizsgálandó kutatási területeket határoztak meg, így például a kórházi minőségfejlesztési rendszerek osztályozási modelljének kifejlesztését és validálását, és a különböző minőségfejlesztési módszerek és a kórházi ellátás eredményei (outcome) közötti kapcsolat vizsgálatát (Gröne et al., 2009). Más tanulmányok is megfogalmaztak az értékelési módszerekkel kapcsolatos további kutatási kérdéseket: Braithwaite és szerzőtársai (2006) az akkreditáció validitásának, hatásának és értékének kutatására buzdítanak. Gröne és szerzőtársai (2008) a kórházi indikátorprojektek hatásainak és költségeinek, a mögöttük meghúzódó filozófiának, a projektek alapját adó feltételezéseknek⁸ a vizsgálatát javasolják.

Összességében elmondható, hogy a korábbi kutatási eredmények elsősorban az értékelési rendszerek következményeire koncentráltak (pl. milyen hatásuk van az outputra, eredményre, milyen nem-kívánatos következményeik vannak).⁹ Eddig azonban kevesen törekedtek az értékelés hatásmechanizmusának vizsgálatára. PhD kutatásomban nem egyszerűen azt vizsgáltam, hogy az értékelés hat-e a szervezeti szereplők magatartására, amelyet az eddigi kutatások már igazoltak. Hanem azokat a folyamatokat, tényezőket tártam fel, amelyek az érintett szereplők (kórházon belüli érintettek és auditorok) észleléseihez, reakcióihoz, interakcióhoz és a külső értékelés szerepének értelmezéséhez vezettek.

Annak érdekében, hogy jobban megértsük, tisztábban lássuk milyen körben érvényesek az eddigi kutatások eredményei, és a még feltáratlan területekre fókuszáljunk, érdemes az értékelési módszereket osztályozni. Ezt a célt és a saját kutatásom elhelyezését szolgálja az osztályozási keretrendszer kialakítása, amely PhD kutatásom egyik célkitűzése. A külső kórházi értékelési rendszerek hazai elterjedtsége és támogatottsága ellenére nagyon kevés kutatás foglalkozott hatásaik elemzésével. (Makai et al., 2009; Dombrádi – Gődény, 2013) Ennek és a külföldi kutatások fókuszának figyelembevételével döntöttem úgy, hogy PhD kutatásom célja a magyarországi külső kórházi értékelési módszerek kórházon belüli hatásának vizsgálata legyen.

1.2. A kutatás kerete és a disszertáció felépítése

A PhD kutatásomhoz az elméleti keretet egyrészt a külső kórházi értékelést és módszereit jellemző szakterületekből, másrészt az egészségügy és a kórházak működését leíró elméletekből építettem fel (ld.

⁶ <http://www.simpatie.org/marquis/Main>, utolsó elérés dátuma: 2010. 12. 07.

⁷ A MARQuIS kutatási projekt kérdőíves felmérésébe nyolc európai országot képviselő olyan kórházakat vontak be, amelyek legalább 100 aktív ágygal rendelkeztek és a kiválasztott három betegség kezelése vagy ellátástípus közül legalább kettőt végeztek. Az eredetileg megkeresett 1396 kórház közül 389 töltötte ki a kérdőívet. (Lombarts et al., 2009)

⁸ Ilyen feltételezések például: az információs rendszerek folyamatos fejlődése, a klinikusok felhasználják az adatokat és megvitatják az eredményeket, a páciensek felhasználják a teljesítményjelentéseket a szolgáltatók kiválasztásában (Gröne et al. 2008)

⁹ A kórházi értékelési módszereket vizsgáló empirikus kutatások eredményeit részletesen a 4. fejezetben fogom bemutatni.

1. ábra). A külső kórházi értékelést egyrészt tekinthetjük speciális tevékenységként, amelyet mint kognitív folyamatot és mint szakértői munkát az *értékelés* szakterülete foglal magában. Másrészt a külső kórházi értékelés módszerei elsősorban a *minőségmenedzsment* és a *teljesítménymenedzsment* területéről származnak. E három terület részben átfed egymással, amelyet az 1. ábrán jeleztem. Disszertációm következő, 2. fejezetében ezen területek kutatási témám szempontjából fontos vonatkozásait járom körül. A külső kórházi értékelési módszerek jellemzői egyrészt ennek a három területnek az ismeretében írhatók le, másrészt a gyakorlatban alkalmazott módszerek kialakítását és működését befolyásolja a fejlesztők és alkalmazók céljai, kimondott és ki nem mondott feltételezései. Az empirikus kutatás során szakértői interjúk segítségével tártam fel a módszerek fejlesztőinek, támogatóinak céljait, nézőpontját.

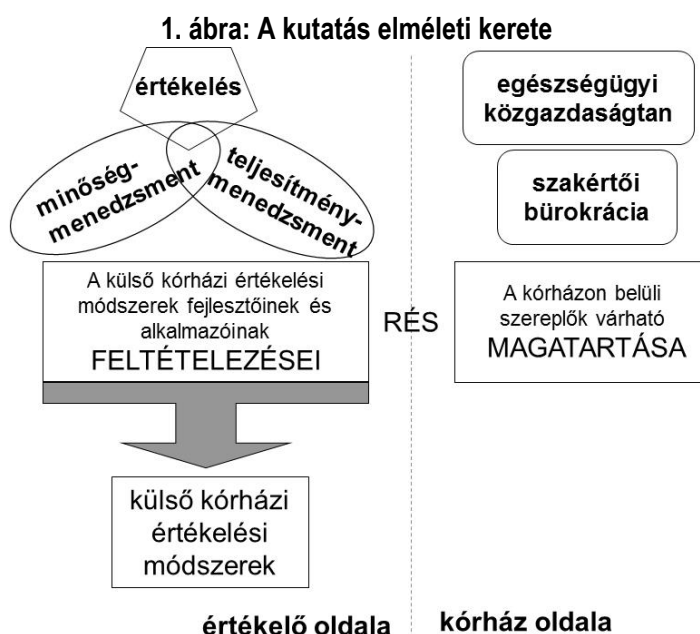
Az egészségügyi rendszer és a kórházon belüli szereplők várható magatartására vonatkozóan támpontot adó elméleteket, azaz az egészségügyi szektor sajátosságait (*egészségügyi közgazdaságtan*) és a kórházat mint *szakértői bürokráciát* a 3. fejezetben mutatom be. A PhD kutatásom elméleti keretét tehát az 1. ábra tetején lévő öt terület adja.

A külső kórházi értékelési módszerek mögötti elméletek – teljesítménymenedzsment és minőségmenedzsment – illetve az egészségügyi közgazdaságtan és a szakértői bürokrácia modelljének az érintett szereplők érdekeire és hatalmi viszonyaira vonatkozó feltételezései között jelentős eltérések vannak (ld. például Lozeau et al. 2002). Disszertációm 3. fejezetének végén ezt az elméleti rést jellemzem. A kérdés az, hogy ez az elméletek között is jelentkező rés a gyakorlatban tapasztalható-e. Azaz az értékelést követően a külső értékelők által elvárt magatartás/gyakorlat és az észlelt

gyakorlat közötti eltérés létezik-e az elméletek alapján feltételezettek szerint. (ld. 2. ábra)

Az elméleteket bemutató 2. és 3. fejezetet követően térek rá a 4. fejezetben a külső kórházi értékelési módszerek jellemzőinek, illetve az ezek alapján kialakított osztályozási keretnek a bemutatására. Majd összefoglalom a külső kórházi értékelési módszerek hatásait vizsgáló kutatások eredményeit, illetve áttekintem azokat a tanulmányokat, amelyek a módszerek kórházon belüli hatásának megértésére törekedtek.

A disszertációm 5. fejezetében empirikus kutatásom bemutatását készítem elő. A kutatásom kontextusát adó magyarországi egészségügyi rendszer szereplőit és a kórházi alrendszer jellemzőit ismertetem, majd a témához kapcsolódó szabályozásokat és az eddig alkalmazott külső kórházi értékelési módszereket foglalom össze.



Forrás: saját szerkesztés

A dolgozatom további fejezeteiben empirikus kutatásomat prezentálom. A 6. fejezetben a kutatási kérdésemet fejtem ki részletesebben, majd ismertetem a kutatás módszertanát. Kutatásom feltáró jellegű kvalitatív kutatás, a kutatási kérdésem megválaszolásához szakértői interjúkon és esettanulmányon alapuló módszertant alkalmaztam. Kutatásomban különböző nézőpontok összevetésére törekedtem, ezért félig-strukturált interjút készítettem a módszereket támogató és fejlesztő magyarországi szakértőkkel (5 fő), a kórház külső auditoraival (2 fő) és a kórházi szereplőkkel (30 fő). Az esettanulmányhoz további adatgyűjtési módszereket (megfigyelés, dokumentumok) is alkalmaztam. Az empirikus kutatásomat a hazai környezetben vizsgálható ISO 9001 illetve a KES/MEES rendszer szerinti tanúsításokra szűkítettem. A 7. fejezetben a szakértői interjúk alapján elemzem ezen külső értékelési módszerek bevezetésének célját és okait.

2. ábra: Az esettanulmány elemzési kerete



Forrás: saját szerkesztés

Disszertációm 8. fejezetében a kórházi esetről készített tanulmányt mutatom be. A 2. ábrán látható elemzési keretnek (részletesebben ld. 8.1. alfejezetet) megfelelően ebben a fejezetben elemzem a külső értékelés, azaz a tanúsítás és a kapcsolódó auditok jellemzőit és hatását. A kórházi szereplők magatartására gyakorolt hatást és az észlelt szervezeti változást különböző tényezők befolyásolják. Az eset tanulmányozása során feltárt befolyásoló tényezőket és a tanúsításhoz és az auditokhoz kapcsolódó jelenség kórházbeli szerepének különböző értelmezéseit (szerepértelmezések) szintén ebben a fejezetben elemzem.

Az empirikus kutatásom eredményeit a 9. fejezetben foglalom össze, levonom a következtetéseimet és a kutatás eredményeit összevetem a szakirodalommal. Disszertációm 10. összegző fejezetében a további kutatási irányokat is megfogalmazom.

2. Elméleti háttér: az értékelés különböző megközelítései és értelmezései

A kutatásomban vizsgált tevékenység, azaz a kórházak külső értékelése megítélésem szerint három területhez kapcsolódik leginkább. Az egyik az *értékelés* mint önálló szakterület (Guba – Lincoln, 1989; Scriven, 1991; Alkin, 2004; Radó, 2005), amelynek Scriven (1998a) szerint az értékelt entitás típusa szerint több alterülete létezik, ezek közül az egyik lehetséges a szervezet értékelése (institutional evaluation). A másik két szakterület, amelyhez a kórházak külső értékelése kapcsolódhat, a *minőségmenedzsment* és a *teljesítménymenedzsment*, amelyeknek az üzleti szférában kifejlesztett módszerei a közsférában is terjednek, és hatással vannak a kórházak külső értékelésének módjára. Míg az *értékelés* területének megközelítése lehetővé teszi e tevékenység általánosan érvényes jellemzőinek kiemelését, addig a *minőségmenedzsment* és a *teljesítménymenedzsment* elsősorban az alkalmazott módszerek tekintetében fontos a kutatási témám szempontjából. A három szakterület átfed egymással (ld. 1. ábrát a Bevezetésben), amelynek mikéntjét a következő alfejezetekben bemutatom. Az értékelés területe az általam kutatott jelenségnek egy tágabb értelmezési keretet ad, amelyen keresztül a minőségmenedzsment és teljesítménymenedzsment értékelési módszerei is elemezhetők.¹⁰

Ebben a fejezetben először az értékelést tárgyalom, bemutatom ismérveit, fejlődését, típusait és alkalmazási területeit, mivel hazánkban ez még egy kevésbé ismert szakterület. A fejezet második részében a minőségmenedzsmentnek és a teljesítménymenedzsmentnek a téma szempontjából fontos tendenciáit és értékelés-értelmezését mutatom be, majd a minőség és a teljesítmény fogalmakat járom körül.

2.1. Az értékelés szakterülete

Életünk során számtalanszor előfordul, hogy értékelünk valamit vagy valakit. Előfordul, hogy csak véleményt mondunk, de sokszor választanunk kell az alternatívák közül, amelyeket általában előtte összehasonlítunk, valamilyen szempontok alapján értékelünk. Ilyen szituáció lehet például, amikor valamilyen terméket vagy szolgáltatást szeretnénk megvásárolni, azaz fogyasztóként értékelünk. Számos olyan helyzet is van, amikor maga az ember vagy az egyéni teljesítmény az értékelés tárgya, például a párválasztásnál vagy a vezető-kiválasztásnál, illetve amikor a tanár értékeli diákja tudását, fejlődését, vagy amikor a vezető értékeli beosztottja munkateljesítményét. Az értékelés tárgya azonban gyakran több ember produktuma, egy-egy csoporté, szervezeté, akár egy egész országé. A disszertációmban vizsgált értékelés, azaz a külső kórházi értékelés tárgya a kórház mint szervezet.

¹⁰ A fentiekén túl szintén releváns terület lenne témám szempontjából a szolgáltatásmenedzsment. PhD kutatásomban a kórházi ellátásnak azonban nem a szolgáltatásjellegét, hanem az egészségügyi szektorra jellemző sajátosságait hangsúlyozom, így elméleti keretül az egészségügyi közgazdaságtant és a szakértői bürokráciát választottam. A szolgáltatásmenedzsment illetve szolgáltatásmarketing szakirodalmára hazai példák Demeter – Gelei (2002); Kenesei – Kolos (2007), Becser (2007), Demeter (2009) illetve kifejezetten az egészségügyes vonatkozásokkal foglalkozik Simon (2010), Lantos – Simon (2007).

A magyar értékelés szónak két megfelelője van az angol nyelvben, az „assessment” és az „evaluation”. A Longman (2000) szótár szerint az „assessment” jelentése 1. valaminek az értékének (value) vagy mennyiségének (amount) a kiszámítása vagy meghatározása, 2. valaminek a minőségének, jelentőségének vagy értékének (worth) felbecsülése, megítélése. Az „evaluation” jelentése pedig valaminek az értékének (value) vagy mértékének (degree) kiszámítása vagy megítélése. Mindkét angol kifejezésnek van egy olyan jelentése, amely inkább számokban fejezi ki valaminek az értékét, mértékét, mennyiségét és egy olyan, amely valaminek az értékét, jelentőségét, minőségét becsüli meg, ítéli meg (ez kevésbé fejezhető ki számokban).

Az *értékelés* alatt azonban érthetjük azt a tudományosan megalapozott tevékenységet is, amelyet egyre több területen alkalmaznak a gyakorlatban és egyes tudományágakban. Ebben a megközelítésben Scriven (1998a, p.85.) az értékelést (evaluation) a következőképpen definiálja¹¹: „Az értékelés az entitások értékének, kiválóságának vagy jelentőségének meghatározásának folyamata; és az értékelések ennek a folyamatnak az eredményei.” Ez a definíció egrészt összhangban van az értelmező szótár meghatározásaival, másrészt Scriven (1991, 1998a) és még sokan mások (Guba – Lincoln, 1989; Alkin, 2004; Radó, 2005 stb.) az értékelést önálló szakterületként értelmezik.¹² Ezen szakterületnek az értékelésre általában vonatkozó megállapításai kutatási témámra is érvényesek lehetnek. Scriven (1996, 1998a, 1998b, 1999b) és Davidson (2005) alapján az értékelésnek mint önálló területnek sajátos jellemzői, ismérvei vannak. Az értékelés – bármi legyen is az értékelt entitás – többek között a következőképpen tipizálható: formatív vagy szummatív; belső vagy külső vagy ezek keveréke; kvantitatív vagy kvalitatív vagy ezek keveréke (a fogalompárok magyarázatát ld. 2.1.2 alpontban).

Az értékelt entitás alapján megkülönböztethetők a következő alterületek: termékértékelés (magában foglalja a technológiaértékelést is), teljesítményértékelés (elsősorban az egyéni teljesítményt értve alatta), személy-értékelés, szervezeti értékelés, terv/javaslat-értékelés, programértékelés, szakmapolitika értékelés. Ezeket egészíti ki két további terület: a tudományokon belüli értékelés (hipotézisek, adatok, eredmények, vizsgálódási módszerek, eszközök értékelése) és a meta-értékelés, azaz az értékelések értékelése. Számos értékelési módszer, amelyet valamely alterületen kifejlesztettek, működhet további alkalmazási területeken is. A legtöbb értékelés a gyakorlatban mélyen érinti az embereket, mivel az ő munkájuk minőségére és értékére vonatkozik. (Scriven, 1991, 1998a, 2001)

2.1.1. Az értékelés értelmezésének és alkalmazási területeinek változása

Guba és Lincoln (1989) az értékelés értelmezésében az őket megelőző száz évben három szakaszt, generációt véltek felismerni: a mérés-, a leírás- és a megítélés-orientált szakaszokat.

A *mérés-orientált szakasz* során az értékelés értelmezését befolyásoló korai folyamatok közül kiemelkedő hatása volt a tanulók különböző tulajdonságaira irányuló méréseknek. Az iskolai tesztek – amelyek azt hivatottak kideríteni, hogy a diák elsajátította-e a tantárgy, a kurzus tartalmát – már évszázadok óta alkalmazzák. Az iskolákhoz kapcsolódó alkalmazási folyamatok eredményeként fejlesztették ki az IQ tesztek is. További befolyásoló tényezők alakították az értékelésnek ezt az első,

¹¹ „Evaluation is the process of determining the worth, merit, or significance of entities; and evaluations are the outcome of that process.” (Scriven, 1998a, p.85.)

¹² Sőt Scriven (1991, 1998a) az értékelést új önálló tudományágnak tekinti és az ún. transztudományágak közé sorolja. A transztudományágak eszközökkel támogatják a primer tudományok területén a vizsgálódást és egyben önálló vizsgálódási területek, elsősorban elemző és nem empirikus tudományágak. Transztudományok közé tartoznak például a statisztika, valószínűség-számítás, mérés, logika, értékelés. (Scriven, 1998a)

mérésorientált szakaszát, így például a társadalomtudományok felemelkedése, illetve a tudományos menedzsment (ld. Taylor, 1983) mozgalom terjedése, amely később visszahatott az iskolai mérés/tesztelés módszereire. Ebben a szakaszban az értékelőnek technikai szerepe volt, feladata a vizsgálni kívánt változók mérése volt.

Az értékelésnek a következő *leírás-orientált szakaszát* az erősségek és gyengeségek mintázatának leírása jellemzi valamely kinyilvánított cél figyelembe vétele mellett. Az értékelést már nem azonosítják a méréssel, hanem a mérést csak az egyik eszközének tartják, amelyet az értékelés során alkalmazhatnak. Ebben a szakaszban az 1960-as évek végén (Scriven, 1991) született meg a programértékelés területe, amely a tantervértékelésből nőtt ki magát. Ennek a folyamatnak az elindítása Ralph W. Tyler (1902-1994) munkásságához kötődik.

Az értékelésnek Guba és Lincoln (1989) által azonosított harmadik szakasza az ún. *megítélés-orientált szakasz*. Erre jellemző az értékelés még tágabb értelmezése, amely Robert Stake nevéhez fűződik, aki egy 1967-es tanulmányában az értékelés további feladatoként határozta meg a megítélést (judgement). Így az értékelő a korábbi technikai és leíró funkciói mellett szakértőként a megítélő szerepét is felvállalja a harmadik generációs értékelés alapján.

Guba és Lincoln (1989) szerint az első három szakasz során az értékelés tartalma bővült és egyre kifinomultabbá vált. Az első generáció idejében kifejlesztették azokat a módszereket, amelyekkel egyénenként lehetett adatokat gyűjteni, majd a második generáció során az értékelést kiterjesztették nem csak emberekre, hanem például programokra, szervezeti mintázatokra, eljárásokra; majd a harmadik generáció során tovább bővültek az értékelő szerepei. Azonban Guba és Lincoln 1989-es könyvükben az értékelés újraértelmezése mellett érvelnek, ugyanis szerintük a korábbi generációk legalább három hibával vagy hiányossággal küzdenek: a menedzserorientáció (managerialism)¹³ felé vezető tendencia, az értékpluralizmus elfogadásának hiánya és a túlzott elköteleződés a vizsgálódás tudományos (scientific) paradigmája mellett. (A tudományos paradigma alatt az értékelésnek a természettudományok paradigmája szerinti megközelítését értik.)

Az imént részletezett hibák és hiányosságok miatt Guba és Lincoln (1989) alternatívaként javasolja az általuk egyezkedés (negotiation) -orientáltnak elnevezett interaktív konstruktivista értékelést (responsive constructivist evaluation). A szerzők az értékelés paramétereit és határait az érintettek bevonásával megvalósuló interaktív, tárgyalásos folyamat során javasolja meghatározni, azok előre definiálása helyett. Guba és Lincoln „negyedik generációs értékelése” Pollitt és Summa (1997) szerint annak a már az 1970-es években megjelenő értékelési iskolának a csúcspontja, amely az értékeléssel a kooperatív és interaktív kapcsolat kiépítését tartja szükségesnek. Ez a megközelítés élesen szemben áll az értékelő mint objektív kívülálló képével. Az 1989 óta eltelt két és fél évtizedben Guba és Lincoln alternatívája mellett számos további modell, elmélet látott napvilágot az értékelés területén, amelyek szintén az érintettek szélesebb körének bevonását hangsúlyozzák az értékelésbe, a döntéshozatalba. Az értékelés első három generációjának hiányosságaira és hibáira, a poszt-pozitívista paradigmát képviselő (Christie – Alkin, 2008) Scriven is reagált, és az értékelést új mederbe terelte egy új tudományág születése mellett érvelve (Scriven, 1998a). Azaz napjainkban kettő, értékelés iránt elkötelezett közösség létezik egymás

¹³ Guba és Lincoln (1989) a menedzserorientáció (managerialism) kifejezéssel az értékelő megbízója (menedzser) és az értékelő közötti kapcsolatot jellemzi, amely szerintük biztosítja a menedzser sérthetetlenségét, az értékelőt kiszolgáló szerepbe szorítja és más érintettek szempontjából igazságtalanná teszi az értékelést. (A menedzserializmus (managerialism) kifejezés újabb keletű értelmezése ettől eltér, ld. például Kovács (2011).)

mellett: Az egyik az értékpluralizmust elfogadó közösség, akik hangsúlyozzák az érintettek szélesebb körének részvételét, a másik pedig az „igaz hívők” közössége, akik hisznek a tudományos paradigmában. (ld. még erről Stake (1997) és Scriven (1997) in Chelimsky és Shadish (1997))

Az értékelés elméleti és gyakorlati fejlődését jól érzékelteti a Christie és Alkin (2008) által kidolgozott ún. értékelés elmélet fa, amely rendszerezi és elhelyezi az értékelés elméleti szakembereinek munkásságát az egymáshoz való viszonyuk és a fő hangsúlyok alapján. Az értékelés elmélet fát a szerzők rendszeresen frissítik, a 2006-ban elkészített harmadik verziót az 1. mellékletben mutatom be. Az értékelés jelentőségét mutatja, hogy az USA-ban közel tíz folyóirat központi témája az értékelés, és kifejezetten az értékeléskutatásokkal kapcsolatos gyakorlati és elméleti témájú cikkeket publikál (Weiss, 2005).

2.1.2. Az értékelés néhány általánosan jellemző tipizálása¹⁴

Bár az értékelés tárgya többféle különböző entitás lehet, de ahogyan az értékelés ismérveinél már említettem, bizonyos tipizálások általánosan érvényesek. Az értékelés szerepe többféle fogalom párral is megragadható. Beszélhetünk formatív és szummatív szerepről, vagy a közreműködő (instrumental) vs. elméleti (conceptual) szerepről. Az értékelés során alkalmazott módszertan is különböző dichotómiák mentén írható le, beszélhetünk például kvalitatív vs. kvantitatív, távolságtartó (distanced) vs. interaktív értékelésről. (Scriven, 1996; Patton, 1996) A következőkben részletesen is bemutatom a fenti tipizálásokat, illetve a témám szempontjából fontos további osztályozásokat, így a belső vs. külső, az eredmény vs. folyamat és az elemző vs. globális értékelést.

2.1.2.1. Formatív versus szummatív értékelés

A formatív (támogató/fejlesztő) és a szummatív (összegző)¹⁵ kifejezések megalkotása és bevezetése az értékelés szakirodalmába Scriven (1966, 1967) nevéhez fűződik. Ezeket a fogalmakat kezdetben a tantervértékelésre alkalmazta, azonban bármely entitás értékelésekor értelmezhetőek. Scriven (1996) a formatív és szummatív megkülönböztetést az értékelés szerepeinek egyik lehetséges kettős felosztásának tartja.¹⁶ A *formatív értékelés* a támogató, fejlesztő típusú értékelést jelenti, amely feltételezi, hogy az értékelt entitás módosítható, alakítható, azaz nem egy lezárt, befejezett „dologról” van szó. A *szummatív értékelés* pedig egyfajta összegzést, végső minősítést ad. Ez utóbbi elvégezhető egy lezárt folyamat (pl. tanterv elkészítése, prototípus legyártása) után, de egy folyamatosan működő/létező entitás (pl. személy, szervezet) esetében is, amikor egy működési/fejlődési szakasz utáni értékelésről vagy egy „pillanatfelvételtől” beszélhetünk az éppen aktuális értékelés időpontjában.

A két fogalom megkülönböztetésénél problémát jelent, hogy több szerző ezeket az értékelés céljának tekinti (ld. például Patton (1996)), míg Scriven (1966, 1996) szerint ezek valójában szerepek. Bár igaz, hogy a formatív értékeléshez egyértelműen kapcsolható a fejlesztési szándék, de a szummatív

¹⁴ A külső kórházi értékelési módszerek osztályozási keretrendszerét részben az itt bemutatott értékelés tipizálások segítségével definiálom majd a 4.2. alfejezetben.

¹⁵ A „formative” és „summative” angol kifejezések fordításánál megőriztem a hazánkban a pedagógia területén elterjedt szóhasználatot (Báthory, 2000; Golnhofer, 2004). Bár Carol Weiss programértékelésről szóló művének magyar nyelvű kiadásakor (2005) a kifejezéseket magyarra fordították (támogató illetve összegző), a disszertációmban mégis a már szélesebb körben elterjedt, pedagógia területén bevált kifejezéseket, azaz a formatív és szummatív fordítást használom.

¹⁶ A formatív és szummatív párost több szerző (ld. pl. Patton, 1996; Chen, 1996) is megpróbálta kiegészíteni, mivel szerintük nem fednek le minden értékelési típust. Scriven 1996-os cikkében megvédte ezt a dichotómiát.

értékeléshez sokféle cél kapcsolható (pl. döntéstámogatás: választás az alternatívák között, források további folyósítása vagy megszüntetése; vagy pusztán az entitás értékének, kiválóságának, jelentőségének meghatározása a cél és azt nem követi semmilyen döntés). Véleményem szerint a szummatív és formatív megkülönböztetés inkább az értékelőnek az értékelendőhöz való hozzáállását, megközelítését érzékelteti.

Robert Stake klasszikussá vált példájában így összegzi a különbséget a kétféle értékelés között: „Amikor a szakács kóstolja a levest, az formatív, amikor a vendégek ízlelik meg a levest, az szummatív.” (idézi Scriven, 1991 p. 169.)

Scriven (1996) amellett érvel, hogy a formatív és szummatív értékelés *kontextus függő*. Az előző szemléltető példát folytatva: a vendég reakciója szummatív értékelés a megszokott kontextusban, amikor egy ételt kóstol meg, de ha már a kontextust megváltoztatjuk akképpen, hogy ezt az információt az étterem menedzsermentje folyamatosan felhasználja visszacsatolásként az étel javítására, akkor már formatív értékelésről beszélünk. Fontos a kontextus változása. Míg az első esetben az értékelt entitás az adott étel volt és az értékelő a vendég, addig a második esetben már valójában az étterem, a menü vagy esetleg a séf volt az értékelés tárgya (nem az adott étel), az értékelő pedig az étterem séfje vagy tulajdonosa. (A vendég értékelése az utóbbi esetben adatnak számít.) Scriven szerint mindkét értékelési típus a megfelelő körülmények között értékes, azaz egyik sem felsőbbrendű a másikhoz képest.

A formatív értékelés elsősorban a belső „közönségnek” szól, akik a fejlesztést végre tudják hajtani, de belső és külső értékelő (vagy azok kombinációja) egyaránt végezheti. A szummatív értékelés Scriven szerint a külső „közönségnek” vagy a döntéshozóknak készül, de szintén végezheti belső vagy külső értékelő (vagy ezek kombinációja). (Scriven, 1991)

A formatív és szummatív fogalmak a pedagógia területén¹⁷ hazánkban is ismert kifejezések (Golnhofer, 2004), más értékelési területeken Magyarországon még kevésbé jellemző az alkalmazásuk.

2.1.2.2. Belső versus külső értékelés

Belső értékelésről beszélünk, amikor az értékelést az értékelt entitáson (pl. szervezeten, programon) belüli szereplő végzi. Külső értékelés esetén az értékelő olyan valaki, aki nem tartozik az értékelt entitás szokásos személyzetéhez. Scriven (1991) szerint a belső/külső megkülönböztetés nem két külön típust jelent, hanem inkább fokozatot, és az egyes értékeléseknél a belső és külső értékelő kombinációja is előfordulhat.

2.1.2.3. Eredmény és folyamat értékelés

Meg szokás különböztetni azt, hogy az értékelés az értékelt entitáshoz (pl. programhoz, szervezethez) kapcsolódó eredményre (outcome) vagy a folyamatra vonatkozik. Scriven (1996) szerint az ideális az, ha az értékelés mindkettőre vonatkozik. Kezdetben a hangsúly az eredményen volt, később a folyamatértékelés megjelenéséhez vezetett az, hogy felismerték, a folyamatok nem biztos, hogy valóban úgy zajlanak, ahogyan előzetesen eltervezték azokat (Weiss, 2005). A folyamatértékelés másik indoka szokott lenni, hogy segíti a kimeneti eredmények értékelését, bár a folyamat változók és az eredmény változók között nem egyértelmű az ok-okozati kapcsolat (Scriven, 1996).

¹⁷ A pedagógia területén a tanulók értékelésének három típusát különböztetik meg: a szummatív és a formatív értékelés mellett definiálják a diagnosztikus értékelést is, amelynek célja információkat szerezni arról, hogy a tanuló milyen feltételekkel, felkészültséggel kezdi meg az adott oktatási-nevelési folyamatot. (Báthory, 2000; Golnhofer, 2004).

2.1.2.4. Elemző versus globális értékelés

Elemző értékelés az, amikor az értékelt entitásnak a részeit vagy szempontjait értékelik akár egy átfogó értékelés eszközeként akár a végső szintézis nélkül. Ha a részeket értékeljük komponens értékelésről, ha különböző szempontokat értékelünk, akkor dimenziók értékeléséről beszélünk. A *globális értékelés* során – az elemző értékeléssel ellentétben – egyetlen pontszámot/osztályozást/értékelést adnak az értékelt entításra vonatkozóan. (Scriven, 1991)

A formatív és a szummatív értékelés is lehet elemző vagy globális értékelés is; azaz egymást átfedő, de nem egymásnak egy az egyben megfeleltethető fogalom-párokról van szó. A formatív értékelést jellemzően az elemző értékelés támogatja, de a globális értékelés szintén alkalmas lehet. Scriven (1991) szerint globális formatív értékelésre példa a próba záróvizsga, amikor pontoznak és visszajelzik a pontokat az értékeltnek, de nem rögzítik azokat hivatalosan.

2.1.2.5. Kvantitatív versus kvalitatív értékelés és a mérés szerepe

Kezdetben szakmailag egyedül elismert értékelési módszer a kvantitatív értékelés volt, azonban az 1980-as évektől a kvalitatív módszerek előnyeit ismertető cikkek és könyvek jelentek meg. Ennek hatására az utóbbiak is legitimitást szereztek, és ma már nem ritka, hogy a két módszert együtt alkalmazó értékelési vizsgálatok készülnek. (Weiss, 2005)

A (program)értékelés ma is jórészt kvantitatív módszerekre épül (Weiss, 2005), amely erősen támaszkodik a mérésre (measurement)¹⁸. „A mérés a standardizált értékelésnek általános és néha jelentős része; a logikájának, azaz az értékelő következtetések megindokolásának azonban csak nagyon kicsi részét képezi.” (Scriven, 1991, p.226.)

Guba és Lincoln (1989) interaktív konstruktivista megközelítésének és a hasonló gondolkodású értékelők megjelenésével felmerül a mérés szerepének megkérdőjeleződése és a kevésbé mérhető jelenségek dilemmája az értékelés több területén belül is. Báthory (2000) szerint például a pedagógiai értékelés is minden pedagógiai jelenség elemzésére és vizsgálatára alkalmas, nem csak azokra, amelyek mérhetőek.

2.1.2.6. Az értékelés közreműködő versus elméleti alkalmazása

Patton (1996) az értékelés közreműködő (instrumental) alkalmazásán azt érti, amikor az értékelést valamilyen döntés vagy cselekvés követi legalább részben az értékelés következményeként. Az értékelés elméleti (conceptual) alkalmazása esetében a döntés vagy a cselekvés nem elvárt következmény, inkább a gondolkodást általános módon befolyásolja, az ismeretszerzést teszi lehetővé. Scriven (1996) ugyanerre a megkülönböztetésre a cselekvés-orientált (action-oriented) és a kutatás-orientált (research-oriented) kifejezéseket javasolja. Patton szerint a szummatív és a formatív értékelés is közreműködő típus, Scriven azonban emellett érvel, hogy a szummatív értékelés lehet elméleti (vagy az ő szóhasználatában kutatás-orientált) alkalmazású is.

2.1.3. Az értékelés néhány kiemelt alkalmazási területe

Az értékelés egyes szakaszaiban más és más alkalmazási területek voltak a dominánsak. Így például a múlt század közepén a hallgatók teljesítményének értékelése (tesztelése) volt kiemelkedő alkalmazási

¹⁸ „... a mérés a szó legtágabb értelmében számok tárgyakhoz és eseményekhez való hozzárendelése bizonyos szabályszerűségek alapján” (Stevens, 1946, p. 677)

terület, az értékelésről szóló könyvek szinte teljes egészében ezt a területet fedték le. Manapság szintén hasonló mértékű dominancia jellemző a programértékelésre az USA-ban. (Scriven, 2001)

Az értékelésnek az egyes alkalmazási területeken belül, így például a pedagógiában is bővült az értelmezési köre. A *pedagógiai értékelés* tárgya lehet: a tanulók tudása és fejlődése, a tanítási-tanulási folyamat, a pedagógusok munkája, oktatási anyagok, pedagógiai kezdeményezések, tantervek, az egyes iskolák, egy ország oktatási rendszere (Báthory, 2000; Golnhofner, 2004). A pedagógiai értékelés hazánkban is fejlett alkalmazási terület, amelyet Báthory (2000, p.222.) tágan, a következőképpen értelmez: „a pedagógiai értékelés nem más, mint a pedagógiai információk szervezett és differenciált visszajelentésének elmélete és gyakorlata”. A pedagógiai értékelés egyik lehetséges tárgya az intézmény (óvoda, iskola), illetve Báthory (2000) szerint a pedagógiai értékelés egyik alkalmazási területe az oktatási intézmények minőségbiztosítása, amelyeket azért tartok fontosnak kiemelni, mert kutatásomban az egészségügyön belül szintén intézmény (azaz a kórház) értékelését, és szintén az egyik lehetséges alkalmazási területként a minőségmenedzsmentet vizsgáltam (ld. 2.2. alfejezetet).

Az értékelés Scriven (1991) szerint legfejlettebb és legrégebbi területe a *termékértékelés*, amely magában foglalja a *technológiaértékelést* is (Scriven, 1999a). A technológiaértékeléshez kapcsolódó, de alája nem besorolható terület az utóbbi évtizedben hazánkban is gyors fejlődésnek indult *egészségügyi technológiaelemzés* vagy -értékelés (health technology assessment)¹⁹. Arról, hogy az egészségügyi technológiaelemzés önálló tudományág-e vagy több tudományterület eszköztárát felhasználó multidiszciplináris módszer, megoszlanak a vélemények (Gulácsi, 1999). Az egészségügyi technológiaelemzés művelői szerint dilemmát jelent az is, hogy a Scriven által meghatározott értékelés alterületeként értelmezhető-e (ld. például Reuzel – van der Wilt (2000)). Az értékelendő (elemzendő) egészségügyi technológiák hat csoportba sorolhatóak, amelyek között szerepelnek a különböző menedzsment rendszerek is, mint például a minőségfejlesztési módszerek (Gulácsi, 1999), azaz ebbe a hatodik kategóriába a kórházi értékelési módszerek is besorolhatóak. Ezek alapján a kutatási témám kapcsolódhatna az egészségügyi technológiaelemzés területéhez is, azonban PhD kutatásomban nem célom a külső kórházi értékelési módszerek átfogó, teljeskörű értékelése, ahogyan azt az egészségügyi technológiaelemzés területe megkívánná. Disszertációmban ezen alkalmazott módszereknek „csak” a kórházon belüli hatásainak feltárásával, hatásmechanizmusának megértésével foglalkozom.

Az Amerikai Egyesült Államokban jelenleg domináns értékelési terület a *programértékelés*, amely hazánkban az utóbbi években jelent meg (pl. az EU-s támogatású programok értékelése kapcsán). Weiss (2005, p.16.) definíciója szerint „az értékelés nem más, mint egy program vagy szakmapolitikák működésének és / vagy eredményének (outcome) módszeres vizsgálata, majd az eredmények összevetése a kimondott vagy kimondatlan elvárásokkal azért, hogy hozzájáruljon egy program vagy bizonyos szakmapolitikák javításához, továbbfejlesztéséhez.”

Kutatási témám a programértékeléshez is kapcsolódhatna, hiszen a program tágan értelmezett értékelési entitás, egyes értelmezésekben az egészségügyi ellátás és kórházi folyamatok bizonyos elemei is tekinthetők programnak (ld. pl. Weiss, 2005, p. 23.). Az általam vizsgált külső kórházi értékelési módszereket azonban nem a programértékelés elvei alapján fejlesztették ki. A programértékeléshez kötődő másik lehetőség lenne, ha a külső kórházi értékelési módszereket tekintjük programnak. (Ez

¹⁹ Hazánkban az egészségügyi technológiaelemzés terjedt el az angol kifejezés fordításaként (Gulácsi, 1999), így például a Budapesti Corvinus Egyetemen működő Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont nevében is így szerepel (<http://hecon.uni-corvinus.hu/>).

bizonyos esetekben meg is állja a helyét, például az olyan kezdeményezések esetében, mint amilyen az Egészségbiztosítási Felügyelet indikátorrendszere volt.) Azonban kutatásomnak nem célja a programértékelés elméletének és modelljeinek alkalmazása, nem a programértékelést eredményező ún. értékeléskutatást (Babbie, 2003; Weiss, 2005) vagy az értékelés értékelését végző ún. meta-értékelést (Scriven, 1999a) szeretnék végezni. PhD kutatásomnak a célja a külső szervezeti értékeléssel kapcsolatos ismeretek szerzése, a külső kórházi értékelés természetének, hatásmechanizmusának megértése szervezeti kontextusban.²⁰

Kutatási témám leginkább a *szervezeti (institutional) értékelés*hez kapcsolódik, amelyet Scriven (1998a) a következőképpen definiál: „Olyan komplex értékelés, amely jellemzően az intézmény által nyújtott programok értékelését továbbá az intézmény teljes menedzsmentjének, hírnevének, személyzeti politikájának, stb. értékelését foglalja magában.” (Scriven, 1991 p.196.). Scriven (1991) az intézményi értékelések közé sorolja az akkreditációt, amelynek során szerintem azt igazolják, hogy az adott intézmény bizonyos minőségi standardok betartására törekvő szakmai szervezetek közé tartozik.

Scriven (2001) szerint az értékelés szakterülete²¹ a gazdálkodástudományokat (pl. business & management, számvitel) is kiszolgálja, vagy ki fogja szolgálni sok más tudomány (történelem, földrajz, informatika, oktatás stb.) mellett. Ezek alapján az értékelés a minőségmenedzsment és a teljesítménymenedzsment számára is eszközökkel, módszerekkel szolgálhat. Scriven (1991) a *minőség szabályozást* és a *minőségbiztosítást* meg is említi az értékelés alkalmazási területei között, sőt az értékelő monitoring egyik típusának tekinti, és ezeket általában belső, formatív értékelésként jellemzi. További átfedés az akkreditáció, amelyet a minőségügyi modellek között szokás említeni, de amint már az előző bekezdésben jeleztem, Scriven a szervezeti értékelés egyik típusának tartja. A *teljesítménymérés* és az értékelés között szintén tapasztalható átfedés: Az 1980-as évektől a teljesítménymérés megjelenése a közszolgálati szférában új kihívást jelentett az értékelési szakmának az USA-ban és az Egyesült Királyságban (Chelimsky – Shadish, 1997). Wholey (1997) szerint az intézmények teljesítményének mérésére és értékelésére – amelyre a teljesítménymérés helyezte a hangsúlyt – az értékelés szakma képviselői is felkészültek, így a két terület művelőinek tevékenysége gyakorlatilag átfed egymással. Ezek alapján megállapíthatjuk, hogy az értékelés kiszolgálja, illetve átfedésben van a minőségmenedzsment és a teljesítménymenedzsment területével.

Az előző alfejezetben ismertettem, hogy az értékelés szakterülete hogyan értelmezi és tipizálja az értékelés tevékenységét, milyen alkalmazási területei vannak. A kutatási témám szempontjából ennek az a jelentősége, hogy egy tágabb értelmezési keretet ad, mely segít definiálni és tipizálni a külső kórházi értékeléseket is (ld. 4. fejezetet). Ahhoz hogy ezt megtehessem, azonban mindenféleképpen szükség van a minőségmenedzsment és a teljesítménymenedzsment fogalomértelmezéseinek (értékelés, illetve minőség és teljesítmény fogalmak) megismerésére. Ugyanis a külső kórházi értékelés módszerei elsősorban ezekről a területekről származnak.

²⁰ A programértékelés területén is egyre többen hangsúlyozzák a szervezeti kontextus fontosságát. Rogers és Hough (1995) amellett érvel, hogy a programértékelések olyan feltételezéseken alapulnak a szervezetek működésével kapcsolatosan, amelyek nem állják meg a helyüket, és azt javasolják, hogy a különböző szervezetelméleteket figyelembe kellene venni a programértékelések során.

²¹ mint transztudományág

2.2. A minőségmenedzsment és a teljesítménymenedzsment

A kórházak értékelésére alkalmazott módszerek főként a minőségmenedzsment és a teljesítménymenedzsment eszközeit és fogalomkészletét használják. A két terület fejlődési tendenciáinak és kapcsolódásának, valamint az értékelés, illetve a minőség és a teljesítmény fogalmak értelmezésének, ezért kutatási témám szempontjából jelentősége van. Az üzleti szférában a két menedzsmentterületen használatos fogalmak és módszerek a közszolgálati, illetve azon belül az egészségügyi alkalmazáskor módosulnak és keverednek.

A minőségmenedzsment és a teljesítménymenedzsment módszerek alkalmazásának terjedése a közszolgálati szférában az elmúlt években olyan következtetésekhez vezetett, hogy a két terület közszolgálatban alkalmazott módszerei nem különíthetők el egyértelműen (Aristigueta, 2008). Bár a két menedzsmentterület megközelítése különböző, a későbbi fejlődési tendenciák közeledést mutatnak. Van Dooren (2008, p. 420.) szerint a közszolgálati alkalmazások vizsgálatakor „a következtetés az, hogy a teljesítménymenedzsment és a minőségmenedzsment közötti fogalmi elhatárolásra nincsen többé szükség”.

Úgy vélem a kutatásomban vizsgált külső kórházi értékelési módszerek sem sorolhatóak be egyértelműen a minőségmenedzsment vagy a teljesítménymenedzsment területe alá. De vajon mi vezethetett el a két terület összefonódásához a közszolgálatban? Ennek a tendenciának egy lehetséges magyarázataképpen a következő 2.2.1. alponthoz röviden ismertetem a két terület fejlődését, szemléletbeli változásait. Majd a 2.2.2. alponthoz a kutatásom szempontjából fontos értékelés teljesítménymenedzsmentbeli és a minőségmenedzsmentbeli szerepét és értelmezését mutatom be. A külső kórházi értékelési módszerek esetében kulcsfontosságú a teljesítmény és minőség fogalmak értelmezése is, hiszen ezek a fogalmak adják meg, hogy a kórháznak mint szervezetnek milyen jellemzőit értékelik. A 2.2.3. alponthoz bemutatom a két fogalom értelmezését az üzleti szférában, a közszférában és végül a hazai egészségügyi értelmezéseket.

2.2.1. A minőségmenedzsment és a teljesítménymenedzsment szemléletbeli változásai

A teljesítménymenedzsment és a minőségmenedzsment fejlődését számos hazai publikáció és doktori disszertáció²² is bemutatta már, ezért ezekre a következő bekezdésekben csak röviden utalok. A két terület fejlődése párhuzamainak feltárására azonban a nemzetközi szakirodalomban is csak kevés példa található (ld. például Van Dooren, 2008). Mivel a közszolgálati szférában és azon belül az egészségügyben a két menedzsmentterület nehezen elkülöníthető, ezért ebben az alponthoz a hasonló fejlődési tendenciákra külön kitérek.

A *minőségmenedzsment* gyökerei a F. W. Taylor munkássága hatására elindult tudományos menedzsmentig nyúlnak vissza az 1900-as évek elejére (bár a minőség iránti igényre bizonyítékok már

²² A Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskolájában számos disszertáció született már az üzleti teljesítményméréshez vagy –menedzsmenthez kapcsolódó témában (Wimmer, 2000; Dolgos, 2000; Sajtos, 2004; Harangozó, 2007; Ónodi, 2008) és a közszolgálati teljesítménymenedzsment témában (Székely, 2005; Antal, 2005; Révész, 2010; Kiss, 2011); a minőségmenedzsment területén már jóval kevesebb disszertáció született az elmúlt évtizedben (Becser, 2007).

az ókorban is fellelhetőek). A fejlődés első szakasza a minőség-ellenőrzés (inspection) volt, amelyet a minőségsszabályozás (quality control), majd a minőségbiztosítás (quality assurance) követtek, ez utóbbi szakaszban jelentek meg a minőségügyi rendszerek. Az 1980-as években pedig a teljes körű minőségmenedzsment (TQM, total quality management) alapelvei fogalmazódtak meg. (Balogh, 1999; Topár, 2005; Sliwa – Wilcox, 2008; Demeter, 2008) A következő tendenciák figyelhetőek meg a fejlődés során: a minőség fogalmának a bővülése, a megközelítés kiterjesztése az egész szervezetre, az integrált keretrendszerek/modellek megjelenése (pl. EFQM modell), a minőségügyi tevékenységek menedzsment ciklusokba kapcsolódása (pl. PDCA ciklus²³), az érintett-szemlélet megjelenése, szervezeti stratégiai orientáció (Balogh, 1999; Tenner – DeToro, 2001; Becser, 2007).

A teljesítménymenedzsment részét képező teljesítménymérés (Franco-Santos et al. 2007) eszközeinek egyik első eleme, a számviteli rendszerekből származó pénzügyi mutatószámok régóta használatosak. A szervezetek alaptevékenységeinek számszerűsítése a hatékonyság növelése érdekében Taylor (1983)²⁴ művéhez nyúlik vissza (Révész, 2010). A teljesítménymérés és a vezetői számviteli rendszerek fejlődésében lényeges lépés volt a pénzügyi mutatók és a hagyományos költséggazdálkodási módszerek hiányosságainak felismerése az 1980-as években, amelyek a következők voltak: a túlra fókuszáló és rövid távú költségalapú szemlélet; a pénzügyi és költség-mutatók elégtelenségének felismerése; a nem-pénzügyi, operatív szinten értelmezhető mutatók hiánya stb. (Kennerley – Neely, 2002; Wimmer, 2004). A hiányosságok felismerése a teljesítménymérés forradalmához vezetett az 1990-es években, amikor az átfogó, többdimenziós, kiegyensúlyozott (pénzügyi és nem pénzügyi mutatókat is tartalmazó) keretrendszerek – például a balanced scorecard (BSC, Kaplan – Norton, 1992) vagy a teljesítményprizma (Neely et al., 2004) – megjelentek. A teljesítménymérés fejlődése során megfigyelhető tendenciák a következők: a számviteli információk relevánsabbá tétele, a nem pénzügyi mutatók alkalmazása, a teljesítmény fogalmának bővülése (több dimenzió), jövőorientáltság megjelenése, a célokhoz/stratégiához kapcsolódás, az integrált rendszerek vagy modellek kifejlesztése, a dinamikuság iránti igény megjelenése, az érintettek szélesebb körére kiterjesztés. (Kennerley – Neely, 2002; Wimmer, 2004; Wimmer, 2005)

Az előző bekezdésekben ismertetett tendenciák következtében a minőségmenedzsment és a teljesítménymenedzsment közös jellemzői például:

- átfogó, integrált modellek (pl. EFQM, BSC), amelyek dimenziói átfednek egymással (Van Dooren, 2008),
- menedzsment ciklusok alkalmazása (pl. PDCA-ciklus, stratégiai illetve operatív irányítási ciklus),
- mindkettőnél a nem pénzügyi (pl. operatív működést jellemző) és a pénzügyi mutatószámok²⁵, illetve az eredmény- és a folyamat-indikátorok alkalmazásának megjelenése,
- az egész szervezet működését lefedő megközelítések,
- stratégiához kapcsolódás,
- érintett-szemlélet megjelenése.

²³ A PDCA ciklus, más néven Deming ciklus jelentése: tervezés (plan) – megvalósítás (do) – ellenőrzés (check) – cselekvés (act). (Demeter, 2008)

²⁴ Azaz az előző bekezdésben és a korábbi alfejezetben leírtak alapján megállapítható, hogy a külső kórházi értékeléshez kapcsolódó három terület, az értékelés, a minőségmenedzsment és a teljesítménymenedzsment fejlődésének közös találkozási pontja Taylor munkássága.

²⁵ A minőségmenedzsment területén például az EFQM modell kulcseredmények dimenziójában szerepelnek pénzügyi mutatók. (Neely et al. 2002, <https://sites.google.com/site/myfirststepwithefqmmodel2010/home/9-key-results>)

A közszolgáltatásban is alkalmazott minőségmenedzsment modellek – amellet, hogy egymáshoz is konvergálnak (Klazinga, 2000) – Van Dooren (2008) szerint a teljesítménymenedzsment szemléletéhez is közelednek. A két terület összefonódását az is jelzi, hogy a szakirodalomban előfordulnak utalások olyan modellekre, amelyek a másik menedzsment területről származnak. Így például Van Dooren (2008, p. 414.) a következőket írja: „minőség modellek, mint a balanced scorecard”²⁶. Sőt nem csak a közszolgálati, hanem az üzleti irodalomban is találhatunk erre példát: Neely és szerzőtársai (2004, p. 29.) az Üzleti Kiválóság Modellre²⁷ és a Malcolm Baldrige Díjra²⁸ teljesítménymérési módszerekként utalnak.

A két menedzsmentterület között azonban vannak természetesen különbségek: Van Dooren (2008) alapján a minőségmenedzsmentet dinamikus vezetés, a tervezés és szabályozás tekintetében megosztott felelősség, empowerment jellemzi. A minőségmenedzsment a folyamatos minőségfejlesztésre fókuszál és a megfelelő szervezeti kultúra (pl. alkalmazottak részvétele, vezetői elkötelezettség) kulcsfontosságú, miközben a teljesítménymenedzsment a vezetői döntéshozatalt, a stratégiai menedzsmentet és célmeghatározást támogatja (Kiss – Révész (2007). Ugyanakkor a teljesítménymenedzsment területén is megjelent a dinamikusság (Kennerley – Neely, 2002) és az operatív, működési teljesítményhez való kapcsolódás, továbbá az értékteremtés, a vállalati működés fejlesztésének támogatása iránti igény (Wimmer, 2004).

A minőségmenedzsment és a teljesítménymenedzsment hasonló tendenciái és különbségei a fogalmak értelmezésénél is tapasztalható. A következő alpontokban előbb az értékelés majd a teljesítmény és minőség fogalmak értelmezését, tartalmának alakulását mutatom be.

2.2.2. Az értékelés értelmezése a minőség- és a teljesítménymenedzsment területén

A minőségmenedzsment és a teljesítménymenedzsment területén az értékelést értelmezhetjük szűkebben úgy, mint a fejlesztési illetve irányítási ciklusok egy lépését. A PDCA fejlesztési ciklus harmadik lépése az értékelés (vagy ellenőrzés, check, C), amely az újonnan bevezetett megoldást értékeli, hogy eredményes volt-e, megvalósult-e a kívánt fejlesztés (Demeter, 2008). A PDCA ciklus elveire épülő teljesítménymenedzsment ciklust mutat be Rolstadas (1995 idézi Wimmer, 1999), ahol a harmadik (ellenőrzés) lépést a teljesítménymérés és teljesítményértékelés tevékenységek alkotják. A teljesítménymenedzsment menedzsmentkontroll felőli megközelítése²⁹ az ún. operatív irányítási cikluson belül megkülönbözteti: az operatív tervezés, előrejelzés; teljesítménymérés; *teljesítményértékelés* és a

²⁶ A balanced scorecard (BSC) modell kifejlesztése Kaplan és Norton (1992) nevéhez fűződik, és elsősorban a teljesítménymérés, - menedzsment területekhez kapcsolódik.

²⁷ Az Üzleti Kiválóság Modellt (Model for Business Excellence) az European Foundation for Quality Management (EFQM, Európai Minőségmenedzsment Alapítvány) szervezet 1991-ben vezette be azzal a céllal, hogy a szervezeti önértékelés és az Európai Minőségi Díj (European Quality Award) odaítélésének alapjául szolgáljon. (Takács – Gulácsi, 2003)

²⁸ A Malcolm Baldrige Díjat az Amerikai Egyesült Államokban alapították a minőségfejlesztési törekvések elismerésére. A japán Deming Prize mellett a Malcolm Baldrige Díj szolgált mintául az Európai Minőségi Díj bevezetéséhez. (Takács – Gulácsi, 2003)

²⁹ A teljesítménymenedzsment szakirodalmán belül véleményem szerint különböző megközelítések találhatók: a menedzsmentkontroll és controlling területéről érkező szerzők (ld. pl. Otley, 1999; Bodnár, 1997 a,b,c; Bodnár, 2005; Anthony 2003; Anthony – Govindarajan, 2009), akik saját szakterületükre épülő tevékenységként értelmezik a teljesítménymenedzsmentet; illetve azok a szerzők (pl. Neely – Gregory – Platts, 1995; Wimmer, 2000; Kennerley – Neely, 2002), akik a teljesítménymérést kezdetektől önálló, vállalati működést fejlesztő, döntéstámogató tevékenységként értelmezik.

visszacsatolás lépéseket. (Kiss – Révész, 2007) Ezekben a menedzsmentciklusokban a mérés és az értékelés egymást követi, az értékelés nem foglalja magában a mérést.

Az értékelést a minőségmenedzsmenten és a teljesítménymenedzsmenten belül is értelmezhetjük tágabban, amikor nem egy fejlesztési tevékenységet vagy a tervekhez képesti megvalósítást értékelik, hanem pl. egy egész szervezetet. A teljesítménymenedzsmenten belül erre lehet példa, amikor egy vállalat a leányvállalata teljesítményét értékeli balanced scorecard modellen alapuló rendszer segítségével. A minőségmenedzsmenten belül a szervezetek, vállalatok értékelésének nagy hagyománya van, így például szervezeti értékelés az EFQM kiválóság modellen alapuló önértékelés, illetve külső értékelés. Az utóbbi esetben az EFQM által képzett értékelők a minőségi díjra pályázó szervezeteket értékelik. Szintén külső értékelésnek tekinthető egy vállalat/szervezet tanúsítása ISO 9001 szabvány alapján. Az akkreditáció is egy külső szervezeti értékelés, amely egyrészt jelentheti az ISO tanúsítást végző szervezetek képességének értékelését, másrészt a közszolgálati szektorban működő szervezetek értékelését (pl. oktatási és egészségügyi intézmények esetében). A teljesítménymenedzsment és a minőségmenedzsment ezen szervezeti szintű értékelési módszerei már a mérést is magukban foglalják, tehát nem attól elkülönült tevékenységként kezelik.

2.2.3. A teljesítmény és a minőség értelmezése

A teljesítménymenedzsment és a minőségmenedzsment területén végbement szemléletbeli változások, fejlődési tendenciák a minőség és a teljesítmény fogalmának módosulásához, bővüléséhez vezettek, és azok egymással való átfedését eredményezték. A teljesítmény és minőség fogalmak értelmezése a külső kórházi értékelési módszerek esetében is kulcsfontosságú, hiszen ezek a fogalmak határozzák meg, hogy a kórháznak mint szervezetnek milyen jellemzőit értékelik.

Ebben az alponthoz bemutatom a teljesítmény és minőség fogalmak értelmezéseit. Az üzleti szférából³⁰ eredő különböző menedzsmentmódszerek terjedése befolyásolta a teljesítmény és minőség fogalmak használatát a közszférában és azon belül az egészségügyben. Az üzleti és a közszférában jellemző értelmezéseket, definíciókat a disszertáció-tervezetemben (Takács, 2012) részletesen bemutatam, itt ennek csak rövid összefoglalását adom. Mind az üzleti, mind a közszféra, mind az egészségügy esetében kitérek a teljesítmény és minőség fogalmak közötti fejlődésbeli hasonlóságokra, átfedésekre. A hazai egészségügyben elterjedt fogalomhasználatot összevetem az üzleti és a közszférában jellemzővel és felhívom a figyelmet a gyakorlatban alkalmazott szóhasználatból eredő következményekre.

2.2.3.1. Teljesítmény és minőség értelmezések az üzleti szférában

A teljesítmény mérését, menedzsmentjét tárgyaló üzleti szakirodalom gyakran nem definiálja explicit módon a *teljesítmény* fogalmát, így nem egyszerű általánosan elfogadott definíciót adni. Abban mindenesetre egyetértés van, hogy a teljesítmény többdimenziós fogalom és a leggyakrabban két

³⁰ Az üzleti szféra szervezetei a vállalkozások, vállalatok, amelyek alapvető célja fogyasztói igények kielégítése nyereség elérése mellett (Chikán, 2003). A közszolgálati szektor szervezetei elsősorban nem nyereség-orientáltak, ide tartoznak a központi állami és a helyi közigazgatás intézményei, valamint azok a szervezetek, amelyeket meghatározó részben állami vagy helyi önkormányzati költségvetésből finanszíroznak. Az üzleti és a közszolgálati szféra mellett a harmadik megkülönböztetett szektor, amelyben a gazdasági-társadalmi cselekvés formalizált tevékenységei zajlanak, a nonprofit szféra. (Drótos, 2000; Drótos – Révész, 2007)

dimenziót emelnek ki a szerzők: az eredményességet (effectiveness) és a hatékonyságot³¹ (efficiency). (Wimmer, 2000; Dolgos, 2000; Neely et al. 2004; Sajtos, 2004; Anthony – Govindarajan, 2009)

Álljon itt ennek illusztrálására egy idézet Neelytől és szerzőtársaitól (2004, p.11):

„A szervezetek úgy érik el kitűzött céljaikat – azaz úgy teljesítenek –, hogy versenytársaiknál hatékonyabban és eredményesebben elégítik ki saját és érintettjeik igényeit és elvárásait. [...] Az eredményesség (effectiveness) az érintettek által támasztott követelmények teljesülésének mértékét jelzi, míg a hatékonyság (efficiency) azt mutatja, hogy a vállalat erőforrásait milyen gazdaságosan használták fel az érintettek adott elégedettségi szintjének eléréséhez.”

Ebben a definícióban a teljesítmény dimenzióit viszonylag tágan fogalmazták meg a szerzők – a korábbi, csak a vevőkre utaló definíciójukhoz képest (ld. Neely et al. 1995) – abban a tekintetben, hogy kiknek az elvárásait, igényeit elégítik ki.

A *minőség* fogalmának meghatározására számos kísérlet történt már a minőségügy fejlődése során az üzleti szférában, azonban egységes, egyetemlegesen elfogadott definíció ma sem létezik (Becser, 2007). Hiszen többféle megközelítés³² lehetséges, illetve a minőség fogalma folyamatosan változik, bővül. A minőségügy jelentős gondolkodóinak (például Crosby, Juran, Ishikawa, Shiba) megfogalmazása alapján a minőség következő szintjeit szokták megemlíteni (Varga, 1998; Balogh, 1999; Topár, 2005; Erdei et al. 2010):

- az előírásoknak, szabványoknak való megfelelés,
- a használatra, felhasználásra való alkalmasság,
- a vevők kinyilvánított igényeinek való megfelelés,
- a vevők látens, ki nem mondott igényeinek való megfelelés,
- a társadalmi elvárásoknak való megfelelés.

A minőség fogalma azonban nem csak aszerint bővült, hogy milyen szintű elvárásoknak, igényeknek való megfelelésről van szó, hanem abban a tekintetben is, hogy minek a minőségéről van szó. (Balogh, 1999) Egyre átfogóbban értelmezik a minőséget az egész szervezetre, annak környezetére, az infrastruktúrára, sőt az egész társadalomra. (Parányi, 2006) A minőség értelmezése változott abban is, hogy „A jó minőség drága szemléletet a gazdaságos minőség szemlélete váltotta fel, azaz mára természetes piaci elvárás az *elsőre jót s jól*.” (Erdi et al. 2010)

A *teljesítmény* és *minőség* fogalmának fejlődése az üzleti szférában több hasonlóságot is mutat: Mind a két fogalomnál bővült az érintettek köre, amelyek követeléseinek, igényeinek kielégítéséhez kapcsolódik. Szintén bővült az értelmezési szintek köre: ma már mindkét fogalmat értelmezik például szervezeti szinten vagy a folyamatok szintjén. A két fogalom egymásba fonódik, amikor különböző szinten értelmezzük őket: például egy termék vagy szolgáltatás minősége a vállalati teljesítmény működési szintjének jellemzői között szerepel (Wimmer, 2001), míg például a folyamatok teljesítménye

³¹ Itt a szűkebb értelemben vett hatékonyságra (gazdaságosságra) gondolok. A hatékonyság tágabb és szűkebb értelmezését ld. Wimmer (2010) tanulmányában. Disszertáciomban az angol efficiency fordításaként a hatékonyság szót fogom használni a gazdaságosság (szűkebb értelemben vett hatékonyság) helyett, mivel a magyar közszolgálati menedzsment, egészségügyi gazdaságtan és menedzsment szakirodalomban ez a szóhasználat terjedt el (ld. Kiss – Révész, 2007; Evetovits – Gaál, 2005; Evetovits – Gaál, 2002; Belicza – Zékány, 1998).

³² Ld. például Garvin (1988) alapján a minőség öt különböző megközelítésmódját (tapasztalás-alapú, termékalapú, előállítás-alapú, fogyasztó-alapú, értékalapú). (idézi Becser, 2007; Topár 2005)

megtalálható a vállalati kiválóság – amely a szervezeti szintű minőség megfelelője (Demeter, 2010) – egyik dimenzióján belül (ld. EFQM modell).

A minőség esetében az a szemléletváltás, hogy a minőség és költségek között nem egyszerű trade-off (átváltás) van, hanem a minőség fejlesztésével egyben költségcsökkentés is elérhető (például a pazarlások kiküszöbölésével), oda vezet, hogy a minőség és a hatékonyság nem egymásnak ellentmondó fogalom. Ezzel a lépéssel a minőség fogalma a teljesítmény hatékonyság dimenziójával kerül összhangba, miközben az eredményesség dimenzió eddig sem állt messze a minőség fogalmától.

2.2.3.2. *Teljesítmény és minőség értelmezések a közszolgálati szférában*

A közszolgálati *teljesítmény*-értelmezésekre is igaz, hogy nem egy következetesen használt, egyértelmű fogalomról van szó. Bovaird (1996, p.147, idézi Bouckaert – Halligan, 2008) szerint például a teljesítmény „nem egy egységes fogalom, egyértelmű jelentéssel. Hanem inkább úgy kell tekinteni, mint teljesítésekről szóló információk halmazát, amelyek a különböző érintettek számára eltérő jelentőséggel bírnak.” Bouckaert és Halligan (2008) értelmezése szerint a teljesítmény fogalmának van kiterjedtsége és mélysége. A teljesítmény kiterjedtsége a teljesítmény különböző dimenzióit foglalja magában attól függően, hogy szervezeten belül értelmezzük a teljesítményt vagy a szervezet határain már átnyúlva az eredményesség, költséghatékonyság dimenziókat is magában foglalja. A teljesítmény mélysége pedig a mikro (közszolgálati szervezetek), mezo (szolgáltatási/ellátási lánc vagy szakmapolitika) és makro (kormányzat) szinteket jelenti. (Bouckaert – Halligan, 2008)

A *minőség* fogalmának értelmezése a közszolgálati szektorban is folyamatosan változik, és nincs egységesen elfogadott definíciója. Az idők folyamán többféle nézőpontból értelmezték már (pl. konformitás, rendszer nézőpont, stratégiai menedzsment nézőpont, pszichológiai megközelítés). A közszolgálati szektorban fontos kérdés, hogy kinek a szempontjából nézzük a minőséget, ahány különböző érintett annyiféle különböző elvárási és észlelési szint lehet. Vannak olyan közszolgáltatások, amelyek minősége nagyjából egyéni szinten megtapasztalható, az összetettebb szolgáltatások esetében azonban egyben társadalmi szintű is ez a tapasztalás. (Bovaird – Löffler, 2009) A közszolgálati szférában is megjelent a minőség értelmezésében az a szemléletváltozás, amely a korábbi egymással szembenálló célokhoz képest ma már a minőséget és a termelékenységet (productivity) egymást támogató, kiegészítő fogalmaknak tekinti (Aristigueta, 2008).

A *teljesítmény* és *minőség* közszolgálati szférában való értelmezését szolgáló modellek (Bouckaert, 1995; Bouckaert et al. 1997; Hatry, 1999; Bouckaert, 2002; Bouckaert – Halligan, 2008; Bouckaert – Van Dooren, 2009) segíthetik a tisztánlátást, azonban a gyakorlatban az a tapasztalat, hogy a két fogalom használata keveredik. Mind a minőség, mind a teljesítmény közszolgálati értelmezése is többféle és egyre magasabb szinten lehetséges: szervezeten belül, szervezeti szinten, társadalom szintjén. Mindkét fogalom értelmezését ugyanarra az alapmodellre (input-output modell, Bouckaert et al. 1997) fűzik fel a szerzők, és a legmagasabb szinten a teljesítmény és a minőség fogalmához is ugyanaz a végső cél, a bizalom kapcsolódik.

A közszolgálati szervezetekben az egyes üzleti szférában alkalmazott módszerek terjedésével a minőség és teljesítmény fogalmak egyszerre, egymás mellett jelennek meg (pl. mutatószám-rendszerekben,

átfogó teljesítménymérési vagy minőségmenedzsment modellekben) (Aristigueta, 2008) és ez a két fogalom összemosódásához, kevert használatához vezet a gyakorlatban³³.

2.2.3.3. *Teljesítmény és minőség értelmezések a magyar egészségügyi szektorban*

A magyar egészségügyi szakirodalomban a *teljesítmény* fogalma ritkán jelenik meg az üzleti szférában jellemző tág értelemben³⁴. Ennek oka, hogy a teljesítmény szót a magyar egészségügyi rendszerben az 1993-ban bevezetett finanszírozási módszerek jelzőjeként használják. Az ún. teljesítményfinanszírozás a fekvőbeteg-szakellátás esetén a HBCs-k (Homogén Betegség Csoportok) alapján történő kifizetéseket, míg a járóbeteg-szakellátás esetén a pontrendszer szerinti térítést jelenti.³⁵ Valójában ez a teljesítmény fogalom közelebb áll a volumen kifejezéshez, hiszen ezen rendszerek az előállított szolgáltatásokat (outputot) mérik (Belicza – Evetovits, 2010), azaz az ellátás típusa és mennyisége (illetve a HBCs esetén még a betegség típusa) alapján finanszíroz az Országos Egészségbiztosítási Pénztár. A teljesítményfinanszírozás alkalmazása során nem vizsgálják, hogy az egyes ellátásokat mennyire eredményesen vagy hatékonyan nyújtotta az adott szolgáltató.³⁶ A teljesítmény szó finanszírozási rendszerhez kapcsolódó használata a gyakorlatban annyira elterjedt, hogy ez az empirikus kutatásom során mindenképpen figyelembe veendő.

Az üzleti és közszolgálati szakirodalomban elterjedt teljesítmény fogalom dimenziói azonban a hazai egészségügyi gazdasági szakirodalomban is hasonló – igaz az egészségügyre vonatkozó, szűkebb – értelmezésben szerepelnek. Evetovits és Gaál (2005, p. 110.) az egészség-gazdaságtani alapok lefektetésénél a következő szóhasználatot javasolja (a fordítási dilemmákat is figyelembe véve):

- „efficacy = hatásosság (ideális körülmények között elérhető egészségnyereség)³⁷,”
- effectiveness = eredményesség (a mindennapos gyakorlatban elért egészségnyereség),
- efficiency = hatékonyság (ráfordítás és kibocsátás/eredmény összevetése)”.

Az üzleti szakirodalomban elterjedt két fő teljesítménydimenzió mellett itt a hatásosság (efficacy) fogalma is felsorolásra került, amely gyakran megjelenik az egészségügyi szakirodalomban (pl. a klinikailag ellenőrzött körülmények között végzett kutatások esetében). A hatásosság az eredményességtől (effectiveness) annyiban különbözik, hogy a képességet méri, míg az utóbbi a valós körülmények közötti hatást.

Bár az előbbi, főként egészség-gazdaságtan területéről származó definíciók elsősorban az egészségügyi eljárások (technológiák) gazdasági elemzése céljából fogalmazódtak meg, de összhangban állnak az üzleti illetve közsférabeli szervezeti szintű teljesítmény definíciókkal. A fontos eltérés az, hogy ezek a

³³ Erre példa az OECD 1996-os jelentése, amelyben „szolgáltatásminőség kezdeményezéseknek” nevezik Aristigueta (2008) szerint a teljesítménymérési mozgalom megjelenését.

³⁴ Tágabb értelemben ld. Belicza – Evetovits (2010) „pay for performance” fordítási dilemmáit, illetve még Kiss – Révész (2005) és Kovácsy – Kiss (2009).

³⁵ A finanszírozási módszerekről részletesebben még az 5.2. alfejezetben írok.

³⁶ Bár a finanszírozási rendszer kialakításakor és az ún. befogadás politika során figyelembe veszik az egyes új technológiák eredményességére és hatékonyságára vonatkozó egészség-gazdaságtani elemzéseket. Azonban miután az egyes technológiák, eljárások már bekerültek a finanszírozási rendszerbe nem vizsgálják, hogy a gyakorlatban az adott szolgáltató mennyire eredményesen és hatékonyan alkalmazta. Mindazonáltal a korábbi finanszírozási módszerhez képest, amikor az előző év alapján határozták meg a költségvetést, a teljesítmény-finanszírozás mindenképpen elmozdulást jelent egy hatékonyabb ellátás irányába, legalábbis a technikai hatékonyság szempontjából (az allokatív hatékonyság és a minőség javítására azonban nem ösztönöz). (ld. még az 5. fejezetben 5.2.3. alpontot)

³⁷ Egészségnyereség: „az egészségügyi ellátás igénybevételéből származó egészségi állapot javulás” (Evetovits – Gaál, 2005, p. 101.). Azaz az egészségnyereség valójában az eredmény (outcome) egészségügyre specifikus megfogalmazása.

definíciók egészségügyre specifikusak, így például az eredményességet szűken, az egészségi állapot javulásával azonosítják. A szervezeti, kórház-szintű teljesítmény értelmezése ehhez képest lehet tágabb, hiszen valószínű, hogy az egészségi állapot javulásán kívül a kórháznak célja a páciensek elégedettsége (amelyet az egészségi állapot javulásán kívül más tényezők is befolyásolhatnak).

A hazai egészségügyes szakirodalomban a *minőség* tág értelmezése jellemző, különösen amikor a minőség dimenzióit, komponenseit veszik sorra a szerzők.

Az egészségügyi minőségértelmezésre az egyik legnagyobb hatást Donabedian (1966) munkája gyakorolta (Belicza – Zékány, 1998; Orosz, 2001), amelyben a minőség fogalmát az egészségügyi ellátás struktúrájára, folyamatára és eredményére vonatkozóan értelmezte. A struktúra magában foglalja a gazdasági feltételeket, a menedzsmentet, a tárgyi feltételeket (pl. épület, eszközök), a személyzetet (és annak képzettségét, tapasztalatát) és a különböző szabályozási rendszereket (pl. minőségirányítási rendszerek). A folyamatok az egészségügyi ellátás folyamatait (az azokról való döntést és a végrehajtást) és a kapcsolódó folyamatokat is (pl. beteggel való kommunikáció) tartalmazza. Az eredmény a beteg egészségi állapotában bekövetkező változást jelenti és a beteg elégedettségét, magatartásában bekövetkező változást is magában foglalja. (Belicza – Zékány, 1998; Orosz, 2001)

A minőség értelmezhető Belicza – Evetovits (2010) alapján a struktúrára, szakmai és szervezeti folyamatokra, szakmai eredményre, betegélelérésre, betegelégedettségre. (Ez összhangban van Bouckaert (1995) közszolgálati minőségértelmezésével.)

Az Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központ (EMIKK) 1994-es definíciója szerint „az egészségügyben a minőség értelmezhető a célelérés fokaként” (Belicza – Zékány, 1998, p.26.). Az 1995-ben a hazai szakemberek széleskörű konszenzusán alapuló meghatározás pedig így hangzott: „Az egészségügyi szolgáltatás minősége olyan értékítélet, mely az egészség megőrzésében, helyreállításában és fenntartásában résztvevők által kinyilvánított, elvárható igények megvalósulásának mértékét fejezi ki.” (Belicza – Zékány, 1998, p.26.)

Az egészségügyi minőség dimenzióinak/komponenseinek felsorolásakor a következők a legjellemzőbbek: eredményesség (effectiveness), hatásosság (efficacy), hatékonyság (efficiency), megfelelőség (appropriateness), időszerűség (timeliness), folyamatosság (continuity), biztonság (safety), hozzáférés (accessibility), betegelégedettség (patient satisfaction). (Joint Commission, 1990; Gulácsi, 2000; Gödény et al. 2009; Belicza et al. 2010; Belicza – Evetovits, 2010) Az eredményesség (effectiveness), hatásosság (efficacy), hatékonyság (efficiency) fogalmak meghatározása Belicza – Zékány (1998) alapján összhangban vannak az előző szakaszban ismertetett egészség-gazdaságtani értelmezésekkel.³⁸ Belicza és Zékány (1998) hangsúlyozza, hogy a minőség egyes értelmezési szintjein (pl. rendszer, szervezet, egy beteg ellátása) eltérő az egyes dimenziók súlya (a rendszerszintű minőségértelmezéshez további minőségkomponensként adják meg például a méltányosságot).

A minőség egészségügyi szektorbeli tág értelmezése nem hazai sajátosság (ld. például Øvretveit, 1999; Leebov definícióját idézi Belicza – Zékány, 1998). A hatékonyság a legtöbb egészségügyes minőségdefinícióban megjelenik alkotóelemként, a minőség részének tekintik (Gödény, 2007; Jenei, 2010).

³⁸ Gulácsi (2000) bár az egyes fogalmakra ezektől eltérő fordítást alkalmaz (zárójelben megadja az angol megfelelőket), de tartalmát tekintve szintén hasonlóan definiálja.

Az egészségügyben a minőség értelmezése az érintettek széles köre miatt nagyon sokféle nézőpontból lehetséges: Belicza – Zékány (1998) kiemeli a betegek, egészségügyi szakemberek és menedzsment szempontjából a minőség eltérő értelmezési lehetőségét. Topár (2008) fontosnak tartja az érintettek széles körének (betegek, tulajdonosok, finanszírozó, egészségpolitika, országos és helyi politika, menedzsment, munkatársak) igényeit, elvárásait és céljait figyelembe venni.

A hazai egészségügyi gyakorlatban a *teljesítmény* és *minőség* fogalmak értelmezése eltér, illetve tágabb az üzleti és közszolgálati szférához képest: A teljesítmény szó a magyar egészségügyben szervezeti szinten az üzleti szférához hasonló tág értelemben nem használatos (általában a finanszírozási módszer jelzőjeként használják). A minőség értelmezése pedig olyannyira tág, hogy magában foglalja az üzleti szféra szervezeti teljesítmény értelmezésének minden dimenzióját. Ezen értelmezésbeli eltérések figyelembe vételével definiáltam a külső kórházi értékelési módszereket a 4.1. alfejezetben, illetve alkalmaztam a fogalmakat az empirikus kutatás során.

A 2. fejezetben a külső kórházi értékelési módszerek mögötti elméleteknek, azaz az értékelésnek, a minőségmenedzsmentnek és a teljesítménymenedzsmentnek a kutatásom szempontjából releváns vonatkozásait emeltem ki, amelyekre disszertációm későbbi fejezeteiben az értékelési módszerek definiálását (ld. 4.1. alfejezetet) és jellemzését, osztályozását (ld. 4.2 alfejezetet) alapozom.

A következő, 3. fejezetben a kórházat és a környezetét jellemző elméleteknek, azaz az egészségügyi szektor sajátosságainak és a szakértői bürokráciának a témám szempontjából lényeges megállapításait foglalom össze.

3. Elméleti háttér: az egészségügyi és a kórházi sajátosságok

Ebben a fejezetben a kutatásom fókuszában álló kórház környezetének sajátosságait és szervezeti jellemzőit, azaz a kutatási téma kontextusát mutatom be. Először az egészségügyi szektor sajátosságainak témám szempontjából fontos következményeit tárgyalom, majd bemutatom az egészségügyi rendszer szereplőit, a kórház külső érintettjeit, végül a kórházat mint szakértői bürokráciát jellemzem. A PhD kutatásom elméleti háttérét a 2. fejezetben tárgyalt értékelés, minőségmenedzsment és teljesítménymenedzsment mellett az ebben a fejezetben ismertetett egészségügyi szektor sajátosságok és a szakértői bürokrácia adja. Ezen elméletek kutatásom szempontjából fontos vonatkozásainak ismerete lehetővé teszi, hogy a kórházon belüli szereplők érdekeit és hatalmi viszonyait jobban megismerjük, észleléseiket és reakcióikat jobban megértsük.

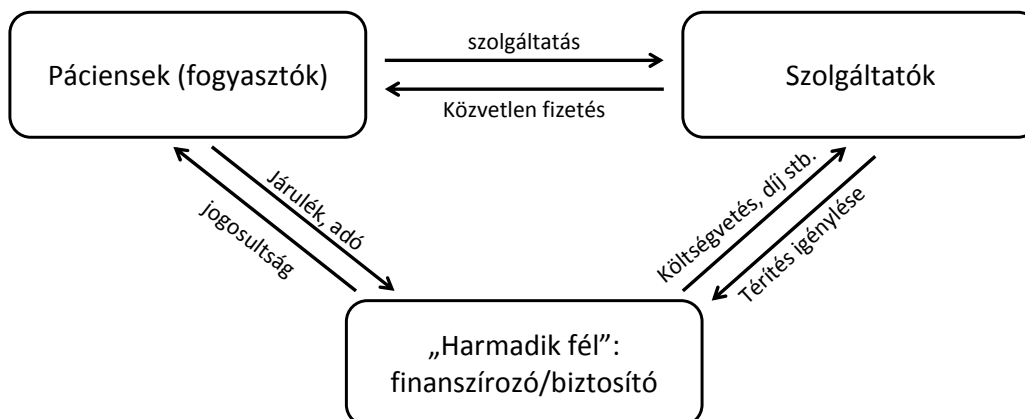
3.1. *Az egészségügyi szektor sajátosságainak következményei*

Azon közgazdászok véleményét osztom, akik szerint az egészségügyi szektor sajátosságainak figyelembe vétele szükséges a szektornak és az egészségügyi szereplők helyzetének vizsgálatakor, és nem hagyhatjuk ezeket figyelmen kívül azért, mert más ágazatokban is előfordulnak. Az egészségügyi szektor jellegzetességei a következők Kornai – Eggleston (2004) megfogalmazásában: az egészség értéke, az egyenlő hozzáférés normája, bizonytalanság és biztonság iránti kereslet, aszimmetrikus információ, szelekció (káros szelekció, kockázati szelekció), erkölcsi kockázat, monopolhelyzet és céhszerű szerveződés, a beteg kiszolgáltatottsága, a költségek emelkedése. „Az egészségügy különlegessége abban áll, hogy egyszerre van jelen mindegyik sajátosság, ráadásul néhány rendkívül intenzíven érvényesül.” (Kornai – Eggleston, 2004 p.43.)

Disszertációmnak nem célja az egészségügyi szektor sajátosságainak ismertetése, ezeket részletesen bemutatják az egészségügyi közgazdaságtani szakkönyvek, például Donaldson – Gerard (1992), Folland et al. (2007) és magyar szerzők áttekintései is, például Orosz (2001), Kornai – Eggleston (2004), Brandtmüller – Lepp-Gazdag (2005), Lepp-Gazdag (2005). Témám szempontjából a legfontosabb következményekre azonban felhívom a figyelmet: az egészségügyi szektor háromszereplős (azaz nem a kétszereplős, vevő-eladó felállás jellemzi), az információs aszimmetria több szereplőpáros (pl. páciens-szolgáltató, biztosított-biztosító) között is intenzíven jelentkezik, amelynek számos következménye van. Ezeket a következő bekezdésekben részletesebben kifejtem.

A piaci modell kétszereplős, vevő-eladó felállásának módosulása alapvetően az egyén egészségügyi ellátás iránti keresletének bizonytalanságából fakad. Számos egészségügyi ellátás esetében nehezen megjósolható mikor, milyen mértékben lesz arra szükség. Ennek következtében lépett be a piacra a harmadik szereplő, a biztosító/finanszírozó. Ezzel a lépéssel a vevő szerepeit, azaz a fogyasztó/igénybevevő és a finanszírozó szerepeket két külön entitás tölti be. (ld. 3. ábra)

3. ábra: A szolgáltatók, a páciensek és a finanszírozók kapcsolatrendszere



Forrás: Orosz (1992), 2.2. ábra, p. 63.

Témám szempontjából ennek a felállásnak azért van jelentősége, mert itt nem tud érvényesülni a tökéletesen versenyző piac önszabályozó mechanizmusa. Így az egészségügyben többek között a biztosítási piac kudarcai (pl. erkölcsi kockázat, szelekció) miatt szükség van az állami szerepvállalásra³⁹, a bürokratikus koordinációs mechanizmusra, azaz olyan szabályozásokra, amelyek megpróbálják közvetíteni azokat az igényeket, amelyeket a rendszer szereplői (pl. páciens, biztosító, szolgáltató) elvárnak egymástól, de a piaci kudarcok miatt nem képesek közvetíteni egymásnak és kikényszeríteni teljesítésüket. Ilyen piaci kudarc az egészségügyi szektorban az információs aszimmetria is.

Az *információs aszimmetria* az egészségügyben jelen van a páciens és szolgáltató (pl. orvos) között, de biztosító és biztosított, illetve a biztosító és a szolgáltató között is. A beteg⁴⁰ általában kevesebbet tud a tranzakció tárgyáról, arról hogy mikor milyen egészségügyi ellátásra van szüksége, mint az orvos/szolgáltató. A beteg biztosított szerepében viszont többet tudhat saját állapotáról (jelenlegi és jövőbeni betegségeiről), mint a biztosító. A szolgáltató pedig több információval bír az ellátás hasznáról és költségeiről, mint a biztosító/finanszírozó. Az információs aszimmetria számos további következménnyel jár: a szolgáltató ügynök szerepe, a páciens kiszolgáltatottsága, erkölcsi kockázat, szolgáltató indukálta kereslet.

Mivel a páciens nem rendelkezik elegendő információval arról, hogy mikor és milyen ellátásra van szüksége, ezért az orvos (szolgáltató) vállalja át tőle az azok közötti választást (*az orvos ügynök szerepe*). Azaz a kínálati oldalon álló szolgáltatónak befolyása van a keresleti oldalra is. A megbízó-ügynök probléma lép fel, hiszen a páciensnek nincsen elegendő információja, és mivel a legtöbb egészségügyi szolgáltatás esetén nem a páciens fizet közvetlenül az ellátásért, így kevés eszköz van a kezében arra, hogy kontrollálja a döntést. A *páciens kiszolgáltatott helyzetben* van. Természetesen az orvost, a szolgáltatót a saját lelkiismerete és az etikai normák a beteg érdekeinek képviselőjére készítetik. Mindazonáltal előfordulhat, hogy ha a szolgáltatóra olyan ösztönzők (pl. finanszírozási technikák, mint a szolgáltatásonkénti díjtételek) hatnak, akkor több ellátást nyújt a szükségesnél. Ez a jelenség a

³⁹ Természetesen az állami beavatkozás sem old meg minden problémát, hiszen léteznek kormányzati kudarcok is (ld. például Orosz, 2001).

⁴⁰ A beteg és páciens szavakat szinonimaként használom disszertáciomban.

szolgáltató indukálta kereslet. Azonban a biztosítási piac jellegéből következően a páciens is érdekelt lehet a drágább, több ellátás igénybevételében, hiszen nem érzi közvetlenül az ellátás költségeit. Ezt az „érzékletlenséget” nevezték el *erkölcsi kockázatnak*, amely tehát jelentkezhet az orvos/szolgáltató oldalán (szolgáltató indukálta kereslet) és a páciens oldalán az utóbbi esetben.

Vajon mi a jelentősége ezeknek a röviden tárgyalt egészségügyi rendszer sajátosságoknak a kutatási témám szempontjából? A fenti jelenségek oda vezetnek, hogy kényszerítő erőkre, szabályozásokra és ösztönzőkre van szükségük az egyes szereplőknek, hogy a társadalmi és egyéni elvárásoknak megfelelően cselekedjenek. Amíg a piaci modell esetében a fogyasztó, a fizetőképes kereslet kikényszeríti az igényeinek megfelelő szolgáltatást, addig az egészségügyi szektorban ez nem megy önszabályozó módon. Ezért a kutatásom középpontjában álló kórházat számos ilyen „kényszerítő” hatás éri, egyrészt az állam részéről a szabályozások, a hatósági ellenőrzések, másrészt a biztosító/finanszírozó részéről a különböző finanszírozási technikák, ellenőrzések és a további külső érintettek (pl. a betegeket képviselő szervezetek) is próbálják a maguk módján közvetíteni elvárásaikat.⁴¹ A kutatásom fókuszában álló külső kórházi értékelési módszerek valójában eszközök a külső érintettek kezében elvárásaik közvetítésére⁴², illetve az önként vállalható külső értékelés (mint például ISO tanúsítás, EFQM modell alapján értékelés) lehet a kórházi menedzsment kommunikációs eszköze az érintettek felé, de elképzelhető, hogy szintén a külső elvárásoknak való megfelelés miatt alkalmazzák. Tehát a külső kórházi értékelési rendszerek bevezetésének számos célja lehet. Ezek tárgyalása azonban már átvezet bennünket a külső értékelési módszerek mélyebb vizsgálatához, amelyre a 4. fejezetben térek ki.

Mielőtt továbblépnék a külső értékelési rendszerek tárgyalására, bemutatom a következő alfejezetben, hogy melyek az egészségügyi rendszer szereplői, akik egyben a kórház érintettjei is, majd a kórházat mint szakértői bürokráciát jellemzem.

3.2. Az egészségügyi rendszer szereplői: a kórház érintettjei

Az egészségügyi rendszer szereplőinek egy lehetséges csoportosítása (Orosz, 2001 alapján):

- páciensek/fogyasztók (akik egyben járulék- és adófizetők is),
- szolgáltatók (egyéni és intézményi szolgáltatók, ez utóbbiakba beleértve azok tulajdonosait és menedzsmentjét is),
- finanszírozók (magánbiztosítók, kötelező biztosító(k), állami egészségügyi hatóság),
- az egészségügyi oktatást és kutatás-fejlesztést végző intézmények,
- központi és helyi kormányzat,
- egészségügyi dolgozók szakmai és érdekvédelmi szervezetei (kamarák, szakszervezetek stb.),
- civil szerveződések (egészségvédő mozgalmak, betegjogi szervezetek stb.),

⁴¹ Természetesen a kórházak esetében sem csak a bürokratikus koordinációs mechanizmusok működnek, hanem bizonyos esetekben beszélhetünk a szolgáltatók közötti versenyhez közeli helyzetről (pl. kvázi piac estét ld. Orosz, 2001), illetve a kórházban dolgozók belső motivációi és az etikai normáknak való megfelelés is lehet egyfajta koordináló erő.

⁴² Ugyanúgy eszközök mint a biztosítók/finanszírozók kezében a különböző finanszírozási technikák, sőt a külső értékelési rendszerek össze is kapcsolódhatnak a finanszírozási ösztönzőkkel (ld. még 4. fejezetben).

- az egészségügyi eszközöket, berendezéseket és gyógyszereket előállító beszállítók⁴³.

Ezen egészségügyi szereplőket figyelembe véve a kórház szemszögéből nézve a következő **érintettek** igényeinek és elvárásainak a kielégítését vizsgálhatják a kórházi értékelési módszer segítségével: a kórház páciensei (múltbeli, jelenlegi és potenciális, azaz a lakosság), a páciensek rokonai és hozzátartozói, a betegeket képviselő érdekvédelmi szervezetek, a pácienseket beutaló orvosok (pl. háziorvos), a finanszírozók, a hatóságok (pl. minisztérium, felügyeleti hatóság), az önkormányzatok, az egészségügyi ellátásban partner más szolgáltató szervezetek (pl. önállóan működő járóbeteg szakrendelő), mentőszolgálat, betegszállítók, az egészségügyi oktatást és kutatás-fejlesztést végző intézmények, a szakmai és érdekvédelmi szervezetek, civil szervezetek, beszállítók és a belső érintettek is, így a tulajdonosok, menedzserek és alkalmazottak. A kórház érintettjeinek igényei és elvárásai azért különösen fontosak disszertációm szempontjából, mert a külső kórházi értékelési módszerek ezen igények és elvárások kielégítésének mértékét értékelik (ld. a definíciót a 4.1. alfejezetben).

A külső kórházi értékelési rendszerek megjelenése, terjedése és „elhalása” szempontjából meghatározóak az egészségügy szereplőinek érdekeken, értékeken, nézeteken alapuló döntései. Ahogyan Orosz (2001) is hangsúlyozza az egészségügy reformfolyamatainak, a történéseknek a megértéséhez elengedhetetlen a szereplők helyzetének és törekvéseinek elemzése. Orosz szerint a szereplők helyzetét befolyásolja a hatalomból való részesedésük, a rendelkezésükre álló források és eszközök; törekvéseik elemzésekor fontos megkülönböztetni a kinyilvánított céljaikat és a tényleges cselekvést, a kettő közötti eltérést magyarázó folyamatokat. Ezek a gondolatok disszertációm témája szempontjából is kulcsfontosságúak.

3.3. A kórház mint szakértői bürokrácia

PhD kutatásomban a kórházon belüli folyamatok és szereplők magatartásának megértésére fókuszálok, ezért ebben az alfejezetben bemutatom a kórháznak mint szervezetnek a sajátosságait.

A kórház mint szervezet működését a szakirodalom (Mintzberg, 1980; Mintzberg, 1991; Lozeau et al. 2002; Bertrand – de Vries, 2005) többek között a komplex feladatellátással és a szakértők dominanciájával jellemzi. A szakértők (professionals) alatt olyan szervezeti szereplőket értünk, akik munkája komplex és az ahhoz szükséges szakértelem elsajátításához éveken keresztül képzik őket a megfelelő egyetemen vagy intézetben, és azt követően is a szakmai szervezetek által meghatározott követelmények szerinti továbbképzéseken vesznek részt. (Mintzberg, 1991) A szakértők azonban nem csak elsajátítják a szakma ismereteit és szabályait, hanem annak alakításához is ragaszkodnak (Kováts, 2012), és döntenek arról is, hogy ki gyakorolhatja a szakértői hivatást, pl. a kötelező kamarai tagság révén. (Kornai – Eggleston, 2004) A kórházakban ilyen szakértők az orvosok. A kórházakon kívül még más szervezetekre is jellemző a komplex feladatvégzés, amelyhez különböző szakértőkre van szükség, ilyen szervezetek például az egyetemek, a könyvvizsgáló cégek, a tanácsadó cégek, az építész és az ügyvédi irodák is. Ezen szervezeteknek vannak közös jellemzőik, amelyek miatt egy közös „kalapba”, a

⁴³ A beszállítókat Orosz (2001) megemlíti, de nem sorolja az egészségügyi rendszer szereplői közé. Én azért vettem fel a szereplők közé, mert a vizsgálódásom középpontjában álló kórházaknak fontos érintettjei.

szakértői szervezetek kategóriájába sorolják őket.⁴⁴ A szakértői szervezet jellemzőit Mintzberg (1991) alapján mutatom be ebben az alfejezetben.

Mintzberg (1991) hét szervezeti formát különböztet meg, ezek a vállalkozói szervezet, a gépszervezet, a változatos (diversified) szervezet, a szakértői szervezet, az innovatív szervezet (adhokrácia), a küldetésorientált szervezet és a politikai szervezet.⁴⁵ Mintzberg hangsúlyozza, hogy az általa leírt szervezeti formák valójában ideáltípusok, leegyszerűsítések. A valóságban egyetlen szervezet sem teljesen olyan, mint ezek a modellek, vannak olyan szervezetek is, amelyek inkább ezek kombinációjához vagy éppen kettő közötti átmenethez hasonlítanak.

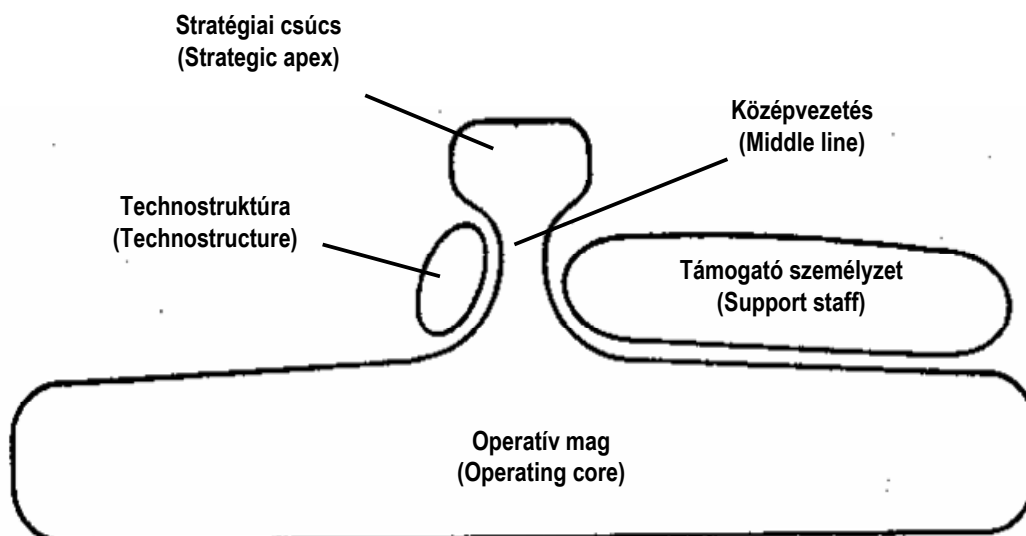
A szakértői szervezet másik elnevezése a szakértői bürokrácia, ami arra utal, hogy a környezetük viszonylag stabil abban az értelemben, hogy a szakértői munkához szükséges szakismeret, tudás lassabban változik – legalábbis az adhokráciákhoz (innovatív szervezetekhez) képest –, amely lehetővé teszi, hogy a szakismeret, a készségek standardizálása legyen a jellemző koordinációs mechanizmus. Mintzberg (1991) a szervezeten belüli feladatvégzésnek hat koordinációs mechanizmusát különbözteti meg: kölcsönös igazodás, közvetlen felügyelet, a munkafolyamat standardizálása, az output standardizálása, a szakismeretek standardizálása és a normák standardizálása. A szakismeret standardizálása jellemzően a szervezeten kívül zajlik, a szakértők – akik a szervezet operatív magját alkotják (ld. 4. ábra) – már inputként hozzák azt magukkal munkahelyükre. A koordinációt az teszi lehetővé, hogy az orvosok a képzés során internalizálják azt a tudást és normarendszert, hogy mit várnak el egymástól. A szakértők munkája viszonylag nehezen elsajátítható tudáson alapuló komplex folyamat, így a munkafolyamat standardizálása – amely a gépi bürokrációkban jellemző – kevésbé alkalmazható koordinációs mechanizmus. A szakértői munka outputja is nehezen mérhető, így ennek standardizálása is problémás a szakértői bürokrációkban. Ebből következően a szakismeret standardizációja tekinthető a domináns koordinációs mechanizmusnak ezekben a szervezetekben.

A szakértői szervezetek operatív működése a szakértőkre támaszkodik, akik ezért jelentős hatalomra tesznek szert számos döntés esetében, amely nem csak az operatív működést, hanem a stratégiai jellegű kérdéseket is jelenti (horizontálisan decentralizált a szervezet). A hatalom azonban nem csak maguk a szakértők, hanem az őket szelektáló és kiképző intézmények és szakmai szervezetek (pl. egyetemek, szakmai kollégiumok, kamara) számára is jelentős befolyást tesz lehetővé, hiszen valójában ezek gyakorolják a kontrollt a szakértők felett (ez részben a normának számító tananyag vagy irányelvek / protokollok meghatározásából és előírásából, részben pedig ezek kikényszerítéséből fakad). Ugyanakkor ez a kontroll csak általánosságban (a képzés során) vagy egy-egy esemény hatására érvényesül (pl. orvosi audit), a napi munkavégzést nem befolyásolja közvetlenül. Ebből adódóan a szakértői szervezeten belül a szakértők, azaz az orvosok autonómiája jelentős, ami azt jelenti, hogy a kollégáiktól viszonylag függetlenül dolgoznak, de az ügyfelekkel szoros kapcsolatban állnak (a kórházak esetében az orvos a beteggel).

⁴⁴ Szintén összetett szakértői munkát végeznek pl. a komplex kutatás, az űrhajózás, a petrokémia vagy éppen a filmgyártás területén működő szervezetek. Azonban ezen szervezetekre nem csak a komplex feladat, hanem a dinamikusabb környezet is jellemző, amely már nem teszi lehetővé a szakértői szervezet/bürokrácia keretei közötti működést. Így e tevékenységek jellemző szervezeti formája az adhokrácia vagy más néven az innovatív szervezet (ld. Mintzberg, 1991).

⁴⁵ Mintzberg (1980) eredetileg öt szervezeti formát különböztetett meg, amelyek a fentebb felsoroltak közül az első öt kategóriának felelnek meg: egyszerű szervezet, gépi bürokrácia, divizionális forma, szakmai bürokrácia és adhokrácia.

4. ábra: A szakértői bürokrácia



Forrás: Mintzberg (1991), 1. ábra, p. 332.

A 4. ábrán láthatjuk a Mintzberg által meghatározott öt szervezeti alkotóelemet a szakértői bürokrácia esetében. A szakértői szervezetben tehát az operatív mag a legjelentősebb. A szakértők függetlenségének köszönhetően a vezetői rétegek (a stratégiai csúcs és a középvezetés) mérete kicsi, míg az operatív mag viszonylag nagyra nőhet. Az operatív maghoz tartoznak az orvosokon kívül az ápolók és az egészségügyi szakemberek is, őket azonban dominálják az orvosok, akik meghatározzák a betegellátás módját (Lozeau et al. 2002). A technostruktúra, amely az elemzőket foglalja magában, ebben a szervezeti formában nem jelentős, hiszen az ő feladatuk a személyzet munkájának tervezése és ellenőrzése, azonban ebben az esetben ez a típusú kontroll (a munkafolyamat és output standardizálása) kevésbé működik. A drága szakértők munkájának támogatása érdekében ugyanakkor viszonylag nagy a támogató személyzet (pl. laboratórium, karbantartók, takarítók).

A fentebb összefoglalt jellemzők mellett vajon hogyan működik egy szakértői szervezet?

Mintzberg szerint az operatív szinten a szakértők „skatulyákat” (pigeonholes), standard programokat alkalmaznak ismert szituációk esetében. A szakértők a diagnózis felállításával párosítják a standard programokat a megfelelő szituációkhoz.⁴⁶ Az orvosok esetében ilyen standard programok például a szakmai irányelvek, amelyeket megpróbálnak alkalmazni, lefordítani ún. protokollok formájába a konkrét kórház működéséhez. A szakértők munkája azonban – a standardizált készségek és tudás ellenére – a tényezők számosságából adódó komplexitása miatt sok megfontolást, körültekintést igényel: a „beskatulyázás” nem triviális folyamat.

A decentralizált szervezeti formának köszönhetően a szakértők azonban nem csak a saját munkájuk felett rendelkeznek a szervezeten belül kontrollal, hanem kollektív kontrollal bírnak az olyan döntések felett is, amelyek érintik őket, például a kollégák felvétele vagy a források elosztása. Ezt részben azáltal érik el, hogy az irányítás (adminisztratív munka) egy részét maguk a szakértők végzik, másrészt a fontosabb, irányítási feladatokat ellátó posztokra szakértőket vagy a szakértők által támogatott embereket neveznek ki. Így egy demokratikusnak nevezhető struktúra alakul ki, mivel az adminisztratív

⁴⁶ A gépi bürokrációkban nincs szükség diagnózisra, mivel a standard programsorozatot egy inger indítja be. Míg az innovatív szervezetekben az egyedi problémákra kreatív megoldást kell a szakértőknek találniuk.

munka koordinációjához kölcsönös igazodásra van szükség, ideiglenes és állandó bizottságok működnek a szervezetben.

A támogató személyzet munkáját (betegfelvétel, étkeztetés, takarítás stb.) ezzel szemben a gépi bürokráciákra jellemző felülről irányított feladatvégzés jellemzi, esetükben jól alkalmazható a munkafolyamat standardizálása. Így a szakértői szervezetben egymás mellett párhuzamosan két hierarchia létezik: az egyik a szakértők demokratikus és bottom-up, a másik a támogató személyzet gépszerű és top-down hierarchiája.

A szakértői szervezetek vezetői bár nem tudják közvetlenül kontrollálni a szakértők munkáját, de számos olyan szerepük van, amely jelentős közvetett hatalmat jelent a számukra. Ezek a vezetők foglalkoznak a szervezetben jelentkező zavarok, a szakértők közötti konfliktusok kezelésével; illetve közvetítenek a szervezet határán a belső szakértők és a szervezetet befolyásolni akaró külső érintettek (pl. kormányzat, finanszírozók, beteget képviselő szervezetek stb.) között. Az a helyzet, hogy a szervezetet támogató külső érintettek sokszor a vezetőktől a szakértők feletti kontrollt, a szakértők pedig az autonómiájuk biztosítását várják el, oda vezet, hogy a vezetőknek ez a külső kiegyensúlyozó szerepük elsődleges fontosságúvá válik. A szakértői bürokráciában így a hatalom az olyan szakértők kezében összpontosul, akik hajlandók felvállalni az irányítási feladatokat és azt jól is végzik, azonban erejüket csak addig képesek megtartani, amíg a szakértők úgy vélik, hogy érdekeiket megfelelően képviselik.

Mintzberg szerint a szakértői bürokráciát jellemző demokrácia és autonómia a szakértőket jól motiválttá és a munkájuk iránt elkötelezetté teszi, ugyanakkor a szervezeti formára jellemző (koordinációs, döntéshozatali és innovációs) problémáknak is a forrása. A készségek és tudás standardizálása ugyanis nem old meg minden koordinációt igénylő helyzetet, így például a szakértők és a támogató személyzet közötti koordinációt, amikor is az utóbbiak abba a helyzetbe kerülhetnek, hogy egyszerre kapnak felülről jövő és a szakértőktől érkező utasításokat. Előfordul, hogy a készségek és tudás standardizálása nem terjed ki a szakértők közötti minden helyzetre, és ekkor konfliktus keletkezik. Egy másik probléma, hogy az operatív működés során a döntést általában a szakértőknek egymagukban kell meghozniuk, és ez csak addig működik jól, amíg a szakértők kompetensek és lelkiismeretesek, azaz figyelembe veszik az ügyfél és a szervezet érdekeit is. A harmadik problémakör az innováció, amely a szakértőktől kooperációt és kollektív cselekvést igényelne, azonban általában a szakértők húzódozása az együttműködéstől és a kollektív folyamatok bonyolultsága végül az innovációval szemben ellenállást eredményez. A szakértői szervezetektől, így a kórházaktól sem idegen azonban a változás, amely jellemzően alacsonyabb szinten van jelen: nemcsak a standard programok tartalma változik folyamatosan, hanem a kollektív döntések eredményeként újabb „skatulyák” keletkeznek, a meglévők pedig újra és újra átrendeződnek. Magasabb szinten ugyanakkor a szervezetet inkább a stabilitás jellemzi.

A szakértőkön kívüli szereplők az említett három probléma megoldására a legtöbbször a külső kontrollt javasolják. Mintzberg szerint azonban a szakértői munka komplexitása miatt sem a közvetlen felügyelet, sem a munkafolyamatok és outputok standardizálása nem működik. Az efféle kontroll típusok a szolgáltatás ellátásáért való felelősséget áthelyezik a szakértőktől a vezetőkhez és a technostruktúrához, amely lehetetlenné teszi az eredményes munkavégzést. Nem a kormányzat, az egészségügyi rendszer vagy a kórház látja el ugyanis a beteget, hanem az orvos. Ha ő nem ért a szakmájához, akkor nincs olyan terv vagy szabály, vagy utasítás, amely hozzáértővé teszi. (Mintzberg, 1991) Mintzberg szerint a szakértői szervezetek teljesítményének változtatásában igazán hatásos magának a szakértői rétegnek a

lassú változása lenne a kiválasztás révén és azáltal, hogy a szakismeret és a tudás mellett milyen normákat sajátítanak el és azt követően milyen továbbképzést kapnak.⁴⁷

Vajon a szakértői bürokrácia létezésének és működésének Mintzberg által meghatározott feltételei (komplex feladatvégzés és stabil környezet) megállják-e a helyüket minden esetben és a jövőben? Már ma is tapasztalható, hogy az orvosok kevésbé komplex tevékenységeit más egészségügyi szolgáltatók veszik át (pl. ápolók adnak be injekciót). Vajon a környezet stabilnak nevezhető-e? Mintzberg (1991) is megemlíti például, hogy az oktató-kutató kórházak környezete dinamikus, így itt kialakulhatnak más vagy módosult szervezeti formák is. Vajon a technológiai fejlődés milyen hatással lesz a kórház működésére és az orvosok tevékenységére? Ezekre a kihívásokra reagálva több szerző is (Mills et al. 1983; Quinn – Paquette, 1991; Lega – DePietro, 2005) másfajta szervezeti struktúrát javasol a szakértői szervezetekre, köztük a kórházakra. Az egészségügyi rendszer alapvető problémáinak megoldási lehetőségét látja Porter és Teisberg (2006) a páciens-érték alapú rendszer, gondolkodás bevezetésében az egészségügyi szolgáltatók, köztük a kórházak aktív szerepvállalásával (páciens-érték alapú stratégia). Míg ezek a modellek a kórházak átalakítására tesznek javaslatot, addig Mintzberg szakértői bürokráciája a jelenleg működő kórházakat próbálja modellezni, így disszertációm egyik elméleti háttereként az utóbbira építek.

3.4. *Eltérések a vizsgált elméletek előfeltevései között*

A 3. fejezetben azokat az elméleteket – az egészségügyi szektor sajátosságait és a szakértői bürokráciát – mutattam be, amelyek a kutatásom középpontjában álló kórház környezetét, működését és érintettjeinek érdekeit és viszonyait jellemzik. Ezen elméletek előfeltevései és a 2. fejezetben bemutatott, a külső kórházi értékelési módszerek mögötti elméletek – értékelés, minőségmenedzsment és teljesítménymenedzsment – előfeltevései között jelentős eltérések vannak. Ennek az eltérésnek a létezésére Lozeau és szerzőtársai (2002) már felhívták a figyelmet egy kutatásukban, amelyben azt vizsgálták, hogy a kanadai közszektorbeli kórházak hogyan adaptálták az üzleti szférából származó menedzsment módszereket, amelyek közül a minőségmenedzsment és a stratégiai tervezés módszerekre fókuszáltak.

Lozeau és szerzőtársai (2002) kompatibilitási résnek nevezték el a menedzsment módszerek mögötti elméletek feltételezései és a közszektorbeli kórházak szervezeti formájából, működéséből eredő sajátosságai közötti eltérést. A kompatibilitási rés elemzésének kutatási témám szempontjából releváns eredményeit az 1. táblázatban foglalom össze.

⁴⁷ Az orvos-képzés tartalmának újragondolását Porter és Teisberg (2006, pp. 221-225.) is fontosnak tartja. Hasonló gondolatokat fogalmaz meg Jenei (2009) is, amikor az orvosok képzési rendszerének a szervezeti kultúrára gyakorolt lehetséges hatását említi meg a magyarországi kórházi esettanulmányon alapuló kutatásának konklúziói között.

1. táblázat: A kompatibilitási rés az elméletben

	Az üzleti szférából származó menedzsment módszer mögötti elméleti feltételezései		A közszférában működő kórházakat jellemző sajátosságok
külső kapcsolatok		KOMPATIBILITÁSI RÉS	
– „piac”	A piaci koordinációs mechanizmusok működnek (pl. a fogyasztó képes érdekei érvényesítésére)		A keresleti oldalt több szereplő képviseli (páciens, finanszírozó), a páciens érdekérvényesítési képessége gyenge
– „intézményi”	szervezeti autonómia: a stratégia és a működés módja szabadon választható		intézményi korlátok: a kormányzat, a szakszervezetek és a szakmai csoportok korlátozzák a választást
belső kapcsolatok			
– leadership	a felsővezető domináns: képes a döntéseit keresztülvinni, az egész szervezetet befolyásolni		töredezett leadership: a stratégiai és működési folyamatokat a kulcs szakemberek (pl. orvosok) erősen befolyásolják
– belső hatalmi viszonyok	működnek a hierarchiában a top-down módszerek, illetve a feladatmegoldás a felhatalmazott csoportokban		széttöredezett tárgyalási rend: a stratégiai prioritások és a működés jellemzői is a szakemberek és a hierarchikus hatalmi viszonyok közötti interakció során helyben dőlnek el

Forrás: Lozeau et al. 2002 alapján

Az 1. táblázatban érzékeltetett kompatibilitási rés az elméletekre vonatkozik. A gyakorlatban a külső kórházi értékelési módszerek kidolgozóinak és alkalmazóinak feltételezései, amelyek befolyásolják az alkalmazott módszer jellemzőit, másrészt a kórházon belüli szereplők magatartása különbözhet a 3. fejezetben bemutatott elméletek feltételezéseitől. Az empirikus kutatásomban az értékelői oldal szereplőinek és a kórházon belüli szereplőknek feltételezéseit és magatartását vizsgálva tárom fel az értelmezéseikben rejlő eltéréseket.

Disszertációm előző két fejezetében PhD kutatásom elméleti háttérét mutattam be, amely megalapozza a külső kórházi értékelésekkel kapcsolatos vizsgálódást. A következő fejezetben a külső kórházi értékelési módszerek osztályozására teszek javaslatot, majd a szakirodalom alapján összegzem a módszerek hatásaival kapcsolatos eddigi kutatási eredményeket.

4. A külső kórházi értékelés osztályozása és hatása

Ebben a fejezetben előbb meghatározom, hogy mit is értek a külső kórházi értékelési módszerek alatt. A fejezet további részeiben a kórházi értékelések tipizálását és hatásait ismertetem. A kórházi értékelési módszerek hatásaival kapcsolatos kutatási eredmények összegzésekor nyilvánvalóvá vált, hogy az eddigi kutatási eredmények összevetéséhez, érvényességi körének meghatározásához és a további kutatások fókuszának megtalálásához egy a módszereket rendszerező modell szükséges. Ennek igénye több nemzetközi kutatást követően is felmerült. Így az eddigi osztályozási kísérletek és az értékelés szakterületén belül kialakított tipizálások figyelembe vételével javaslatot teszek a kórházi értékelések osztályozási keretrendszerére. A fejezet második felében a külső kórházi értékelési módszereknek a kórházi ellátásra, menedzsmentre és a szereplők magatartására gyakorolt hatásait vizsgáló nemzetközi kutatási eredményeket mutatom be.

4.1. A külső kórházi értékelési módszerek definiálása

A 2. fejezetben ismertettem, hogy az értékelés tevékenységet a kapcsolódó területeken – az értékelés szakterületén, illetve a minőségmenedzsmenten és a teljesítménymenedzsmenten belül – hogyan értelmezik. A 3. fejezetben pedig bemutattam a kórházak érintettjeit. Ezek ismeretében határozom meg a szervezeti értékelés PhD kutatásom esetében releváns értelmezését.

Disszertációmban a **szervezeti értékelésen** a következőt értem: **a szervezet teljesítményének és/vagy kiválóságának⁴⁸ valamilyen módszert alkalmazó vizsgálata, majd a vizsgálat eredményeinek összevetése a kimondott vagy kimondatlan elvárásokkal**. Az alkalmazott módszer lehet mérésen alapuló, vagy olyan módszer, amely nem számszerűsíti a megfigyeléseket, hanem szövegesen jellemzi a szervezetet.

PhD kutatásomban a kórházat mint szervezetet vizsgálom, így a külső kórházi értékelés is szervezeti értékelés, azaz az előbbi definíciónak megfelel.

Kutatásom során a **kórház fogalmát leszűkítem a közfinanszírozásban részesülő aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó magyarországi intézményekre**. Ez a megfogalmazás nem azt jelenti, hogy a kutatásomba bevont kórházak csak és kizárólag aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtanak, hanem hogy az aktív fekvőbeteg-szakellátást mindenféleképpen nyújtják és emellett még elképzelhető, hogy a krónikus fekvőbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás vagy más egyéb ellátástípus is a tevékenységi körükbe tartozik. Így az alkalmazott értékelési rendszerek sem kizárólag az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkoznak, hanem a kórházban lévő többi ellátást is érinthetik. Ezen kórházak számának alakulását mutatja a 2. táblázat 2000 és 2009 között, illetve 2012-ben.

⁴⁸ A szervezeti kiválóság alatt itt a szervezeti szinten értelmezett minőséget értem (ld. még 2.2.3.1. alpontot).

2. táblázat: Aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó kórházak száma

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2012
kórházak száma	137	137	137	136	135	133	132	131	105	107	93

Forrás: 2000-2009-ig Dózsa (2010) alapján, 2012-es adat OEP (2013) alapján

Fontos azt is meghatároznom, hogy az értékelési rendszer a kórháznak mint szervezetnek milyen jellemzőjét értékeli. A kutatásomnak azok a **kórházi értékelési módszerek** a tárgyai, amelyek **értékelik, hogy a kórház hogyan éri el a kitűzött célokat és ezáltal hogyan elégíti ki érintettjei igényeit és elvárásait**. Ez a definíció Neely et al. (2004) érintettek szempontjából tágabb teljesítmény értelmezéséhez (ld. 2.2.3.1. alpontot) áll közel, de magában foglalja a magyar egészségügyi szolgáltatásminőség értelmezést is (ld. 2.2.3.3. alpontot). A definícióban az **érintettek** köre tágra értelmezendő, a kórházi érintettek körét a 3.2. alfejezetben ismertettem.

A 2.2. alfejezetben bemutattam a teljesítmény és a minőség fogalmak értelmezésével kapcsolatos dilemmákat, ezek miatt az előbbi meghatározásban szándékosan nem nevesítem ezeket a fogalmakat. Mivel a magyar egészségügyben a teljesítmény szót általában szűkebb értelemben (a finanszírozási technikák jelzőjeként) használják, ezért az empirikus kutatás során – ha szükséges volt – a minőség szót alkalmaztam, azaz a külső kórházi minőségértékelési módszerekről kérdeztem az interjúalanyokat.

A kutatásomban vizsgált kórházi értékelési módszerek nem feltétlenül teljes körűek, azaz elképzelhető, hogy csak bizonyos érintettek igényeinek és elvárásainak kielégítését vizsgálják, továbbá lehetséges, hogy a kórházaknak csak egyes szolgáltatásait, területeit értékelik (pl. a 2001-ben megjelent kórházi ellátási standardok csak a fekvőbeteg-szakellátásra vonatkoztak a kórházon belül). Az is előfordul, hogy az értékelési módszer a teljesítmény vagy a minőség fogalmának nem terjed ki az összes lehetséges dimenziójára, hanem csak egyik dimenziójára (pl. eredményesség vagy betegelégedettség) vagy a dimenziók valamilyen kombinációjára vonatkozik.⁴⁹

Az előző meghatározások alapján körvonalazódó kórházi értékelési módszerek közül kutatásom fókuszában csak a **külső kórházi értékelési módszerek** állnak. Ez alatt a megkülönböztetés alatt azt értem, hogy a kórháznak valamely külső érintettje értékeli a kórházat. Ezen **értékelést végző külső érintettek** a következők lehetnek: hatóság, finanszírozó, a betegeket képviselő érdekvédelmi szervezet, akkreditációs testület, tanúsító szervezet vagy egyéb független értékelő (pl. EFQM alapján).⁵⁰

A szervezeti értékelés, a kórház, valamint az értékelést végző külső érintettek fentebbi meghatározásának figyelembe vételével a **külső kórházi értékelési módszerek** definíciója: **olyan modellek, illetve gyakorlatban alkalmazott módszeres vizsgálatok, amelyek segítségével külső érintettek értékelik, hogy a kórház hogyan éri el a kitűzött célokat és ezáltal hogyan elégíti ki érintettjei igényeit és elvárásait**.

⁴⁹ Ha az értékelés nem globálisan értékeli az egész szervezetet, akkor az értékelés szakterületének fogalomhasználatával analitikus értékelésről beszélhetünk (ld. 2.1.2.4. alpontban). Valójában az ezen belüli komponens-értékelésre példa, amikor pl. egy kórházi szakterületet értékelünk, illetve a dimenziók értékelésére példa a minőség vagy teljesítmény fogalmak dimenziói szerinti értékelés.

⁵⁰ A magyarországi 2013. évi felállás szerinti kórházi külső érintetteket és azok között a külső értékelést végzőket az 5.1. alfejezet 8. ábráján mutatom be.

4.2. Az értékelési módszerek jellemzői

A külső kórházi értékelések módszereiket tekintve főként a teljesítménymenedzsment és a minőségmenedzsment eszköztárából merítenek. Bár ezen menedzsmentterületek néhány eleme már korábban is megjelent a közszolgálati szervezetek gyakorlatában, terjedésük különösen az új közszolgálati menedzsment (New Public Management, NPM) mozgalomnak (ld. például Zupkó, 2001; Jenei, 2004; Pollitt et al., 2007) köszönhető, amelynek csírája az angolszász országokban az 1970-es évek végén jelent meg. Az NPM az 1980-as és 1990-es évek szervezeti és menedzsment reformjai hatására egyre népszerűbb lett más európai országokban is. Az új közszolgálati menedzsment⁵¹ magában foglal minden olyan kezdeményezést, amely az eredményesebb és hatékonyabb közszolgáltatások megvalósítását, az elszámoltathatóság (felelősségre vonhatóság) és átláthatóság növelését célozza. Ennek eredményeképpen a közszolgálati szféra több ágazatában (pl. közigazgatás, oktatás, egészségügy) is elterjedtek a különböző szervezeti értékelési rendszerek. Az alkalmazott módszerek nagyon sokfélék lehetnek a céljaikat, eszközeiket, nézőpontjukat stb. tekintve. (A külső kórházi értékelések lehetséges célkitűzései például: minőségfejlesztés; elszámoltathatóság/felelősségre vonhatóság, átláthatóság; a páciensek szolgáltatás-választásban segítése nyilvános jelentésekkel; a teljesítményért/minőségért díjazás (pay for performance/quality), forrásallokáció; az egészségpolitikai döntéshozatal támogatása.) Ahhoz hogy az egyes módszerek hatásait, működését meg tudjuk érteni, érdemes a legfontosabb ismérveik alapján jellemezni és csoportosítani azokat. Az osztályozási keret kialakítása saját kutatásom érvényességi területének definiálásában is segít, illetve az empirikus kutatás során vizsgált kórházi értékelési módszerek osztályozási jellemzőinek meghatározása tovább finomítja az adott módszerről megszerzett ismereteket.

Ebben az alfejezetben először a szakirodalomban fellelhető osztályozásokat, jellemzőket ismertetem, amelyek a közszolgálati szféra bármely ágazatában megjelent szervezeti értékelési módszerek besorolására alkalmasak. Az alfejezet második részében a kutatásom szempontjából fontos jellemzőket kiemelve felépítem a kórházi értékelési módszerek osztályozására javasolt keretrendszert, majd tartalmát néhány külföldi példával illusztrálom.

4.2.1. Az értékelési módszerek csoportosítása a szakirodalomban

A közszolgálati szervezetek értékelési módszereiről szóló szakirodalomban és a további kutatási területek megfogalmazásánál már többször felmerült egy osztályozási keret kialakításának az igénye (Boland és Fowler, 2000; Gröne et al. 2009). A közszolgálati szervezetekkel kapcsolatos publikációkban fellelhető rendszerezési kísérleteknél a szerzők – bár nem utalnak az értékelés szakterület irodalmára – olyan osztályozási lehetőségeket azonosítottak, amelyek a disszertációm 2. fejezetében bemutatott, értékelés szakterületén belüli tipizálásoknak nagyrészt megfeleltethetőek (ld. 2.1.2 alpont). A következő alpontokban a közszolgálati szakirodalomban megjelenő osztályozási jellemzőket ismertetem.

4.2.1.1. Belső vs. külső értékelési módszerek

A közszolgálati szférában a szervezeti értékelési rendszerek egyik legkézenfekvőbb csoportosítása, hogy a szervezeten kívül vagy belül helyezkedik-e el az értékelő. *Külső* értékelési rendszerről beszélünk,

⁵¹ A kifejezést valójában csak a '90-es években kezdték el alkalmazni, Hood (1991) nagyhatású cikke nyomán.

ha külső érintett, hatóság, független szervezet stb. végzi az értékelést és *belső* értékelési rendszerről, ha a szervezeten belül ezzel megbízott tag(ok). Ezt a megkülönböztetést említi Smith (1993) a közszolgálati teljesítményindikátor rendszerek⁵² esetében, amikor szervezeten belüli illetve külső szabályozó rendszerekről beszél. Ezt az osztályozást alkalmazták a bevezetőben már említett MARQuIS kutatási projektben is a kórházi minőségfejlesztési stratégiák csoportosítására, amely később az empirikus kutatásuk keretében szolgált. Ebben a kutatásban a legelterjedtebb minőségfejlesztési módszereket azonosították a minőségügyi politikák tanulmányozása és az EU 25 tagállamának meghatározó szakértőivel folytatott interjúk alapján. (Sunol et al., 2009) A *külső* értékelési rendszerek csoportjába sorolták a következőket: akkreditáció / tanúsítás / engedélyezés, kormányzati vagy minisztériumi felülvizsgálat vagy értékelés, audit, ISO, indikátorprojekt, benchmarking, EFQM modell alkalmazása, nemzeti minőségi díj, laboratóriumok auditja. (Spencer – Walshe, 2005) A további hat beazonosított módszert pedig a *belső* minőségfejlesztési stratégiák⁵³ közé sorolták. (Sunol et al., 2009) A szintén Európai Bizottság által támogatott ExPeRT⁵⁴ kutatási projekt a *külső* minőségügyi módszerek között négy modellt különböztetett meg: akkreditáció, *visitatie* (a holland típusú külső peer review), EFQM modell, ISO szabványrendszer (Shaw, 2000). Az értékelési rendszereknek szintén a külső vs. *belső* megkülönböztetése az egyik dimenziója a Boland és Fowler (2000) által javasolt mátrixnak, amelyet a következő alponthoz mutatok be részletesebben.

4.2.1.2. Közreműködő típusú értékelési módszerek

Patton (1996) és Scriven (1996) által javasolt, a 2.1.2.6 alponthoz bemutatott közreműködő vagy más néven cselekvés-orientált értékelési típus a közszolgálati szervezetek értékelésének szakirodalmában is megjelenik, erre példa Boland és Fowler (2000) modelljének egyik dimenziója.

Boland és Fowler (2000) később több szerző (pl. Freeman, 2002; Veillard et al. 2005; Guisset, 2008) által is hivatkozott cikkében egy kétdimenziós mátrixot (ld. 5. ábra) javasol a közszolgálati teljesítménymérési vagy -fejlesztési kezdeményezések osztályozására és kritikus vizsgálatához. A mátrix első dimenziója, a *szabályozás (control) helye* megkülönbözteti a szabályozó ágensnek a *belső* (szervezeten belüli) illetve a *külső* (szervezeten kívüli) elhelyezkedését (ezt a csoportosítást az előző alponthoz említettem). A második dimenzió, a *követő intézkedés* a szabályozó tevékenység természetére utal, amely Boland és Fowler (2000) szerint lehet egyrészt *pozitív (támogató – supportive vagy jótékony – beneficial)* másrészt *negatív (fenyegető – threatening vagy büntető – punitive)*. A negatív intézkedés azt feltételezi, hogy például a rossz teljesítménynek az oka a források nem megfelelő felhasználása, és emiatt a források csökkentése mellett döntenek. A pozitív intézkedés ugyanebben a helyzetben a kevésbé jó teljesítmény mögötti okok kivizsgálásához, majd a források problémás területre történő átcsoportosításához, a személyzet továbbképzéséhez vagy másfajta szervezetfejlesztési stratégiához vezet. A szerzők szerint a két független dimenzió alapján bármely közszolgálati szférabeli teljesítménymérési és -fejlesztési kezdeményezést el lehet helyezni a mátrixban, azaz a *belső* vagy *külső* módszerek alkalmazását

⁵² A szakirodalmak bemutatásánál a teljesítmény és a minőség fogalmakat az eredeti szerzők szóhasználatát megtartva alkalmazom, azonban értelmezésükre továbbra is igazak a 2.2.3. alponthoz leírtak, azaz hogy jelentésük sokszor átfed egymással.

⁵³ szervezeti minőségmenedzsment programok, klinikai standardok alapján *belső* értékelés és audit, betegbiztonsági rendszerek, klinikai és alkalmazott irányelvek, teljesítményindikátorok és -mérés, a páciensek nézőpontjának megismerését célzó rendszerek

⁵⁴ ExPeRT = external peer review techniques, külső kollegiális vizsgálat módszerek. Az ExPeRT kutatási projekt még 1996 és 1999 között zajlott le.

valamilyen (pozitív vagy negatív) intézkedés mindenféleképpen követi. Tehát az értékelés szakterületének tipizálása alapján közreműködő, más néven cselekvésorientált módszerekről van szó.

5. ábra: Szabályozás helye és követő intézkedés mátrix

		követő intézkedés	
		pozitív	negatív
szabályozás helye	belső szabályozók	pl.: belső minőségbiztosítási és értékelési folyamatok	pl.: a szervezeti egységek központilag meghatározott költségvetését a megállapított gyenge teljesítmény negatívan befolyásolja
	külső szabályozók	pl.: külső testület auditálja egy szervezet saját teljesítménymérési és minőségügyi rendszerét	Pl.: rangsorok, kórházi várólisták

Forrás: Boland – Fowler (2000), p.422. 1. ábra (módosítva)

Boland és Fowler rendszerelméleti megközelítés alapján amellet érvelnek, hogy a külső/negatív negyedbe tartozó kezdeményezések „könnyen a közszolgáltatások általános rosszabbodásához vezethetnek inkább, mint holisztikus javulásához”, míg a belső/pozitív negyed „a legkíváncsabb helyzet a legtöbb közszolgálati szervezet számára hosszú távon az érintettek többsége szükségleteinek kielégítése szempontjából.” (Boland – Fowler, 2000, pp. 423-424.)

A Boland – Fowler mátrix véleményem szerint azonban még nem egy letisztult formája az értékelési módszerek osztályozásának. Ugyanis az értékelés későbbi felhasználására vonatkozóan Boland és Fowler (2000) által meghatározott pozitív és negatív intézkedés típusok egyrészt eleve értékítéletet hordoznak, másrészt több osztályozási lehetőséget is összevonnak. A követő intézkedés pozitív (támogató vagy jótékony) és negatív (fenyegető vagy büntető) osztályozása a magyarázat és a megadott példák alapján (ld. 5. ábra) magában foglalja a módszerekhez kapcsolódó ösztönzők típusait és az értékelés szerepének különböző megközelítési módjait is. (Az utóbbiról a következő alponban írok részletesebben.)

Az előbbi, azaz a *módszerekhez kapcsolódó ösztönzőket* csoportosították Custers és szerzőtársai (2008) a gyakorlatban alkalmazott egészségügyi teljesítménymérési módszerek esetében. Az ösztönzők típusainak megkülönböztetése alapján lehetnek *pénzügyi és nem pénzügyi*, illetve *közvetlen és közvetett* ösztönzők vagy intézkedések (példákat ld. a 3. táblázatban).

3. táblázat: Példák a különböző típusú ösztönzőkre

	pénzügyi	nem pénzügyi
közvetlen	<ul style="list-style-type: none"> – bónusz, – teljesítményalapú visszavonás vagy díjszabás, – tevékenységekért kifizetés, – minőség/teljesítmény pénzalap, – pénzbeli díjak 	<ul style="list-style-type: none"> – nyilvános publikálás / elismerés (belső motivációra ható szándékkal), – elnyert autonómia, – menedzsment leváltása
közvetett	<ul style="list-style-type: none"> – a kedvezményezetteket, hasznélvezőket érintő költségdifferenciálás 	<ul style="list-style-type: none"> – nyilvános publikálás / elismerés (a páciens szolgáltató-választására ható szándékkal)

Forrás: Custers et al. (2008), 1. táblázat

A gyakorlatban alkalmazott közszolgálati szervezeti értékelési módszerekhez tehát következményként döntések, intézkedések vagy ösztönzők kapcsolódhatnak, amely alapján a közreműködő értékelés típusához tartoznak a közreműködő vs. elméleti alkalmazási típusok közül (ld. 2.1.2.6 alpont).

4.2.1.3. *Formatív vs. szummatív értékelési módszerek*

A Boland - Fowler mártixot később több szerző is felhasználja a különböző rendszerek besorolására. Veillard és szerzőtársai (2005) a mártixot a minőségértékelési rendszerek⁵⁵ osztályozására használják, és valamelyest módosítják a tengelyek (dimenziók) eredeti megnevezését (ld. 6. ábrát).

6. ábra: A minőségértékelési rendszerek osztályozása

		A VÁRHATÓ INTÉZKEDÉSEK TERMÉSZETE	
		formatív, támogató	büntető, szummatív
A SZABÁLYOZÁS FORRÁSA	belső	pl. WHO PATH programja	pl.: belső értékelés
	külső	pl.: akkreditáció	pl.: teljesítményindikátorok nyilvánossága, minőségalapú finanszírozás

Forrás: Veillard et al. (2005), p. 488. 1. ábra (módosítva)

A szabályozás forrása és a várható intézkedések természete a két új tengely-elnevezés. Bevezetik továbbá az utóbbi dimenzió jellemzésére a *formatív és szummatív* kifejezéseket is Freeman (2002) cikke alapján. Ezzel Veillard és szerzőtársai (2005) bár világossá teszik, hogy ez a tengely az értékelés szerepének formatív és szummatív megkülönböztetését tartalmazza, azonban továbbra sem választják el ezt a jellemzőt az értékelést követő intézkedés vagy ösztönző természetétől. Pedig a szummatív

⁵⁵ Boland – Fowler (2000) eredetileg teljesítménymérési, -fejlesztési kezdeményezések csoportosítására alkotta meg a mártixot, de ez nem mond ellent annak, hogy minőségértékelési rendszerek besorolására is alkalmazható. Hiszen Boland – Fowler tágn értelmezte a teljesítménymérési és -fejlesztési módszereket és a minőségértékelési rendszereket is beleértette. Ez is csak egy példa a közszolgálatban a teljesítmény és minőség fogalmak átfedésére, kevert használatára (ld. részletesebben az 2.2.3. pontban).

értékelést nem feltétlenül büntető típusú intézkedés követi, szemben azzal, ahogyan ez a 6. ábrán olvasható.

Freeman (2002) eredetileg a szummatív értékelés alatt azt érti, amikor például összehasonlítják a szervezeteket és rangsorba állítják, tehát egy általános megítélést, összegző értékelést jelent; a formatív értékelés pedig a szervezeti tanulást, a fejlesztést támogatja. Ezek az értelmezések megfelelnek az értékelés szakterületén alkalmazottaknak. Freeman (2002) a közszolgálati teljesítményindikátor rendszerekről – amelyek alatt szintén szervezeti értékelési módszereket ért – széleskörű irodalomkutatást végzett és megállapította, hogy két alapvető használatuk van: egyrészt a szummatív mechanizmus a külső elszámoltathatóság érdekében, másrészt a formatív mechanizmus a belső minőségfejlesztés érdekében. Ezzel Freeman a szummatív és formatív jelzőt bizonyos célokhoz és a külső/belső megkülönböztetéshez rendeli, mivel szerinte ezek a legjellemzőbbek, de ez nem jelenti azt, hogy nem lehetnek más célokkal és párosításban a mátrixban (a 6. ábrán a példák is illusztrálják az egyéb lehetőségeket).

4.2.1.4. A megismerés módszere

A közszolgálati értékelési rendszereknek egy fontos jellemzőjére hívja fel a figyelmet Freeman (2002) a már korábban hivatkozott cikkében. Véleménye szerint a közszolgálati teljesítményindikátor módszereknek az általa definiált két alapvető mechanizmusa különbözik információ-szükségletében és a módszerekre az *ismeretelmélet (episztemológia) különböző megközelítései* jellemzőek. Miközben az elszámoltathatóságot célul kitűző megközelítés számára az objektív „igazság” keresésekor a „statisztikai validitás és megbízhatóság fontos” (Freeman, 2002, p. 129.), addig a fejlesztést támogató megközelítés további adatforrásokat és helyi információkat használ fel az összefüggések megvilágítására. Tehát az előbbi megközelítés, amelyet Freeman *empirikus* jelzővel illet, nagyon precíz adatokat igényel, mivel képviselői abban hisznek, hogy az adatok statisztikai feldolgozásával meg lehet pontosan határozni, hogy milyen az adott szolgáltató teljesítménye (a többiekéhez képest). (Freeman leírását alapul véve ezt a megközelítést nevezhetjük pozitivistának is.) A másik – Freeman által *interpretatív*nak nevezett – megközelítés esetében ugyanakkor az indikátorok értékei csak kiindulópontjai a további vizsgálódásnak, a körülmények megismerésének, az okok, magyarázatok feltárásának.

Kazandjannak (2003) a szervezeti teljesítményre vonatkozó adatok, információk értelmezésével kapcsolatos észrevétele szintén ahhoz az ismeretelméleti kérdésfeltevéshez kapcsolódik, hogy „hogyan ragadható meg a valóság”, azaz itt konkrétan „hogyan szerezzünk ismeretet a szervezet teljesítményéről?” Kazandjian (2003) szerint a teljesítmény fejlesztéséhez nem csak a *vizuális, látásra hagyatkozó kultúra (visual culture)* szükséges, hanem az *auditív, halláson alapuló kultúra (auditory culture)* is. A vizuális kultúra szerint „az üzenetet legjobb egy vizuális szemléltetés formájában kommunikálni” (Kazandjian, 2003, p. 89.), ez a kvantitatív információknak pl. ábrákon, grafikonokon szerepeltetését jelenti. Ebben az esetben pusztán a vizuálisan elénk tárt információra hagyatkozunk abban a hiszemben, hogy ez a megismerni kívánt valóságról teljes képet ad. Az auditív kultúra szerint viszont – amely a nyugati társadalmakban egyébként meglepő módon kevésbé fejlett – szükség van arra, hogy megfigyeljük a jelenséget és meghallgassuk a további kiegészítő információkat „annak érdekében, hogy megértsük az okokat, miért egy bizonyos teljesítmény szintet észleltünk”. (Kazandjian, 2003, p. 89.) Bizonyos információk ugyanis nem fejezhetőek ki mennyiségileg.

Ezek a csoportosítások a 2.1.2 alponthoz ismertetett értékelés tipizálások közül a kvantitatív vs. kvalitatív megkülönböztetéshez állnak legközelebb. Annyiban azonban jobban megragadják a módszerek közötti

különbséget, hogy nem csak az adatgyűjtés módszertanára utalnak, hanem arra is, hogy milyen feltételezésekkel él az értékelő arra vonatkozóan, hogy hogyan ismerhető meg az értékelt teljesítménye.

4.2.1.5. További osztályozási szempontok

Gröne és szerzőtársai (2008) egy rendszerező cikkben a kórházi teljesítményindikátor projekteket vizsgálták, és a szakirodalom tanulmányozása alapján az összehasonlításhoz tíz kritériumot azonosítottak. Ezek a következők: a teljesítményindikátor projektek a kórházi teljesítmény mely dimenzióit értékelik, az egyedi indikátorok és indikátorcsoportok száma, az indikátorok fejlesztésének módszere, önkéntes vagy kötelező részvétel, résztvevők száma, adatgyűjtés típusa, nyilvánosan hozzáférhetőek-e az indikátoreredmények, visszacsatolási mechanizmus és időtáv, költségvetés.

A tíz kritérium közül fontosnak tartom kiemelni az értékelési módszerek tágabb körére is értelmezhető jellemzőket, így például azt, hogy az adott értékelési rendszer *mennyire fedi le a teljesítmény illetve minőség dimenzióit*, továbbá hogy az alkalmazott rendszerben *kötelező vagy önkéntes* a részvétel.

Az, hogy egy értékelési módszer mennyire fedi le a teljesítmény, illetve a minőség dimenzióit, az elemző vs. globális értékelés típusok dilemmáját veti fel (ld. 2.1.2.4 alpont). Ha egy értékelési módszeren belül dimenziók szerint értékeljük a szervezetet, akkor elemző típusú értékelésről beszélünk és nem követelmény a végső szintézis. A közszolgálati szervezetek globális értékelésére pedig példaként említhetnénk az olyan akkreditációt, amelynek eredményeképpen az intézményt minősítik, és besorolják a különböző fejlettségi szintet képviselő kategóriák egyikébe. (Meg kell azonban jegyezni, hogy a közszolgálati szervezetek globális értékelését nagyon nehéz megoldani. Az akkreditáció esetén is különböző standardcsoportok, azaz dimenziók szerint elemzik a szervezet működését, és nehéz azt garantálni, hogy a standardrendszer a szervezet minden területét lefedje.)

A 4.2.1 alpontban a közszolgálati értékelési módszerek szakirodalomban fellelhető rendszerező modelljeit, illetve kiemelt jellemzőit ismertettem és összevetettem azokat az értékelés szakterületén jellemző tipizálásokkal (2.1.2 alpont). A fejezet következő alpontjában az ezek alapján javasolt és saját kutatásomat is támogató osztályozási keretrendszert mutatom be.

4.2.2. Javaslat a kórházi értékelési módszerek osztályozási keretrendszerére

Kutatásomban olyan osztályozási keretrendszer kialakítása volt az egyik célom, amely egyrészt támaszkodik a szakirodalomban fellelhető rendszerező modellekre és tipizálásokra, másrészt a saját kutatási kérdéseim vizsgálatát is elősegíti. Az előző alpontban már bemutatott kutatási projektekhez, elméleti cikkekhez képest az én nézőpontom egyrészt szélesebb, ugyanis nem különböztetem meg a minőség- és teljesítmény-értékelési rendszereket. Teszem ezt azért, mert a gyakorlatban alkalmazott módszerek közül sokat nem lehet egyértelműen besorolni, és a szakirodalomban is sokszor átfedés van közöttük, egyes cikkekben az egyik kategóriát használják tágabban, míg más tanulmányokban a másikat.⁵⁶ Továbbá az általam kialakított osztályozás tágabb abból a szempontból is, hogy nem csak az indikátorprojektek (pl. Gröne et al., 2008), hanem pl. a standard alapú rendszerek⁵⁷ jellemzésére is

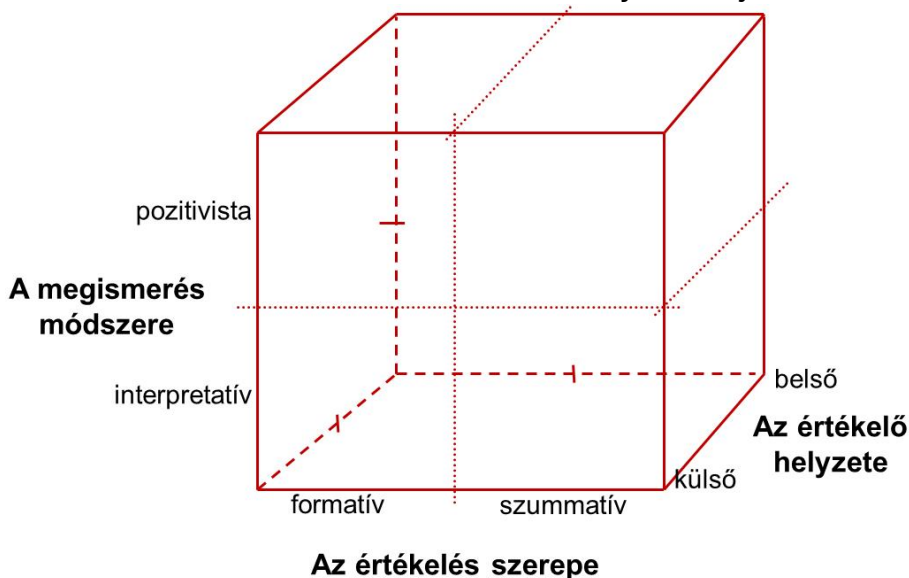
⁵⁶ Például MARQuIS kutatási projektben a minőségügyi rendszerek az átfogó kategória, míg a Boland – Fowler (2000) cikkben a teljesítménymérési és fejlesztési rendszerek.

⁵⁷ Az indikátorrendszerek mutatószámokat alkalmaznak a szervezet értékelésére, míg a standard alapú rendszerek – mint például az akkreditáció és az ISO rendszer – többnyire állítások formájában megfogalmazott elvárásokkal, azaz szöveges standardokkal vetik össze a szervezet működését. „A standardok egy egészségügyi szolgáltató szervezet

alkalmas. Másrészt viszont a nézőpontom szűkebb is, hiszen csak a *külső* értékelési rendszerekre fogok fókuszálni, és ezeket tanulmányozom mélyebben a lehetséges hatásaik szempontjából. A keretrendszert elsősorban a *kórházi* értékelési rendszerek jellemzésére alakítom ki, de alkalmazható nem csak a kórház, hanem más közszolgálati szolgáltató szervezet értékelésére is.

A javasolt osztályozási keretrendszerben (7. ábra) az egyik dimenzió **az értékelő helyzetét** jellemzi, azaz a *belső* vagy *külső* értékelést különbözteti meg. Egy másik dimenzió **az értékelés szerepére**, azaz *formatív* vagy *szummatív* jellegére vonatkozik. Ez a két dimenzió szerepelt a közszolgálati értékelési módszereket osztályozó modellekben is (5. és 6. ábra), azonban az általam javasolt keretrendszerben az értékelés szakterületén belül (ld. 2.1.2. alponthan) megfogalmazott letisztult jelentéstartalommal bírnak. Azaz a *formatív* és *szummatív* jelleget nem összevontan kezelem a keretrendszerben az értékelést követő intézkedés természetével/típusaival, hanem az értékelés szerepének jellemzésére használom, ahogyan azt Scriven (1966, 1991) is teszi, aki ezeket a fogalmakat bevezette. Mivel ezen tipizálások (belső vs. külső illetve *formatív* vs. *szummatív*) jelentéstartalmát már a 2.1.2 alponthan kifejtettem, ezért itt most nem térek ki rájuk újból.

7. ábra: Az alkalmazott kórházi értékelési módszerek osztályozására javasolt keretrendszer



Forrás: saját szerkesztés

A keretrendszer harmadik dimenziója a feldolgozott egészségügyes szakirodalmakban (Freeman, 2002; Kazandjian, 2003) felismert, különböző ismeretszerzési módokat foglalja magában **a megismerés módszere** néven. Ez a dimenzió a *pozitivistá*, illetve az *interpretatív* megközelítéseket tartalmazza, amelyek arra az ismeretelméleti (episztemiológiai) kérdésfeltevésre adnak választ, hogy „hogyan ragadható meg a valóság” (Gelei, 2007), itt konkrétan „hogyan szerezzünk ismeretet a szervezet teljesítményéről, kiválóságáról”. (A pozitivistá és interpretatív tudományfilozófiai megközelítéseket itt a gyakorlati alkalmazásokra értelmezem, amelyet más szerzők (ld. pl. Gelei, 2007) is lehetségesnek tartanak.)

vagy az egyén teljesítményének elfogadható szintjét írják le”, a standard „általános, de egyben szabatos megfogalmazása az előre lefektetett elvárásoknak” (EÜM, 2007, p. 127.).

A javasolt osztályozási keretben a pozitivista megközelítés alatt azt értem, amikor az értékelési módszerrel a szervezet teljesítményének, kiválóságának objektív megítélésére, mérésére törekednek. A szervezet teljesítményének változóit egy külső modell alapján magyarázzák, annak elemeiként értelmezik. Jellemző módszertana a matematikai-statisztikai elméleteken alapul, amelyek segítségével mutatják ki a „valós” eltéréseket a szervezet teljesítményében. A pozitivista megközelítésű értékelési módszerek például indikátorokat, kérdőíves felméréseket alkalmaznak. Az értékelő alapállása ebben az esetben az, hogy az értékelés módszere maga érintetlenül hagyja az értékelt szervezetet, és az értékelő független kívülálló maradhat, nem befolyásolja az értékelést.

Az interpretatív megközelítésű értékelési módszerek a szervezet értékelésekor támaszkodnak a helyben megszerezhető információkra, magyarázatokra, ugyanis ezek ismeretében tartják lehetségesnek a szervezet értékelését. A szervezeti szereplők saját, belső valóságértelmezésén alapulnak, és nem feltétlenül akarják beleerőltetni a jelenségeket a kívülről hozott értelmezési keretbe. Gyakran kvalitatív (például interjú, megfigyelés) módszereket használnak. Ha alkalmaznak is mutatószámokat (indikátorokat), akkor azok csak jelzés értékűek és további vizsgálódásra van szükség a helyi információk ismeretében a magyarázatok, okok feltárására. Az értékelő nem maradhat független kívülálló, ő maga is befolyásolja a szervezetet és az értékelést is. Az értékelés így az értékelt szervezet és az értékelő közös produktuma is lehet.

Freeman (2002) egyértelműen kapcsolja a pozitivista (nála empirikusnak nevezett) megközelítést a szummatív illetve az interpretatív megközelítést a formatív jellegű értékelési módszerekhez, amikor a teljesítményindikátor rendszerek két legjellemzőbb mechanizmusát mutatja be. Az alkalmazott értékelési rendszerek között azonban találhatunk olyan példát is (ld. BQS rendszere a következő alpontban), amelyek nem ezt a sablont követik. Emellett a gyakorlatban megfigyelhető tendenciák azt jelzik, hogy az értékelési módszerek közelítenek egymáshoz, átvesznek egymástól elemeket. Ennek eredményeképpen kevert módszerek alakulhatnak ki az egyes dimenziókon belül.

A javasolt keretrendszer dimenzióin kívül még a kórházi értékelések kapcsán fontos figyelembe venni az értékelést követő intézkedések vagy ösztönzők természetét (ld. 5. ábrán illetve 3. táblázatban). Ezek tipizálása szintén fontos, hiszen hatásaik eltérő intenzitásúak lehetnek (ld. Custers et al, 2008). A követő intézkedések, ösztönzők esetében megkülönböztetés lehet, hogy közvetlen vagy közvetett módon hatnak-e (Custers et al, 2008), illetve hogy pozitív vagy negatív ösztönzőket vezetnek-e be. Az intézkedésekre, ösztönzőkre példa a bónusz, a teljesítményért díjazás (P4P), vagy a nyilvános jelentések (ld. 3. táblázat), ez utóbbi hathat közvetetten a páciensek szolgáltató-választásán keresztül, de közvetlen módon is a szolgáltatók motivációjára a nyilvánosság erejével.

A külső kórházi értékelési módszerek hatását még további jellemzők is befolyásolhatják, amelyek közül mindenféleképpen érdemes figyelembe venni a következőket:

- Az értékelési módszer az egész szervezetre kiterjed vagy csak egyes szakterületekre, illetve a teljesítménynek vagy minőségnek milyen dimenzióit veszi figyelembe.⁵⁸
- Az értékelési módszer önkéntes vagy kötelező.

A 7. ábrán bemutatott, általam javasolt keretrendszer a *már bevezetett kezdeményezések osztályozására* szolgál, ugyanis csak a modellek vagy módszerek alkalmazásakor derül ki, hogy a

⁵⁸ Ezek a jellemzők az értékelés globális vs. elemző megkülönböztetéséhez kapcsolódnak, illetve az utóbbin belül a komponens-értékelés és a dimenziók értékelése típusokhoz (ld. 2.1.2.4 alpontot).

politikai szándék és a különböző érintettek érdekei és hatalmi viszonyai hogyan befolyásolják az értékelési rendszer működését (pl. az értékelő szerepét vagy a megismerés módszerét) és hatását. Ugyanazon modell, pl. egy indikátorrendszer tartozhat az értékelő szerepe tekintetében a szummatív vagy a formatív természetű értékelési módszerek közé is a gyakorlati alkalmazásuktól függően. Az is előfordulhat, hogy az egyes szereplők értékelik másképpen az alkalmazott módszert, pl. egy önkéntesen vállalható külső értékelési módszert elképzelhető, hogy a résztvevők kvázi kötelezőnek érzékelik.

4.2.3. Külföldi példák a különböző típusú értékelési rendszerekre

A 4. táblázatban néhány példával illusztrálom az osztályozási keretrendszer tartalmát. Az értékelés szerepét tekintve formatív jellegű, a megismerés módszere alapján interpretatív megközelítésű az ausztrál akkreditációs testület (**ACHS**, Australian Council on Healthcare Standards) 1996-ban elindított értékelési és minőségfejlesztési programja, az **EQulP** (Evaluation and Quality Improvement Program). A rendszer standardokat foglal magában, önértékelést és rendszeres külső peer review⁵⁹ vizsgálatot tesz lehetővé. Nem csak kórházaknak, hanem bármilyen egészségügyi szolgáltatónak segítséget nyújt a minőségi ellátás és szolgáltatás eléréshez és fenntartásához, az ACHS akkreditációra történő felkészüléshez.

4. táblázat: Példák alkalmazott külső kórházi értékelési rendszerekre

Példa, ország, indítás éve (- befejezés éve)	Az értékelés szerepe	A megismerés módszere	Kiterjedtség/lefedettség (dimenziók)	Résztétel	Felhasznált forrás
ACHS EQulP programja, Ausztrália, 1996	formatív	interpretatív	egész szervezet; a minőség számos dimenziója	önkéntes	Gröne et al. (2008), Braithwaite et al. (2006), ⁶⁰
BQS, Németország, 2001-2009	formatív	pozitívista	klinikai eredményesség	kötelező	Gröne et al. (2008), Guisset (2008), Veit (2010), ⁶¹
NHS csillagok szerinti osztályozás (star rating), Anglia, 2002-2003 között	szummatív	pozitívista	kiemelt célok, kapacitás és képesség, klinikai nézőpont, páciens nézőpontja	kötelező	Guisset (2008), ⁶²

Rövidítések: ACHS: Australian Council on Healthcare Standards, EQulP: Evaluation and Quality Improvement Program, BQS: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, NHS: National Health Service

A német **BQS** (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) intézet országos benchmarking programja indikátorokon alapul, az indikátoreredményeket nem hozzák nyilvánosságra. A BQS indikátorait tudományos alapokon fejlesztik, és tesztelés után alkalmazzák a kórházak közötti benchmarking során. A rendszerhez az ún. strukturált párbeszéd formájában aktív minőségfejlesztési program is kapcsolódik, amelynek célja az indikátorokhoz kapcsolódóan a problémák és a minőségfejlesztési tevékenységek

⁵⁹ Kollegiális vizsgálat (peer review): A szolgáltatók (házi orvosok, fogorvosok, az ápolóotthonok orvosai, fizioterapeuták, szakorvosok, stb.) monitorozása, értékelése és az eredmények megbeszélése szakértői csoportok által annak érdekében, hogy javítsák a szolgáltatás minőségét. (<http://fogalomtar.eski.hu/>)

⁶⁰ <http://www.achs.org.au/EQUIP4>

⁶¹ <http://www.bqs-institut.de/>

⁶² <http://www.chi.nhs.uk/ratings/>, <http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/>

azonosítása. A BQS intézet 2001 és 2009 között volt a német kórházak kötelező minőségbiztosítási programjáért felelős, ezt a szerepét 2009 végétől az AQUA intézet vette át. (Gröne et al. 2008, <http://www.bqs-institut.de/>, <http://www.aqua-institut.de/>) A program jellemzői alapján a BQS módszere pozitívista megközelítésűnek, szerepét tekintve pedig formatív jellegűnek tekinthető.

Az angol Állami Egészségügyi Szolgálat (**NHS**: National Health Service) indikátorokon alapuló értékelési rendszerét már az 1990-es évektől kezdve fejlesztik, ennek egyik epizódja volt a 2002-2003 között működő ún. star rating (csillagok szerinti osztályozás), amely során az indikátorértékeket egy kifejlesztett módszertan alapján összesítették és a kórházakat 0-4 közötti csillaggal értékelték.⁶³ Ez a külső értékelési módszer az értékelés szerepe szerint egyértelműen szummatív jellegű volt, míg a megismerés módszerére a pozitívista megközelítés volt jellemző.

A kórházi értékelési módszerek osztályozására javasolt keretrendszer lehetővé teszi a gyakorlatban alkalmazott módszerek elhelyezésén túl az egyes kutatások fókuszának, érvényességi körének meghatározását. A következő fejezetben a külső kórházi értékelési módszerek hatásait vizsgáló nemzetközi kutatások eredményeit foglalom össze, amely rámutat arra, hogy mely kérdésekre nem kaptunk még választ, hol van kutatási rés.

4.3. Nemzetközi kutatási eredmények

Ebben az alfejezetben célom a külső kórházi értékelési módszerek hatásaival kapcsolatos nemzetközi kutatási eredmények bemutatása, és ezek alapján a még kevésbé kutatott területek, témák beazonosítása. Az első alpont a szakirodalomban fellelhető kutatások és áttekintő irodalmak alapján összefoglalja, rendszerezi a hatásokat a kórházi ellátásra és menedzsmentre gyakorolt következmények tekintetében (pl. outputra gyakorolt hatások, minőségfejlesztés, nem-kívánt következmények). A második alpontban pedig olyan kutatási eredményeket ismertetek, amelyek a külső kórházi értékelési módszerek adaptációjának mikéntjére, a kórházon belüli szereplők reakcióira vonatkoznak.

4.3.1. Az értékelési módszerek hatása a kórházi ellátásra és menedzsmentre

A kórházi értékelési módszerek terjedésével párhuzamosan számos kérdés merült fel: Ki, milyen módszert és milyen céllal alkalmaz? Elérték-e a céljukat az alkalmazott külső értékelési eszközök? Mely módszerek eredményesek és hatékonyak? Milyen hatásai és nem kívánt következményei vannak? Ezek a gyakorlati dilemmák a kutatók figyelmét is a téma felé irányították. (Kórházi értékelési módszerekkel kapcsolatos kutatási projektek pl.: ExPeRT 1996-1999, MARQuIS 2005-2007, ACCREDIT 2007-től, DUQuE 2010-2013.) Diszertációm ezen alpontjában azoknak a kutatásoknak az eredményeit mutatom be, amelyek a külső kórházi értékelési módszerek kórházi ellátásra és menedzsmentre gyakorolt hatásait és nem kívánt következményeit próbálták feltárni.

⁶³ Az NHS azóta a kritikák alapján továbbfejlesztette az értékelési rendszert és előbb a performance rating elnevezést kapta, majd 2006-tól áttértek a standardokat is tartalmazó éves egészségügyi felülvizsgálat (annual health check) rendszerére, 2009-től pedig a Care Quality Commission végzi az egészségügyi szolgáltatók nemzeti standardok szerinti felülvizsgálatát. (<http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/>, <http://www.cqc.org.uk/guidanceforprofessionals/nhstrusts/annualassessments/annualhealthcheck2005/06-2008/09.cfm>, <http://www.cqc.org.uk/public/about-us/our-inspections>)

Az egyes kutatási eredményeket nehéz összevetni, amelynek egyik oka, hogy a módszereket rendszerező modell iránt a 2000-es években jelent meg az igény, de még máig sem létezik olyan keretrendszer, amelyben a kutatók elhelyeznék az általuk vizsgálni kívánt, kórházi értékelésekkel kapcsolatos problémát. Másik oka, hogy a különböző területekről (pl. minőségmenedzsment, teljesítménymenedzsment) érkező szakemberek és kutatók csak egy bizonyos körben vizsgálódnak. A kutatási eredményeket a következő alpontokban aszerint csoportosítom, hogy milyen hatásai vannak bizonyos értékelési módszereknek (pl. tanúsítás, akkreditáció), milyen hatásai vannak az értékelési módszerek bizonyos jellemzőinek (pl. kapcsolódó ösztönzők), illetve milyen nem kívánt következményei lehetnek az értékelési módszereknek.

4.3.1.1. A kórházi akkreditáció és az ISO tanúsítás hatásai

A különböző kórházi értékelési módszerek hatásait összehasonlító átfogó kutatásra kivételes példa az Európai Bizottság által támogatott, már korábban bemutatott MARQuIS kutatási projekt, amely a kórházi minőségfejlesztési stratégiák és az ellátási folyamat outputjai közötti kapcsolatot vizsgálta, és azt találta „hogy a belső és külső kórházi minőségfejlesztési stratégiák bevezetése is jótékony hatással van a kórházi outputokra” (Sunol et al., 2009, p. i62.). Ez a tanulmány tehát mind a külső mind a belső értékelési módszereket tanulmányozta. A kutatás során vizsgálták az egyes módszerek hatását a kórházi ellátás outputjaira és ehhez megkülönböztették az ellátás klinikai outputjait, biztonsággal kapcsolatos outputjait illetve a betegközpontúsággal kapcsolatos outputokat. A MARQuIS projekt keretében 89 kórház helyszíni auditja során standardizált módon gyűjtött adatok elemzésével megállapították, hogy a külső értékelés jelenléte⁶⁴ szignifikánsan kapcsolódott az intézményi szinten mért biztonság és betegközpontúság outputokhoz. A külső értékelési módszerek közül az önkéntes illetve kormányzati akkreditáció szignifikánsan kapcsolódott a biztonság outputhoz és a belgyógyászati osztályokon mért klinikai outputhoz, és az önkéntes akkreditáció a határon túli betegközpontúsággal is szignifikáns kapcsolatban volt. Az ISO tanúsítás a betegközpontúság outputokkal volt kapcsolatban, de nem volt szignifikáns kapcsolata a klinikai és biztonság outputokkal. (Sunol et al., 2009) A MARQuIS kutatási projekt keretében vizsgálták az akkreditált és ISO tanúsított kórházak minőségmenedzsmentjében azonosítható különbségeket is. A helyszíni audit során vizsgált kritériumokat hat dimenzióba csoportosították, amelyek mindegyikénél – a betegjogokat kivéve – szignifikáns különbség volt azon kórházak között, amelyek akkreditáltak vagy ISO tanúsítottak voltak illetve amelyeknél egyik sem volt. Az akkreditált illetve tanúsított kórházakat összehasonlítva szignifikáns különbség volt az akkreditáltak javára a menedzsment, a betegbiztonság és a klinikai gyakorlat dimenzióknál. Ugyanakkor az eredmények óvatos interpretációjára szólítanak fel a szerzők is, ugyanis a mintanagyság kicsi volt és a külső értékelés hatását az egyes módszerek alkalmazásának országokon belüli és közötti különbségei is befolyásolhatták. (Shaw et al., 2010) A MARQuIS kutatási projekt folytatása a DUQuE projekt (2010-2013) (Gröne et al., 2010), amelynek eredményeit az empirikus kutatással egyidőben kezdték el publikálni (ld. pl. Secanell et al. 2014). Ebben a projektben szintén vizsgálták az akkreditáció és ISO tanúsítás minőségmenedzsmentre gyakorolt hatását, amelyet négy összetett mutatóval (intézményvezetés, bizonyítékokon alapuló betegellátás, betegbiztonsági stratégiák, klinikai audit) mértek. A csak akkreditált illetve csak tanúsított kórházak esetében szignifikáns kapcsolat csak egy-egy

⁶⁴ A külső értékelés (pl. tanúsítás vagy akkreditáció vagy peer review vagy hatósági felügyelet vagy EFQM modell alkalmazása vagy laboratórium külső értékelése) jelenlétét a „külső nyomás index” segítségével mérték.

mutatóval volt a stroke ellátás területén (az akkreditáció a klinikai audittal, az ISO tanúsítás pedig a betegbiztonsági stratégiákkal volt pozitív szignifikáns kapcsolatban). Az akkreditáció és a tanúsítás – azaz ha a kórházra mindkettő hatott – pozitív szignifikáns kapcsolatban volt az intézményvezetés gyakorlatával, a betegbiztonsági stratégiákkal és a klinikai audittal is több ellátási területen (AMI, stroke, combnyaktörés ellátása), viszont nem volt szignifikáns kapcsolatuk a bizonyítékokon alapuló betegellátással. (Shaw et al. 2014)

További kutatások egyes módszerek hatásait próbálták feltárni. Braithwaite és szerzőtársai (2006) az akkreditáció szerepének és hatásának vizsgálatára javasoltak egy kutatási tervet, amelyhez az ausztrál akkreditációs testületet (ACHS, Australian Council on Healthcare Standards) használták fel példaként. Ehhez a kutatáshoz kapcsolódóan Greenfield és szerzőtársai (2007) áttekintették az akkreditációval kapcsolatos tanulmányokat, és azt találták, hogy az akkreditációs programok „a szervezeti és döntéshozatali folyamatok standardizálásához kapcsolódó” változásokat eredményeztek (idézi Sunol et al., 2009, p. i67). A szakirodalom áttekintése alapján megállapítható, hogy az akkreditáció elősegíti a változásokat és támogatja a szakmai fejlődést (Greenfield – Braithwaite, 2008 idézi GYEMSZI, 2011). Sack és szerzőtársai (2011) a betegelégedettség és az akkreditáció kapcsolatát vizsgálták kérdőíves módszerrel, de nem találtak szignifikáns kapcsolatot. Ausztrál kutatók az akkreditáció hatásának átfogó vizsgálatára elindították ACCREDIT elnevezésű kutatási projektjüket (Braithwaite et al. 2011), amelynek kutatási terveit már publikálták (Greenfield et al. 2012; Hinchcliff et al. 2012; Mumford et al. 2013). Az ISO tanúsítás hatását az egészségügyben – az előző bekezdésben említetteken kívül – eddig nem igazán vizsgálták (Shaw et al. 2014).

4.3.1.2. A nyilvános publikáció és más ösztönzők hatása

Számos tanulmány az értékelési módszereknek csak bizonyos jellemzőjére koncentrált. Viszonylag sok az olyan kutatási projekt, amely a teljesítmény- vagy minőségértékelési eredmények *nyilvános publikálásának*⁶⁵ következményeit vizsgálták. Ezek egy része speciális ellátási területekre korlátozódott, például a kardiológiai ellátásokat értékelő USA-beli programok hatását vizsgálták: a magasabb kockázatú betegeket továbbküldték, az adatrögzítési fegyelem romlott (adatmanipuláció) (Jacobson et al. 2003), illetve ténylegesen magasabb volt a mortalitás és több nem kívánatos esemény következett be (Mannion és Goddard, 2003).

Hibbard és szerzőtársai (2003) kórház szinten vizsgálta a nyilvános publikáció hatását. Egy kísérleti kutatási tervet alkalmaztak a kórházi teljesítmény (mutatók formájában történő) nyilvános jelentése hatásainak vizsgálatára. Azt találták, hogy a nyilvános jelentés ösztönzi a minőségfejlesztési tevékenységeket a kórházakban összehasonlítva a csak belső jelentést kapó kórházak beavatkozási csoportjával és a kontrollcsoporttal, különösen abban az esetben, ha a jelentett teljesítmény alacsony volt. Azonban feltárták azt is, hogy a nyilvános jelentés negatív attitűdöt, félelmet és bizalmatlanságot generál és szintén érdemes megemlíteni, hogy a kórházak 15%-a azt válaszolta, hogy a pontszámaik „csak a kódolási gyakorlatuk megváltoztatása miatt javulnának” (Hibbard et al., 2003, p.92.). A nyilvános

⁶⁵ A nyilvános publikálás vagy nyilvános jelentések (public reporting) a legtöbbször indikátorok eredményeinek közzétételére vonatkoznak, ld. például az ún. bajnoki tabellákat, amelyek a mutatószámok alapján rangsorokat közölnek, ugyanakkor az akkreditáció eredményének közzététele is nyilvános publikálásnak számít. Nyilvános jelentés kapcsolódott a 4.2.3 illetve az 5.3.2 alponban bemutatott példák közül az NHS star rating rendszeréhez és a magyar EBF indikátorrendszerhez is.

jelentés beavatkozási csoportjában a kórházak úgy gondolták, hogy a jelentések befolyásolni fogják az imázsukat, de a piaci részesedésüket nem.

A nyilvános jelentések minőségfejlesztésre gyakorolt hatásáról eltérő megállapításokat publikáltak. Egyes szerzők szerint az ellátási gyakorlatra, az ellátók viselkedésére alig van hatása. (Schneider – Lieberman, 2001; Vallet et al. 2006) Más elemzések szerint a rosszabb indikátoreredményeket felmutató kórházcsoportban pozitív hatása volt a nyilvános publikálásnak a minőségfejlesztésre. (Scott – Ward, 2006) Egyes kutatások azonban minőségromlást igazolnak, például azáltal, hogy a nyilvános publikálásban nem érintett kórházi területekről elvonják a figyelmet, átcsoportosítják a forrásokat. (Davies – Marshall, 1999; Mullen, 2004; Scott – Ward, 2006)

Werner és Asch (2005) szerint a nyilvános jelentések javíthatják az egészségügyi ellátás minőségét azáltal, hogy a szolgáltatókat a gyakorlat megváltoztatására ösztönzik vagy csak a magas pontszámokat eredményező ellátásokat nyújtják vagy éppen az alacsony minőséget produkáló dolgozókat eltávolítják. Összességében azonban azt a következtetést vonták le, hogy a nyilvános jelentések csökkentik a betegellátás minőségét a nem szándékolt és negatív következmények miatt. A szerzők felhívják arra is a figyelmet, hogy a nyilvános jelentésekhez kapcsolódó fontos szempontok a külső elszámoltathatóság és az átláthatóság is, ezért kihangsúlyozzák, hogy fontos a különböző célkitűzések megkülönböztetése és figyelembe vétele a rendszerek kifejlesztésénél.

A szakirodalmi áttekintésen alapuló tanulmányok megállapítják, hogy a nyilvános jelentések nem kívánt következményei lehetnek: a paciensek szelektálása (nem fogadása és továbbküldése), az adatjelentés módosítása, a betegellátás magasabb költsége (defenzív orvoslás), forrásátcsoportosítás a nem mért területekről az értékelt területek felé, korábbi kórházi elbocsátás, a betegpreferenciák és a klinikai véleménynyilvánítás figyelmen kívül hagyása (az orvosoknak a célértékek elérésére ösztönzése miatt). (Werner – Asch, 2005; Belicza – Takács, 2007)

Nem csak a nyilvános publikáció, hanem a külső kórházi értékeléshez kapcsolódó további intézkedések, ösztönzők hatását is vizsgálták kutatások. Custers és szerzőtársai (2008) irodalomkutatást végeztek, hogy az ösztönzők eredményességéről⁶⁶ összegezzék a fellelhető információkat. A nyilvános jelentések esetében találtak bizonyítékot az eredményességre, de csak a jelentésben érintett teljesítményterület tekintetében és csak a szolgáltató közvetlen ösztönzése esetében, azaz amikor a belső motivációra próbál hatni. A nyilvános jelentés közvetett hatására nincsen bizonyíték, mivel a paciensek vagy nem használják fel az információt vagy nincs lehetőségük a szolgáltatók közötti választásra. (A nyilvános jelentések közvetett és közvetlen hatásával kapcsolatban ugyanerre a következtetésre jutott Shekell (2009) is kutatása során.) Custers és szerzőtársai (2008) találtak némi bizonyítékot a bonusz rendszerek eredményességére, azonban más ösztönzők esetén csak korlátozott mértékben vagy egyáltalán nem voltak bizonyítékok.

4.3.1.3. A külső kórházi értékelések nem kívánt következményei

Az indikátorokon alapuló rendszerek nem kívánt következményeire már a '90-es években felfigyeltek a kutatók (ld. pl. Smith, 1993). Custers és szerzőtársai (2008) a külső kórházi értékelési módszerekhez (nem csak az indikátorrendszerekhez) kapcsolódó különböző ösztönzők nem kívánt következményeit a következőképpen csoportosították: kijátszás (a mért eredmény maximalizálása a kívánt cél elérése nélkül), a többféle feladat problémája (a nem mért dimenziók/célok elhanyagolása) és végül a külső

⁶⁶ Ebben az esetben a finanszírozó szempontjából kívánatos célok elérésének képessége.

értékeléshez kapcsolódó ösztönzők alááshatják az egészségügyi dolgozóknak a minőségfejlesztésre törekvő belső motivációját.

Boland és Fowler (2000) rendszerelméleti alapokon szintén amellett érvel, hogy a késések, tehetetlenség és nem-linearitás jellemezte egészségügyi szektorban az intézkedések nem-várt, nem-kívánt és a belső ösztönrellel ellenkező magatartáshoz vezethetnek. Ezt nem csak a nyilvános jelentések esetére állítják, hanem például akkor is, ha mutatókon vagy auditon (a szervezetek standardok szerinti minősítésén) alapuló, külső szereplő által végzett értékeléshez jövőbeli forrásallokáció kapcsolódik: A „jól” teljesítő szervezetek több forráshoz jutnak és képesek még magasabb szinten teljesíteni, míg a „rossz” szervezetek még inkább elmaradnak és nehezebb fennmaradniuk.

A fenti irodalom-összefoglaló alapján csak kevés olyan kutatás (pl. MARQuIS projekt) volt ezidáig, amely a különböző módszerek hatásait összehasonlította. Megállapítható továbbá, hogy a módszerek hatásait vizsgáló kutatások többsége az értékeléshez kapcsolódó ösztönzők (pl. nyilvános jelentés, bonusz, forrásallokáció) hatását vizsgálta. Az utóbbi tíz évben a lehetséges ösztönzők közül a nyilvános jelentés vizsgálatára koncentrált számos kutatás. Más ösztönzőket, mint például a teljesítményért vagy minőségért díjazást (pay for performance/quality) csak az utóbbi időben vettek górcső alá (Belicza – Evetovits, 2010).

Számos kutatás felhívta a figyelmet a nem-szándékolt negatív következményekre. A szakirodalmi áttekintésen alapuló tanulmányok (Freeman, 2002; Werner – Asch, 2005; Belicza – Takács, 2007) arra a következtetésre jutottak, hogy a nem szándékolt következmények miatt egyes értékelési rendszerek (pl. nyilvános publikáció) kórházra gyakorolt összehatása kedvezőtlen is lehet.

Az értékelési módszerek ellátásra gyakorolt esetleges negatív hatásaira a jellemző válasz az, hogy az alkalmazott módszert kell tökéletesíteni (pl. a fejlesztésnél figyelembe kell venni a célokat, a szereplők érdekeit, a rendszer sajátosságait). Másik jellemző válasz az, hogy az értékelési módszer alapvetően jó, de a kórháznak még fejlődnie kell, hogy megfelelően tudja adaptálni azt, azaz a szervezeti kultúrájának kell változnia. Meglátásom szerint azonban a releváns kérdés az, hogy az egyes módszerek mögött meghúzódó feltételezések megállják-e a helyüket?

Vajon mi lehet a magyarázata annak, hogy a külső értékelés hatására a kórházi szereplők sokszor nem az elvárt módon reagálnak (pl. ellátás fejlesztése helyett a rendszer kijátszása)? Erre a kérdésre, azaz a külső kórházi értékelési módszerek kórházon belüli hatásmechanizmusára, a kórházi szereplők reakciójára és viselkedésére fókuszáló kutatás egyelőre nagyon kevés készült. Az e kérdéseket érintő tanulmányokat a következő alponthoz foglalom össze.

4.3.2. A külső értékelés hatása a szervezeten belüli szereplők magatartására

A külső kórházi értékelési módszerek gyakorlati alkalmazásakor tapasztalt kudarcok⁶⁷ láttán néhány tanulmány (Klazinga, 2000; Werner és Asch, 2005; Hibbard et al., 2003; Custers et al. 2008) javasolja, hogy a rendszereket a felhasználási szándéknak és a környezet jellemzőinek megfelelően kell kifejleszteni. Custers és szerzőtársai (2008) hangsúlyozzák, hogy az ösztönzők eredményessége függ a környezeti tényezőktől és az adott egészségügyi rendszeren belüli értékeket és célokat figyelembe kell venni. Továbbá Klazinga (2000) is felhívja a figyelmet arra, hogy a különböző modellek közötti választás és alkalmazásuk módja sokkal inkább függ az adott egészségügyi rendszerbeli politikai szándékoktól,

⁶⁷ Ld. az előző alponthoz a nem-kívánt következményeket.

valamint a különböző érintettek hatalmától és érdekeitől, mint a modell melletti észérvektől, a racionális választástól. Továbbá van olyan szerző (Gröne et al., 2008), aki arra is utalt, hogy a kezdeti feltételezések nem biztos, hogy megállják a helyüket a megvalósítás során. Ezt az általam vizsgálni kívánt problémát ragadja meg a *kompatibilitási rés*, mely szerint az értékelési rendszerek kialakítása és alkalmazása mögött meghúzódó *feltételezések*⁶⁸ és a *szervezeti cselekvést befolyásoló domináns erők között* sokszor nagy az eltérés.

Lozeau és szerzőtársai (2002) a minőségmenedzsment és a stratégiai tervezés módszereinek közszektorbeli kórházakban történő alkalmazását vizsgálták, és az elméleti szakirodalom, illetve az empirikus kutatás alapján megállapították, hogy a módszerek mögött meghúzódó feltételezések és a közszektorbeli kórházak szokásos működése között a kompatibilitási rés jelentős. Az empirikus kutatás során megpróbálták feltárni, hogy a kórházakban a különböző hatalmi és érdekviszonyok hatására, a szereplők közötti interakciók révén a kompatibilitási rés „kezelésének” eredetileg felvázolt négy lehetséges esete közül melyek valósulnak meg.

A négy lehetséges eset a következő:

- A laza kapcsolódás (loose-coupling) esetén a menedzsment eszközt csak felületesen alkalmazzák, csak formálisan működik. Ebben az esetben megmarad a kompatibilitási rés és csak elviselik annak létezését.
- A szervezeti átalakulás (transformation) esetén a rés megszűnik azáltal, hogy a szervezet működése oly mértékben igazodik, hogy kielégíti a módszer mögötti elmélet feltételezéseit.
- A kölcsönös igazodás (customization) esetén a rés úgy zárul, hogy a módszert adaptálják oly módon, hogy az eredeti célját elérheti, és mindeközben a szervezet is alakul.
- Az elferdítés (corruption vagy co-optation) esetén a menedzsment eszközt a szervezet „bedarálja” és az eredeti szerepek és hatalmi viszonyok termelődnek újra. Ebben az esetben a rés azáltal zárul be, hogy a módszer közelít a szervezet működéséhez.

Lozeau és szerzőtársai (2002) feltételezése szerint minél nagyobb a kompatibilitási rés, a szervezetek annál inkább hajlamosak a menedzsment technika előbbi értelemben vett elferdítésére. Az esettanulmányok és interjúk elemzése alapján a domináns minta mindkét menedzsment technika (minőségmenedzsment és stratégiai tervezés) esetén a laza kapcsolódás vagy az elferdítés esete volt. Csak néhány outlier esetet azonosítottak, amikor a kölcsönös igazodás vagy esetleg a szervezeti átalakulás volt jellemző.

Lozeau és szerzőtársai (2002) kutatása azért különösen releváns PhD kutatásom szempontjából, mert az esettanulmányokat és az interjúkat olyan környezetben végezték (Quebec, Kanada), ahol a kórházi akkreditációnak, azaz a külső kórházi értékelések egyik típusának szerepe jelentős. A szerzők azt állapították meg, hogy az általuk vizsgált minőségmenedzsment programokat főként a Canadian Council for Hospital Accreditation (CCHA, Kanadai Kórházi Akkreditációs Testület) intézet nyomására vezették be, mivel az akkreditációs standardok között erre vonatkozó elvárások is szerepeltek. Bár az akkreditáció nem volt kötelező, de a kórházak számára a jó hírnév miatt mégis fontos volt. Az akkreditáció egyik jellemző hatása volt, hogy a minőségügyi tevékenységek intenzitása az akkreditációs felülvizsgálat előtt hat hónappal hirtelen megnőtt, majd utána hirtelen visszaesett. A minőségügyi programok jellemzően az eljárások dokumentációjára fókuszáltak inkább, mint a minőségfejlesztésre. Ez a reakció a szervezeten

⁶⁸ A feltételezések szerepet játszanak például a különböző rendszerek kialakításában, módszerek kiválasztásában és a kapcsolódó célkitűzések meghatározásában is.

belüli hatalmi viszonyokat érintetlenül hagyta. Szintén efelé mutat az, hogy az akkreditációra történő felkészítést általában egy ápolóra bízta, akinek a menedzserekhez és az orvosokhoz képest kisebb az érdekérvényesítő képessége a szervezetben. Úgy tűnik, hogy az eredeti viszonyok fenntartását a kórház vezetői és a CCHA, illetve a vezetők és az alkalmazottak közötti ki nem mondott megállapodás is támogatta, azaz hogy az akkreditációs követelményeket csak formálisan teljesíti a kórház. Lozeau és szerzőtársai (2002) csak egy outlier esetet azonosítottak a minőségmenedzsment kapcsán, amikor úgy tűnt, hogy a kölcsönös igazodás esete állt fenn, azaz a módszert a szervezetre adaptálták és eközben a szervezet is alakult. Az eset mélyebb vizsgálatakor kiderült, hogy a minőségmenedzsment programok lényegében csak a kórház egyik üzemeltetési osztályának tevékenységét érintették igazán, és ez egy elkülönült sziget maradt a szervezeten belül. Ez a „sziget” egy olyan terület volt, amely a kórház támogató személyzetéhez tartozik és ahol Mintzberg (1991) szerint is eleve jobbak a lehetőségei a gépi bürokráciában működő kontrollmechanizmusoknak, azaz például a munkafolyamat vagy output standardizálásának.

Szintén az akkreditáció hatását vizsgálták Pomey és szerzőtársai (2004) Franciaországban. Egy egyetemi klinikán készítették longitudinális feltáró jellegű esettanulmányt az akkreditációra való felkészülés (önértékelés) időszakában, azt követően, hogy kötelezővé vált az ilyen típusú külső értékelés az országban. A kutatók kvantitatív és kvalitatív adatgyűjtési módszereket és több elemzési szintet alkalmaztak. Az esettanulmány egyik következtetése, hogy az akkreditációra felkészülés különböző módon érintette az egyes szakmacsoportokat a kórházon belül. Az akkreditáció sikerességében a klinika vezetősége különösen érdekelt volt, mivel ők személyesen is érintettek voltak, és a felkészülési időszak lehetővé tette számukra, hogy a szakértők felett közvetlen felügyeletet gyakoroljanak. Ez a hatalmi erőter átrendeződéséhez vezetett, ami konfliktus forrása lehet és az egészségügyi személyzet bekapcsolódását veszélyeztetheti. Az orvosok a kezdeti érdeklődés után tapasztalták, hogy ez sokkal inkább a szervezeti működési kérdésekről szól és nem a szakmáról, így kevésbé vettek részt a felkészülésben, mint az ápolók, akiket a szervezési kérdések jobban megmozgattak. Az esettanulmány egyik legérdekesebb következtetése az volt, hogy a felkészülés során új kommunikációs csatornák alakultak ki a kórház különböző területein és hierarchia-szintjén dolgozók között, azaz egy kiváló lehetőség adódott a szervezeten belüli társadalmi kapcsolatok és tőke megteremtésére. A kutatók szintén változást figyeltek meg a dolgozók attitűdjében, például a betegközpontúság előtérbe helyeződött, és az írott szabályozás kultúrája megjelent a szervezetben. (Pomey et al. 2004)

A külső értékelési módszerek kórházon belüli hatásmechanizmusát, a szereplők magatartására gyakorolt hatását bár ezideig csak kevesen kutatták, ugyanakkor más közszektorbeli szervezetek esetében is vizsgálták már ezt a kérdést. Így például Espeland és Sauder (2007) illetve Sauder és Espeland (2009) a reaktivitás (reactivity) elméletét vette alapul és a felsőoktatási intézmények indikátorok szerinti rangsorát használta fel példának arra, hogy bemutassák, hogyan hat az értékelés, a megfigyelés és a mérés az érintettek viselkedésére. Az előző alponban, kórházak esetében bemutatott nem kívánt következményekhez hasonló hatásokat azonosítottak a felsőoktatási – azon belül a jogi képzést nyújtó – intézmények rangsorok alapján történő értékelésénél is (pl. csak a mért területekre koncentráló forrásátcsoporthoz és munkafolyamat-átszervezés, kijátszás), amelyekhez különböző mechanizmusok vezethetnek el. Kutatásuk során az önbeteljesítő jóslat (self-fulfilling prophecies) és az összemérhetőség (commensuration) mechanizmusokat azonosították: Az előbbi alatt azt értik, hogy az egyes szereplők olyan módon reagálnak a közzétett rangsorokra, amely végül valóban igazolja a méréshez kapcsolódó, a

mutatószámokban rejlő előzetes várakozásokat és feltételezéseket. Az utóbbi, az összemérhetőség a rangsorok esetében többek között az információ csökkentése, egyszerűsítése, integrálása, vagy az intézmények közötti viszonyok kreálása révén a figyelem irányításával fejti ki hatását. Ez az oktatási ágazatban végzett kutatás rámutat annak fontosságára, hogy az értékelési módszerek hatásmechanizmusának jellemzésénél fontos lehet figyelembe venni az osztályozási keretrendszer alapján történő tipizálást, hiszen a keretrendszer dimenziói alapján a rangsorokra más jellemző mint például az akkreditációra.

A 4. fejezetben előbb a külső kórházi értékelési módszerek rendszerezési szempontjait és az általam javasolt keretrendszert mutattam be, amelynek segítségével jellemezhetőek a gyakorlatban alkalmazott módszerek, illetve meghatározható a kutatások érvényességi köre. A fejezet második felében a nemzetközi kutatási eredmények bemutatásával rávilágítottam arra, hogy a kórházi ellátás outputjára, eredményére gyakorolt hatást és a nem kívánt következményeket már számos kutatás vizsgálta, amelyek igazolták, hogy a külső kórházi értékelés hat a szervezeti szereplők magatartására. Arra a kérdésre, hogy ezen módszerek hogyan érik el, milyen szervezeten belüli folyamatokon keresztül a kívánt eredményt vagy éppen a nem kívánatos következményeket már jóval kevesebb kutatás kereste a választ. Empirikus kutatásommal ezért erre a kutatási részre, azaz a külső értékelési módszereknek a kórházi szereplők magatartására gyakorolt hatásának vizsgálatára fókuszálok.

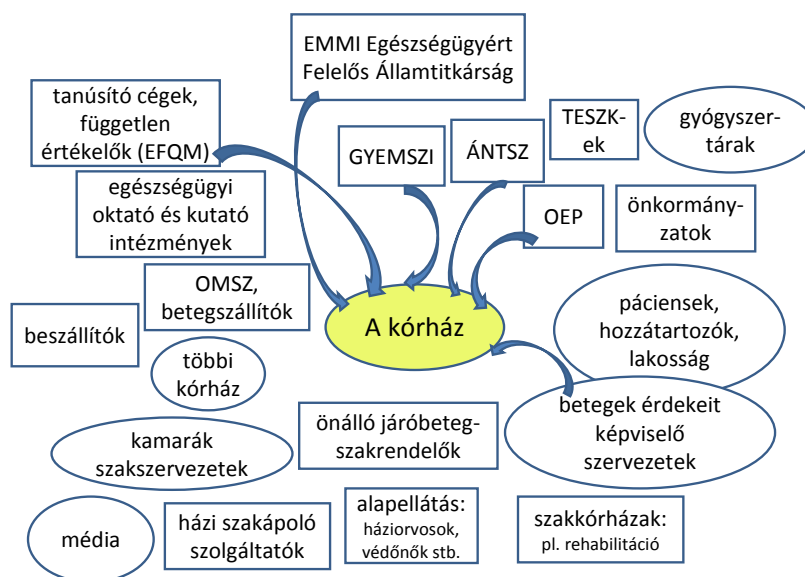
5. A magyarországi környezet: a kórházak jellemzői és a külső kórházi értékelési módszerek

PhD kutatásomban a külső kórházi értékelési módszerek hatását a magyarországi egészségügyi környezetben fogom vizsgálni. Ebben a fejezetben ezt a környezetet és a Magyarországon eddig alkalmazott külső kórházi értékelési módszereket mutatom be. Az első alfejezetben a magyarországi kórházak külső érintettjeit ábrázolom és kiemelem közülük azokat, amelyek a definícióm szerinti külső kórházi értékelést végeznek vagy végezhetnének. A következő alfejezetben a magyar kórházszektor alapvető és témám szempontjából legfontosabb jellemzőit ismertetem. A harmadik részben pedig a külső kórházi értékelést érintő jogi szabályozást, az eddigi kezdeményezéseket és alkalmazott módszereket mutatom be.

5.1. A magyarországi kórházak külső érintettjei

Az egészségügyi rendszer 3.2 alfejezetben felsorolt szereplőit a magyarországi helyzetre, 2013-ra vonatkozóan a 8. ábrán mutatom be. (A kórházi esettanulmányhoz az adatgyűjtést 2013-ban végeztem.) Az ábrában az egészségügyi rendszer szereplői közül azokat emelem ki, amelyek a vizsgálódásom középpontjában álló kórház és a kutatási témám szempontjából lényegesek.

8. ábra: A kórház külső érintettjei Magyarországon 2013-ban⁶⁹



Forrás: saját szerkesztés

⁶⁹ Az ábrában szereplő rövidítések: EMMI – Emberi Erőforrás Minisztérium, GYEMSZI – Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, ÁNTSZ – Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, TESZK – Térségi Egészség-szervezési Központok, OEP – Egészségbiztosítási Pénztár, OMSZ – Országos Mentőszolgálat, EFQM – European Foundation for Quality Management

A 8. ábrában a nyílak arra utalnak, hogy jellemzően mely külső érintettek értékelik / értékelhetnék a kórházat az általam definiált külső értékelési rendszereken keresztül. Az alkalmazott módszereket az 5.3. alfejezetben mutatom be. (Az 5.3. alfejezetben külső értékelőként megjelenő Egészségbiztosítási Felügyelet nem szerepel a fenti ábrán, mert 2010-ben megszűnt.)

5.2. A magyar kórházi alrendszer jellemzői

A magyar egészségügyi rendszeren belüli kórházi alrendszer alapvető jellemzőin, azaz a tulajdonosi struktúráján és finanszírozási módon túl ebben az alfejezetben a magyar kórházak és azon belül a kórházi szereplők magatartását befolyásoló finanszírozási technikák hatásait mutatom be röviden.

5.2.1. A magyar kórházak tulajdonosi struktúrája

Kornai – Eggleston (2004) az egészségügyi szolgáltató szervezeteket a tulajdonosi jogok gyakorlója szempontjából a következő módon osztályozza:

- állami tulajdonú szervezet: ide tartoznak a központi kormányzati tulajdonban lévő szervezetek és a helyi önkormányzati tulajdonúak is,
- non-profit, nem állami tulajdonú (pl. egyházi, alapítványi) szervezetek,
- profitorientált magántulajdonú szervezetek.

Kornai és Eggleston megjegyzik, hogy a fenti tulajdonosi formák között létezik átment és többféle módon kombinálhatóak is.

A magyar kórházak többségében állami tulajdonúak, ezen belül 2012-ig többségében a helyi önkormányzatok gyakorolták a tulajdonosi jogokat a városi, a megyei és a fővárosi kórházak esetében. 2012-ben az egészségügyi szektorban centralizációs folyamatok zajlottak le: 2012. január 1-től állami tulajdonba és közvetlen irányítás alá került 46 (az integrációkat követően 43) megyei önkormányzati illetve fővárosi önkormányzati tulajdonban lévő egészségügyi szakellátó intézmény, 2012. május 1-től pedig a korábban települési önkormányzati tulajdonban lévő 54 fekvőbeteg egészségügyi szolgáltató is. 2013. január 1-től további 10 fekvőbeteg egészségügyi szolgáltató került állami tulajdonba. (Borbás – Mihalicza, 2011) Az állami tulajdonosi feladatokat ellátó Intézmény-felügyeleti és Vagyonkezelési Igazgatóság a GYEMSZI (Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet) szervezeti keretein belül működik. A GYEMSZI 2011. május 1-én jött létre 5 korábbi központi háttérintézményt (EMKI, OGYI, ESKI, ETI, OSZMK)⁷⁰ magába integrálva (GYEMSZI Alapító Okirat). A GYEMSZI feladatköre sokrétű, hozzá tartozik többek között „az országos egészségügyi minőségfejlesztési és betegbiztonsági stratégia megalkotása, a különböző ellátási szintek szakmai fejlesztési koncepciójának, módszertani hátterének kidolgozása és betegút szervezési és fejlesztéspolitikai feladatok ellátása”. (<http://www.gyemszi.hu>)

Az önkormányzati tulajdonlási és üzemeltetési forma mellett kibontakozó alternatívát jelentett a 2000-es években elindult funkcionális privatizációs hullám. Ennek során for-profit magáncégek tulajdonába került

⁷⁰ EMKI – Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet, OGYI – Országos Gyógyszerészeti Intézet, ESKI – Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, ETI – Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, OSZMK – Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ

több kórház üzemeltetése. 2007-2009-re már 10-12 ilyen kórház volt Magyarországon. (Dózsa, 2010) Ezt követően azonban elindult és 2011-ben is folytatódott a visszarendeződés, több kórház kiszervezett üzemeltetése visszakerült az önkormányzati tulajdonos majd a központi állam kezébe. (Borbás – Mihalicza, 2011)

Magyarországon a magántulajdonú és az egyházi, alapítványi, egyesületi kórházak száma és az ellátásbeli súlya kicsi és többnyire szakkórházakként működnek. (Dózsa, 2012)

Az elmúlt években az egészségügyben lezajló centralizációs folyamat a kutatási témámra is hatással lehet. A kórházi alrendszer felett a tulajdonosi feladatokat ellátó GYEMSZI egyben az intézmények fejlesztéséért is felel.

5.2.2. A kórházi ellátás finanszírozási módja

A finanszírozás módjait a következőképpen csoportosítja Kornai és Eggleston (2004):

- állami finanszírozás, amely esetben az állami költségvetés általános adóbevételei a forrás,
- kötelező biztosítás, amelynek aletei:
 - egyetlen országos szervezet vagy több regionális szervezet tartozik a kötelező társadalombiztosításhoz (monopóliumok),
 - vagy a biztosítók versengenek egymással, hogy kivel kötik a potenciális tagok a kötelező biztosítást,
- önkéntes biztosítás: az egyén választhat, hogy üzleti biztosítást köt-e valamelyik biztosítótársasággal,
- közvetlen egyéni fizetés a szolgáltatónak.

Természetesen a finanszírozás esetében is előfordulhatnak kombinált formák.

A kórházi ellátások működési költségét⁷¹ Magyarországon az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozzák, amelyet az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kezel (kötelező társadalombiztosítás, egyetlen országos szervezet). Az Egészségbiztosítási Alap bevétele járulékokból (munkáltatói⁷² és biztosítottai), hozzájárulásokból (pl. százalékos egészségügyi hozzájárulás), a népegészségügyi termékadóból, baleseti adóból és egyéb központi költségvetési hozzájárulásokból⁷³ származik. (Borbás – Mihalicza, 2011)

A '90-es évek közepétől a jogi szabályozás és a finanszírozási környezet lehetővé teszi Magyarországon a szektorsemleges finanszírozást, azaz az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) tulajdonostól és társasági formától függetlenül ugyanolyan feltételekkel tud szerződést kötni az egészségügyi szolgáltatókkal. (Dózsa, 2010)

A kórházi ellátások esetében Magyarországon a közvetlen egyéni fizetés legális módja csak kismértékben van jelen. Jellemzőbb viszont a nem legális közvetlen egyéni fizetés (hálapénz), amely a kórházon belüli munkavállalók egy részét érinti.

⁷¹ A működési költségen túl a kórházi fejlesztéseket, beruházásokat 2012-ig az önkormányzati fenntartóknak kellett elvileg finanszírozniuk, a tulajdonosváltással természetesen ez a szabályozás is módosult.

⁷² 2012-től szociális hozzájárulási adó néven szerepel.

⁷³ Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek kisebb hányadát képezik még az egészségbiztosítási tevékenységgel kapcsolatos egyéb bevételek, Nyugdíjalaptól átvett pénzeszközök, működési és felhalmozási célú bevételek, vagyongazdálkodással kapcsolatos bevételek (GYEMSZI, 2011).

5.2.3. A finanszírozási technikák hatása a kórház működésére

A magyarországi kórházakban a járóbeteg-szakellátást a szolgáltatásonkénti díjazás (fee for service) alapján, az aktív fekvőbeteg-szakellátást az esetalapú térítés módszerével, illetve a krónikus ellátást napi díj alapján finanszírozzák az Egészségbiztosítási Alapból. A járóbeteg-szakellátásnál a (német egészségügyi rendszerből átvett) pontrendszert, míg az aktív fekvőbeteg-szakellátásban a HBCs⁷⁴ (homogén betegcsoportok) alapú finanszírozási technikákat alkalmazzák. Ez utóbbi kettőt hívják Magyarországon teljesítményfinanszírozásnak. A fekvőbeteg- és a járóbeteg-szakellátásban 2004. január 1-től alkalmazzák az úgynevezett teljesítményvolumen-korlátot (TVK) a fokozódó teljesítmény elszámolások (teljesítménypörgetés) megfékezésére (Dankó et al. 2006). A TVK szerinti finanszírozási szabályok bevezetésük óta többször változtak, 2011-ben a sávos degressziós finanszírozás újbóli bevezetésével enyhült a TVK szerinti szigor. (Borbás – Mihalicza, 2011)

„Számos bizonyíték van arra, hogy a szolgáltatókkal való elszámolásban alkalmazott fizetési rendszerek nagymértékben befolyásolják az egészségügyi szolgáltatások mennyiségét és minőségét.” (Kornai – Eggleston, 2004 p.68.)⁷⁵ Az egyes finanszírozási technikák pozitív hatásai mellett nem szándékos, torzító hatásokkal is járnak, amelyeket a magyar kórházi finanszírozási technikák tekintetében a következőkben foglalok össze.

A járóbeteg-szakellátásban a pontrendszer, mint ahogyan a szolgáltatásonkénti díjazás általában, a nagyobb volumenű ellátás nyújtására ösztönöz, azonban ez nem vezet feltétlenül egyben nagyobb kórházi bevételhez. Hiszen bár az egyes szolgáltatásoknak meghatározott pontértéke van, a pont forintértéke csökkenhet a növekvő volumen esetén, ha összköltségvetési korlátot alkalmaznak. A szolgáltatók egymás kárára próbálnak nagyobb részesedést kiharapni az ugyanakkora „költségvetési-tortából”. A szolgáltatásonkénti díjazásnak további hátránya, hogy nem ösztönöz a minőség⁷⁶ javítására. Az aktív fekvőbeteg-szakellátásban alkalmazott HBCs rendszer pedig pozitív hatásai mellett (pl. a technikai hatékonyság növelése, költségtudatosság növelése) a következő nem kívánt mellékhatásokkal jár: a betegek túl korai hazaküldése, járóbeteg-szakellátás helyett fekvőbeteg-szakellátás nyújtása, az adatok manipulálása („túlkódolás”) és ez sem ösztönöz a minőség javítására. A krónikus ellátás területén pedig az ápolási idő hosszabbodásához vezethet a napidíj alapján történő finanszírozás. (Orosz – Ellena – Jakab, 1998; Kornai – Eggleston, 2004; Dózsa, 2010)

Témám szempontjából ennek azért van jelentősége, mert egyrészt ezen ösztönzési rendszerekkel kapcsolatban már bebizonyosodott, hogy számos nem kívánt hatásuk van, ami előrevetíti a külső értékelési rendszerekhez kapcsolódó ösztönzők esetében is a lehetséges hatásokat. Másrészt említettem, hogy a magyarországi kórházi finanszírozási technikák nem ösztönzik a minőség javítását.

5.3. Külső kórházi értékelési módszerek Magyarországon

A rendszerváltás után az 1990-es évek elején a magyarországi kórházak működése jelentős változásokon ment keresztül. Megváltozott a tulajdonosi struktúrájuk, többségük önkormányzati tulajdonba került. Megváltozott a kórházak finanszírozási rendszere: a korábbi bázisfinanszírozást

⁷⁴ Az amerikai DRGs (diagnosis related groups) rendszer hazai változata.

⁷⁵ Ehhez hasonló konklúziót fogalmaz meg Orosz (2001, p.19.) is.

⁷⁶ Itt a minőség a szolgáltatásminőség értelemben szerepel. (ld. Kenesei – Kolos, 2007)

felváltotta az ún. teljesítményfinanszírozás (ld. 5.2.3. alpont). Az átalakult egészségügyi rendszerben új kihívásokkal kellett a kórházi vezetésnek szembenéznie, amely a vezetéstudomány és a minőségbiztosítás eszközei felé fordította a figyelmet (Ajkay – Szabadfalvi, 1992). Az 1990-es évek elején a kórházakban terjedni kezdett a kontrolling és a minőségbiztosítási módszerek alkalmazása. Az első minőségügyi kezdeményezések a '90-es évek elején egy Európai Bizottság által támogatott projekt hatására indultak el a kórházakban (Makai et al. 2009), illetve több szakmai szervezet⁷⁷ is felkarolta a minőségügyi rendszerek kiépítésének gondolatát. A külső kórházi értékelési módszerek közül az ISO szerinti tanúsítás jelent meg legelőször, az első kórházat (Zala Megyei Kórház) 1995-ben tanúsították ISO 9001 szerint. (Tihanyi – Tompa, 2000; Belicza – Kullmann, 2003)

Ebben az alfejezetben a külső kórházi értékeléseket érintő jogi szabályozási környezetet mutatom be. Továbbá összegyűjtöm azokat a Magyarországon eddig megjelent módszereket, amelyek definícióm szerint külső kórházi értékelésnek tekinthetők. A kutatásom szempontjából releváns módszereket az 5.4. alfejezetben részletesebben is bemutatom.

5.3.1. A jogi szabályozás és a kórházi tanúsítások terjedése

Az 1990-es évek elején az egész nemzetgazdaságot érintően több kormányhatározat is foglalkozott a minőségüggyel, az ágazati minőségügy az ágazati miniszterek felelősségi körébe került. Így a Népjóléti Minisztérium 1991-ben megalakította a Minőségügyi és Akkreditálási Tanácsát, amelynek célja az egészségügyi ágazat minőségpolitikájának kialakítása volt. 1995-ben született meg az a törvény, amely a laboratóriumok és az egészségügyi intézményeket is tanúsító szervezetek akkreditálásáról szolt. (Belicza – Zékány, 1998) A magyarországi kórházak minőségügyi tevékenységét azonban 1999-ig nem szabályozták jogi keretek. Az 1997. évi CLIV. törvénynek az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosításáról szóló 119-124. §-ai 1999-ben lettek hatályosak. (Szy – Sinka, 2004) A törvény előírta, hogy minden egészségügyi intézménynek, így a kórházaknak is működtetniük kell belső minőségügyi rendszert, a *külső rendszerek* alkalmazása azonban *nem volt kötelező*. A törvényben nem volt részletes előírás a minőségügyi rendszerek tartalmára, erre vonatkozóan az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium (ESZCSM) 2003-ban közzétett „Az egészségügyi szolgáltató szervezetek belső minőségügyi rendszeréről, azok követelményeiről” című szakmai irányelve adott útmutatót a kórházak számára (Szy et al. 2003). Tehát ez az irányelv a belső minőségügyi rendszereket szabályozta, és a külső rendszerek alkalmazása (pl. az ISO szerinti tanúsítás) továbbra sem volt kötelező (Kullmann, 2004). Ennek ellenére az 1990-es évek végén és a 2000-es évek elején ugrásszerű növekedésnek indult az ISO 9000-es szabványok szerint tanúsított magyar kórházak száma. (ld. 5. táblázat). Az ESZCSM szakértője szerint ez annak volt köszönhető, hogy ekkor még nem volt elérhető más módszer – az ISO szabványrendszeren kívül – a belső minőségirányítási rendszer jogszabályban előírt működtetési követelményének teljesítéséhez. (Szy et al. 2003)

⁷⁷ pl. Népjóléti Minisztérium Minőségügyi és Akkreditálási Tanácsa, Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központ (EMIKK), Magyarországi Szövetség az Egészségügy Minőségének és Gazdaságosságának Fejlesztésére, Magyar Kórházszövetség Minőségügyi Szakbizottsága, Európai Minőségügyi Szervezet Magyar Nemzeti Bizottsága Egészségügyi Szakbizottság (EOQ MNB ESZB)

5. táblázat: A tanúsított kórházak⁷⁸ számának alakulása

	A felmérés éve									
Kórházak száma	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2008
ISO tanúsított	1	2	4	12	34	55	62	76	76	83
KES vagy MEES tanúsított						3	11	17	18	35
válaszadási arány			53%	39%	63%		74%	85%	85%	80%

Megjegyzés: A 2004-es adatfelvétel időpontja 2004 februárja volt.

Forrás: 1995-2004-es adatok: Szy –Sinka (2004), 2008-es adatok: EBF indikátorrendszer

Az egészségügyért felelős szaktárca az egészségügyben nehézkesen értelmezhető ISO standardok alkalmazására többféleképpen is reagált: egyrészt 2003-ban kiadta az „Ajánlás az ISO 9001-2000 szabvány alkalmazásához egészségügyi szolgáltató szervezetekben” című segédletet, másrészt a fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan specifikus standardok fejlesztését támogatta. Ez utóbbi Kórházi Ellátási Standardok (KES) néven 2001-ben jelent meg (Szy et al. 2003). Ezen standardok alapján a kórházakat végül szintén tanúsítani lehetett (bár eredetileg a kórházak akkreditációját alapozta volna meg). Ahogyan az az 5. táblázatból látható, 2001-től a kórházak választhattak, hogy ISO vagy KES, esetleg mindkettő szerinti tanúsítást szereznek, amely továbbra is önkéntes lehetőség volt. A 2004 februárjában készített felmérés szerint 76 kórháznak ISO szerinti és 18-nak pedig KES szerinti tanúsítása volt, ezeken belül 14 kórháznak mindkét tanúsítása megvolt. Azaz együttesen 80 kórháznak, a válaszadók 59%-ának volt tanúsítása 2004-ben. (Szy – Sinka, 2004)

A kórházak számára kínálkozó többféle lehetőséget végül az ágazati minőségpolitika úgy kezelte, hogy célja „az egészségügyi szolgáltató szervezetek integrált minőségirányítási rendszermodelljének” a kialakítása lett. (Szy et al. 2003, p. 20.) A KES-t követően további egészségügyi ellátási területekre is kifejlesztettek a minisztérium kezdeményezésére standardokat, így a járóbeteg-szakellátás (JES), a háziorvosi (HES) és a védőnői ellátás (VES) esetére. (EÜM, 2007) Az ellátási standardokat az Egészségügyi Minisztérium 2007-ben Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES) néven egy integrált rendszer keretében adta ki, amely egyrészt segítséget nyújtott a belső minőségügyi rendszer kialakításában, másrészt a MEES alapján az egészségügyi szolgáltatók tanúsítását lehetett kérni. A MEES kézikönyv bevezetője szerint ezen ellátási standardok más rendszerekkel (pl. ISO 9001:2000 szabvány vagy EFQM modell) együtt az integrált minőségmenedzsment rendszerek kialakítását támogatták. (EÜM, 2007) Az ISO vagy KES, illetve MEES szerint tanúsított kórházak⁷⁹ aránya 2008-ban elérte a 71 %-ot (EBF indikátorrendszer, 2008, saját számítás).

A magyar kórházak minőségbiztosítási, -fejlesztési tevékenységéről 1992 óta vannak felmérések. Az első 1992-ben az Ernst & Young publikálta, a második az EMIKK (Egészségügyi Minőségfejlesztési Konzultációs Központ) füzetek sorozatban jelent meg 1994-ben. (Belicza – Boján, 1994; Belicza et al. 1998) A harmadik kérdőíves felmérést a Magyar Kórházszövetség Minőségügyi Szakbizottsága készítette 1998-ban, majd a felmérést 2002 őszén újból megismételte. (Belicza et al. 1998; Belicza – Kullmann, 2003) A kórházak minőségügyi tevékenységéről az egészségügyi szaktárca is végzett felméréseket 1998-2004 között évente (kivéve 2001-ben). (Szy – Sinka, 2004) A tanúsított kórházak

⁷⁸ A táblázatban nem csak a 4.1 alfejezetben megadott definíció szerinti kórházak szerepelnek, hanem az összes megkérdezett és választ adó kórház.

⁷⁹ Az adat az összes megkérdezett és választ adó kórházra vonatkozik, azaz a 4.1 alfejezetben megadott kórház definíciónál tágabb körre. A definíció szerinti kórházakra pontos adatot az esetválasztás kritériumait bemutató 6.2 alfejezetben fogok adni.

listája 2004-ben meg is jelent a Magyar Minőség című szakfolyóiratban (13. évf. 10. sz. 10-11.o.). 2009-ben és 2011-ben az EMKI gyűjtött adatokat a kórházak minőségirányítási rendszeréről, (EMKI, 2009; EMKI kérdőíves felmérés 2011-ben), az Egészségbiztosítási Felügyelet pedig a minőségi indikátorprogramja keretében 2008-ban, 2009-ben és 2010-ben ezt a területet is felmérte. (Gémes et al, 2011)

5.3.2. Alkalmazott hazai külső kórházi értékelési módszerek

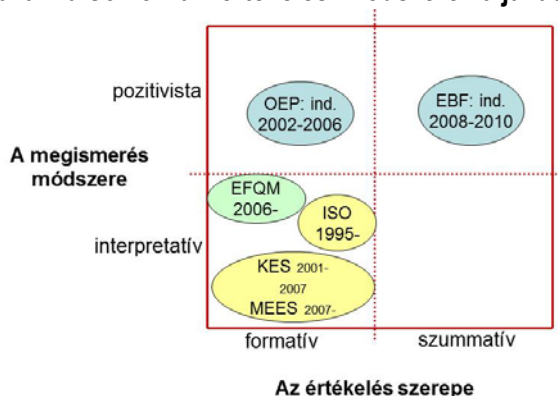
A kórházak tanúsítása mellett a magyar egészségügyi rendszerben további külső kórházi értékelési módszerek is megjelentek. A definíciónak (ld. 4.1 alfejezetben) megfelelő hazai külső kórházi értékelési módszerek a következők:

- ISO 9001 szabvány szerinti tanúsítás 1995-től,
- KES (2001-2007), MEES (2007-től) szerinti tanúsítás,
- Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) indikátorprogramja (2002-2006),
- Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF) indikátorprogramja (2008-2010),
- Nemzeti Minőségi Díj közszolgáltatói kategória meghirdetése 2006-tól (EFQM alapú).

Az előző módszereken túl további ezekhez közelálló kezdeményezések is voltak még (pl. ESZCSM 2003-as indikátorai, országos betegelégedettségi felmérések, klinikai audit), amelyek azonban definícióm szerint nem tartoznak a külső kórházi értékelési módszerek közé.⁸⁰ Az egyes módszereket és a további kezdeményezéseket a 2. mellékletben mutatom be részletesen.

A külső kórházi értékelési módszerek tekinthető példákat a 9. ábrán helyeztem el az általam javasolt osztályozási keretrendszerben (ld. 4.2.2. alpontot). (Az egyes módszerek helye a konkrét gyakorlati alkalmazások esetében ettől eltérhet. Például tesztelendő az ISO illetve a MEES szerinti tanúsítás helye az ábrában.)

9. ábra: A hazai külső kórházi értékelési módszerek a javasolt keretrendszerben



Forrás: saját szerkesztés

A 9. ábrán elhelyezett értékelési módszerek közül nem mindegyik volt vizsgálható az empirikus kutatásom során. Ugyanis az OEP és az EBF indikátorrendszere csak rövidebb ideig működött és a kutatásom időszakában már nem léteztek ezek a programok. Az EFQM modell alapján történő külső

⁸⁰ Az ESZCSM kezdeményezésére kifejlesztett és számolt indikátorokat a kórházak menedzsmentjének jelezték vissza további felhasználásra, a külső értékelés a szervezeti szintnél aggregáltabb szinten volt elérhető. A kórházon kívüli szereplők által kezdeményezett és elvégzett betegelégedettségi felmérések nem váltak rendszeressé és ezeket nem publikálták kórházi szinten. A klinikai audit definícióm szerint nem tekinthető kórházi értékelésnek, mivel nem a szervezetet, hanem a szakmai munkát értékeli. (ld. még 2. mellékletet)

kórházi értékelés, a Nemzeti Minőségi Díjra pályázás csak az utóbbi években indult el és csak pár kórház esetében beszélhetünk jelentős hatásról. A hazai kórházak körében elterjedt, általam vizsgálható módszerek között így az ISO és a KES/MEES szerinti tanúsítás maradt, amelyeket az 5.4 alfejezetben részletesebben is bemutatok.

5.3.3. Új stratégia és szabályozás a hazai egészségügyi minőségfejlesztésben

A külső kórházi értékelési módszerek empirikus vizsgálatánál érdekes lehet, hogy milyen egészségpolitikai kezdeményezések befolyásolják a kórházakat a minőségügy területén, ezért ebben az alponban bemutatom a legújabb egészségpolitikai minőségügyi terveket. A 2010-es kormányváltást követően az ágazati minőségfejlesztési stratégia kialakítása a 2011-ben megalapított GYEMSZI feladata lett. A Nemzeti Egészségügyi Minőségfejlesztési és Betegbiztonsági Stratégia (MIBES) négy fő célja:

1. a betegbiztonság fejlesztése,
2. az egészségügyi szolgáltatók szervezeti működésének, rendszereinek és folyamatainak fejlesztése,
3. az egészségügyi szolgáltatók szakmai tevékenységének a fejlesztése,
4. az egészségügyi szolgáltatók közötti együttműködés és a betegellátás koordinációjának fejlesztése.

A 2. főcélon illetve a 4. főcélon belül az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszerének kialakítása és a betegelégedettségi felmérések is a célkitűzések között szerepelnek. (Belicza et al. 2011) A jelenlegi tervek szerint az akkreditáció önkéntes lesz és a már meglévő ellátási standardok (pl. MEES) ISQua követelményeknek megfelelő továbbfejlesztésén fog alapulni (Belicza, 2012). 2012 nyarán az egészségügyi szolgáltatók minőségügyi rendszerével kapcsolatos jogi szabályozás is megváltozott. A jelenleg hatályos 1997. évi CLIV. törvény „Az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása” cím alatt a 2012. július 1-től hatályos 119-124. §-okban írja le a belső és a külső minőségügyi rendszer elemeit. A belső rendszer működtetése továbbra is kötelező. A külső minőségügyi rendszer magában foglalja a hatósági szakfelügyeletet, a szakmai munka minőségértékelését, az egészségügyi szolgáltatók akkreditációját és a tanúsítást, amelyek közül az utóbbi kettő önkéntesen vállalható. A 124. § szabályozza az akkreditációt és a tanúsítást, amely szerint „Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációja az adott ellátási formára specifikus standardok szerinti működés elismerése”, „A tanúsítás az egészségügyi szolgáltató nemzetközi vagy magyar egészségügyi ellátási standardok szerinti minőségirányítási rendszerének nemzetközi szabvány alapján történő felülvizsgálata és elismerése.”

A fenti jogszabályi módosítások megteremtették a feltételeit a hazai kórházak akkreditációjának, amelynek fejlesztése 2012-ben indult el egy európai uniós támogatású projekt⁸¹ keretében, és előreláthatólag az akkreditációs rendszer 2015 elejétől működik majd élesben.

⁸¹ TÁMOP-6.2.5.A-12/1-2012-0001 „Szervezeti hatékonyság fejlesztése a struktúraváltásban érintett intézményeknél: Egységes külső felülvizsgálati rendszer kialakítása a járó és fekvőbeteg szakellátásban, valamint a gyógyszerterápi ellátásban” projekt

5.4. Az ISO és a KES/MEES szerinti tanúsítások

Ebben az alfejezetben előbb az ISO szabványok szerinti tanúsítások magyarországi kórházak közötti terjedéséről, majd az egészségügy specifikus rendszerek megjelenéséről számolok be részletesebben. Az eddigi tapasztalatokra néhány magyarországi felmérés eredményeinek bemutatásán keresztül hívom fel a figyelmet.

5.4.1. Az ISO 9000 szabványok és a kórházi tanúsítások

Az ISO 9000 szabványsorozatot a Nemzetközi Szabványosítási Szervezet (International Organisation for Standardisation, ISO) 1987-ben adta ki először, azóta a legelterjedtebb minőségirányítási rendszer lett a világon. Ezt megelőzően már számos szabványrendszer létezett, az első standardokat a NATO és a gépkocsigyártás igényeit kielégítendő fejlesztették ki 1945-ben. Az ISO szabványrendszer fejlesztésekor a brit BS 5750 szabványsorozat alapelveire támaszkodtak. Az ISO szabványrendszerhez számos országban hozzáigazították saját rendszerüket, a harmonizáció eredményeként jött létre Magyarországon az MSZ EN ISO 9000 jelzésű szabványsorozat. (Bernáth et al. 2000)

Az ISO szabványsorozat célja, hogy biztosítékul szolgáljon a vevőknek, hogy az előállított termékek vagy szolgáltatások megfelelnek a rendszer követelményeinek, a vevői igényeknek. Ezt pedig oly módon érik el, hogy a szabványok definiálják az irányító, vezetési és szabályozó rendszerek jellemzőit. Azaz a rendszer nem közvetlenül a szervezet alaptevékenységét szabályozza, ezért iparágtól, ágazattól függetlenül alkalmazható a termelő és szolgáltató szervezetekre. Az ISO szabványok szerint kialakított rendszer és működése tanúsítható, amelyet az erre a feladatra akkreditált tanúsító szervezetek végezhetnek el. (Demeter, 2008; Erdei et al. 2010)

Az ISO szabványok szerinti kórházi tanúsítások az 1990-es években világszerte terjedtek, az országok egy részében az egészségügyi adaptációt segítő irányelveket dolgoztak ki. (Gulácsi et al. 2000) Amikor az első magyarországi kórházak az 1990-es években elkezdtek az ISO szabványok alapján kifejleszteni minőségügyi rendszerüket, még az ISO 9000:1994 volt érvényben. A 2000-ben kiadott új szabványokat (ISO 9000:2000)⁸² az egészségügyi szereplők fokozott elvárásokkal várták. (Nagyné Tarr, 1999; Bernáth et al. 2000) Ugyanis a korábbi verzióhoz képest ebben erősödött a folyamatszemlélet, a folyamatos fejlesztés elve, nyelvezete a szolgáltatásokra jobban alkalmazhatóvá tette, a vevőkkel való kommunikáció és kapcsolat fontos terület lett, a TQM filozófiához közelítő nyolc alapelvre épült (Bernáth et al. 2000; Demeter, 2008; Erdei et al. 2010), mindez azt sugallta, hogy az egészségügyi szolgáltatókra jobban alkalmazható lesz, mint a korábbi verzió.

A kórházi minőségügyben élenjáró kórházak sikerjelentésekben számoltak be (Nagyné Tarr, 1999; Tihanyi – Tompa, 2000) az ISO szabványok szerinti tanúsítás megszerzéséről. Az első kórházak számos célból vállalták a tanúsítást: a folyamatok racionalizálása, nyomon követhetőség az ellátás teljes folyamatában, folyamatos fejlesztés (Tihanyi – Tompa, 2000), továbbá „vevőközpontúság”, mintakórházi működés a minőségbiztosítás terén (Nagyné Tarr, 1999); az erősödő versenyhelyzetben, az esetleges

⁸² Az ISO 9000:2000 szabványcsalád négy különálló szabványból áll: ISO 9000 – minőségirányítási rendszerek: alapok és szótár, ISO 9001 – minőségirányítási rendszerek: elvárások, ISO 9004 – Minőségirányítási rendszerek: útmutató a teljesítmény javításához, ISO 19011 – útmutatás a minőségi és környezetirányítási rendszerek auditálására (Demeter, 2008). Az ISO természetesen más szabványokat is megjelentet, amelyek nem képezik az ISO 9000 család részét, így például az egészségügyi laboratóriumokra is vonatkozó ISO 13485 és az ISO 17025 szabványokat (ESZCSM, 2003).

privatizációs lépések közepette helytállás (Gombos, 2002). A törvényi szabályozás illetve annak kommunikációja nem volt egyértelmű a kórházak számára, amely félreértésekhez⁸³ is vezethetett (Nagyné Tarr, 1999). A minőségügyi rendszer tanúsításától és fejlesztésétől többek között a következőket várták el a jövőben: szolgáltatások minőségének javulása, költségek csökkenése, a betegek bizalmának növekedése, nagyobb piaci részesedés. (Nagyné Tarr, 1999; Gombos, 2002) Az első tanúsított kórházak lelkesedése, kommunikációja valószínűleg tovább erősítette a többi kórház körében is az ISO rendszerrel kapcsolatos elvárásokat.

Bár 1998-ban még nem volt jogi szabályozás a kórházak minőségügyi tevékenységének tartalmára vonatkozóan, de a Magyar Kórházszövetség Minőségügyi Szakbizottsága által 1998-ban készített kérdőíves felmérésen a 95 válaszoló kórházból (62,9%-os válaszadási arány) nyolcat⁸⁴ már ISO szerint tanúsítottak. A felmérés szerint a fejlesztési tervek és célok alapján a legnagyobb érdeklődés a minőségügyi rendszerek közül szintén az ISO iránt volt, 1998-ban 32 kórház tervezte a tanúsítás megszerzését. A tanúsításra való felkészüléshez igényként merült fel az anyagi és szakmai támogatás, a stabil jogrendszer, a jól képzett külső szakemberekre vonatkozó ajánlások, az informatikai fejlesztés és az erkölcsi elismerés. A kórházak válaszukban jelezték, hogy a tanúsításhoz méltányos ösztönzőként a finanszírozási támogatásban megjelenő többletbevételt várnák el. (Belicza et al. 1998) A 2002 őszén végzett második MKSz felmérés alapján a tanúsított kórházak száma jelentősen megnőtt, 103 válaszolóból (67,3 %-os válaszadási arány) 47-nek volt tanúsítása (ekkor már érvényben volt a törvényi szabályozás). A minőségügyi rendszerrel kapcsolatban elvárt, de nem teljesült előnyök között legtöbben említették a tanúsított kórházak részéről remélt magasabb finanszírozás elmaradását, valamint hogy a szakmai munka és a szemlélet nem változott. (Belicza – Kullmann, 2003) „Vagyis másképpen kifejezve egyes kórházakban inkább csak a „jó bizonyítvány megszerzése” elvárás teljesült.” (Kullmann, 2004, p. 37.)

5.4.2. Az egészségügy specifikus rendszerek megjelenése

Mivel a kezdeti lelkesedést – úgy tűnt – felváltotta a fokozott elvárások be nem teljesülése, a 2000-es évek elején szemléletváltásnak lehetünk tanúi. Az egészségügyért felelős minisztérium – reagálva a kórházaknak az egészségügyben jobban értelmezhető rendszerek iránti igényeire – pályázatot írt ki ezek kidolgozására. Ezt követően adta ki a minisztérium egyrészt 2001-ben a fekvőbeteg-szakellátásra specifikus Kórházi Ellátási Standardokat (KES), másrészt 2003-ban az „Ajánlás az ISO 9001-2000 szabvány alkalmazásához egészségügyi szolgáltató szervezetekben” című segédletet.

A Kórházi Ellátási Standardok fejlesztése a Joint Commission International kórházi standardjai alapján készültek. A standardok fejlesztése során figyelembe vették az 1997-1998 között zajlott próbatanulmány tapasztalatait is, amely az amerikai Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO) standardrendszerének magyarországi alkalmazhatóságát vizsgálta hét kórház részvételével. (Belicza – Zékány, 1998; Csidei et al. 2004) A standardok az egészségügyi szervezetek

⁸³ Például az egyik, 1998-ban ISO 9001 szerint tanúsított kórházban dolgozó vezető auditor cikkében a következőt írta: „...az egészségügyről alkotott 1997. évi CLIV. törvény 1999. január 1-jétől kötelezővé tette a minőségügyi rendszerek működését, valamint külső fél általi felülvizsgálatát az egészségügyi ellátórendszerekben.” (Nagyné Tarr, 1999, p. 180.) – Mint tudjuk ez az állítás téves, hiszen a törvény csak a belső rendszert tette kötelezővé, de annak külső tanúsítását nem.

⁸⁴ Ezek az adatok eltérnek az 5. táblázatban szereplő minisztériumi felmérések eredményétől, amelynek oka lehet az adott éven belüli eltérő időpontban végzett felmérés, illetve az eltérő válaszadók (ld. válaszadási arány).

akkreditációjának alapját szolgálhatták volna, azonban a későbbi fejlesztések és adaptáció során elkészített Kórházi Ellátási Standardok alapján végül ugyanazok a cégek tanúsíthatták a kórházakat, amelyek az ISO szabványok szerinti tanúsítást is végzik.

A KES megjelenését követően a kórházak azzal a dilemmával álltak szembe, hogy több módszer is a rendelkezésükre állt, azonban a hatályos jogi szabályozások nem adtak egyértelmű utasítást a minőségügyi rendszerek tartalmára vonatkozóan. A többféle lehetőség együttes fennállása végül a rendszerek integrációjához vezetett. Már a 2003-ban az ISO 9001-2000 egészségügyi alkalmazásához kiadott ajánlás egyik deklarált célja az volt, hogy az ISO, KES és az EFQM alapú rendszerek közötti kapcsolódási pontokat megtalálják és egy integrált minőségmenedzsment rendszer felé induljon el a fejlődés. (ESZCSM, 2003) Hajnal és szerzőtársai szerint (2004, p. 12.) az ESZCSM 2004. évi konszenzuskonferenciáján azt állapították meg, hogy „... a hivatkozott törvény [1997. évi tv.] követelményeit az ISO 9001 szabványon alapuló, a KES-követelményekkel kiegészített minőségirányítási rendszer elégíti ki, az egészségügyi szolgáltatók számára ezért az integrált ISO 9001 – KES rendszer kiépítése javasolható.” Ennek az integráció irányába ható folyamatnak a kicsúcsosodása a minisztérium által 2007-ben kiadott Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES) voltak. A MEES kézikönyv bevezetője szerint ezen ellátási standardok más rendszerekkel (pl. ISO 9001:2000 szabvány vagy EFQM modell) együtt az integrált minőségmenedzsment rendszerek kialakítását támogatják. A MEES, amely alapján az egészségügyi szolgáltatók tanúsítására 2007 óta volt lehetőség, felváltotta a korábbi Kórházi Ellátási Standardokat. (EÜM, 2007)

A módszerek integrációjára jó példa az első ISO és KES szerinti együttes tanúsítás a Szent János Kórház esetében 2004-ben (Hajnal et al. 2004). Hajnal és szerzőtársai (2004) az integrált rendszer kiépítésekor szemléletváltásról számoltak be, amely szerintük lehetővé teszi a belső elkötelezettséget, miközben a betegellátás elsődlegessége érvényesül. Hangsúlyozták az egészségügy-specifikus rendszerépítési módszertan szükségességét, ennek például a legfontosabb elemei esetükben az interdiszciplináris csapatok szervezése és a belső auditokra helyezett nagyobb hangsúly volt.

Szintén az egészségügy sajátosságainak fontossága mellett érvel auditorként Radnai és Ivanova (2004) és Széll (2005). Radnai és Ivanova (2004) véleménye szerint minőségügyi szempontból az orvos-beteg találkozás olyan szintű hatással bír, hogy jellemzői külön dimenzióként veendő figyelembe a Donabedian-féle struktúra-folyamat-eredmény hármassban. Széll (2005) felhívja arra a figyelmet, hogy amíg az üzleti szférában a minőségügyi rendszerek kiépítése a racionalizálás révén költségmegtakarítással és a vevők magasabb megelégedettsége révén forgalomnövekedéssel jár, addig az egészségügyben ezek az előnyök kevésbé észlelhetők, egyrészt a betegforgalmat számos más tényező (pl. beutalási rend) befolyásolja, másrészt a finanszírozási szabályok is torzíthatják a hatást.

5.4.3. Az ISO és KES/MEES rendszerekkel kapcsolatos tapasztalatok

Széll (2005) azt állítja, hogy a nemzetközi és hazai tapasztalatok szerint nem ritkán cinizmus, bizalmatlanság, félelem, illetve rezisztencia alakul ki a minőségüggyel szemben. Azonban kérdéses, hogy ez mennyire általános a magyar kórházi dolgozók körében. Széll (2005) ezért egy kérdőíves felmérés keretében vizsgálta a kórházon belüli dolgozók attitűdjét a minőségügyi rendszerrel kapcsolatban. A kutatásban 14 kórház vett részt, amelyből 10 ISO szerint vagy ISO/KES integrált rendszer szerint volt tanúsítva. A kérdőíveket visszaküldő kórházi dolgozók⁸⁵ körében a

⁸⁵ A nem tanúsított kórházakban dolgozók válaszadási aránya kisebb volt, azaz ők a válaszokban alulreprezentáltak.

minőségirányítási rendszerek megítélése alig volt jobb a semlegesnél. A válaszadók a rendszer előnyének tartják, hogy szabályozottabb, átláthatóbb működést tesz lehetővé. A fokozott elvárásokat jelzi azonban, hogy a nem tanúsított kórházakban dolgozók nagyobb arányban várják az átláthatóságot a minőségirányítási rendszertől (87%), mint a már tanúsított kórházak dolgozói (73% az ISO, 71% az ISO/KES szerint tanúsítottakban). A rendszer előnyének tartják még a válaszadók, hogy jogi védelmet nyújt, a munkautasítások megkönnyítik a mindennapos munkát és a belső kommunikációt. Azonban a válaszadók jelentős része a rendszer hatásaként jelezte a túlzott adminisztrációt (82%), a többletmunkát (82%). (Az ápolók és az asszisztensek nagyobb arányban, mint az orvosok és a támogató személyzet.) A minőségirányítási rendszer költségekre gyakorolt hatását sokan nem tudták megítélni (vagy általában a költségek növekedésével értékelték egyet), a betegforgalom növekedését pedig nem igazán észlelték vagy nem adtak rá választ.

A magyarországi kórházak minőségügyi rendszerével kapcsolatos további kutatásokról publikáltak még Wagner és szerzőtársai (2006) és Makai és szerzőtársai (2009). Az előbbi, 2000-ben végzett kérdőíves felmérésben a kórházak minőségmenedzsment rendszerének fejlettségét hasonlították össze három országban a szabályozási és ösztönzési rendszer figyelembevételével. A másik 2005-ben végzett, szintén kérdőíves felmérés (Makai et al. 2009) során a minőségmenedzsment rendszerek fejlettségének, illetve az ISO és KES tanúsításoknak kapcsolatát vizsgálták a betegbiztonsággal. Az előbbieket között gyenge szignifikáns kapcsolatot találtak, azonban a tanúsítás megléte és a betegbiztonság között nem találtak kapcsolatot. A hazai kórházak minőségmenedzsmentjéhez kapcsolódó kutatás még Jenei (2009) esettanulmánya, amely a leanmenedzsment és a TQM kapcsolatát illetve kórházi alkalmazását vizsgálta egy magyarországi minőségi díjas kórházban.

Az 5.4 alfejezetben részletesen bemutatott ISO 9001 illetve MEES szerinti tanúsítás feltételezett (empirikus kutatásomban tesztelendő) jellemzőit tartalmazza a 6. táblázat.

6. táblázat: Az ISO 9001 és a MEES szerinti tanúsítás jellemzői

Külső értékelés, indítás éve	Az értékelő szerepe	A megismerés módszere	Kiterjedtség/ lefedettség	Részvétel	Felhasznált forrás
ISO 9001 szerinti tanúsítás, 1995-től	formatív	interpretatív	minőségirányítási rendszer, termék előállítás, vezetési és támogató folyamatok	önkéntes	Magyar Szabvány MSZ EN ISO 9001
MEES szerinti tanúsítás, 2007-től	formatív	interpretatív	betegellátási folyamatok, diagnosztika, vezetési és támogató folyamatok	önkéntes	MEES kézikönyv (EÜM, 2007)

Rövidítések: MEES: Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok

Az 5. fejezetben a kutatásom környezetét meghatározó magyarországi kórházi alrendszer alapvető jellemzőinek ismertetésén túl kiemeltem a magyar kórházaknak azon külső érintettjeit, amelyek a definícióm szerinti külső kórházi értékelési módszereket leginkább alkalmazhatják. A fejezet második felében a külső kórházi értékelési módszerek magyarországi szabályozási környezetét és terjedését elemeztem, és a legjellemzőbb módszerek megjelenését, kialakulását részletesen tárgyaltam. A legelterjedtebb magyarországi külső értékelési módszerek az ISO illetve a KES/MEES szerinti tanúsítások, így empirikus kutatásomat ezekre a módszerekre szűkítettem. A következő fejezetben részletesen kifejtett kutatási kérdésemet is ennek megfelelően fogalmaztam meg.

6. Az empirikus kutatás bemutatása

A fejezetben az empirikus kutatás kiinduló pontjaként felelevenítem a disszertációm bevezetőjében már ismertetett kutatási célomat és kérdésemet, és ez utóbbit részletesen kifejtem alkérdésekre bontva. A második alfejezetben bemutatom kutatásom módszertanát, azaz az esettanulmány és a szakértői interjúk adatgyűjtési és elemzési fázisait. Majd a fejezet záró pontjában a kutatás minőségét értékelő szempontok mentén jellemzem az empirikus kutatásomat.

6.1. Az empirikus kutatás célja és a kutatási kérdések

A disszertációm bevezetésében megfogalmazott egyik célkitűzésem volt a kórházi értékelési módszerek osztályozási keretére javaslattétel. A 4.2.2 alpontban mutattam be a szakirodalom alapján, az elméleti és rendszerező cikkeket felhasználva javasolt osztályozási keretet, amely alapjául szolgált a további, empirikus vizsgálódásnak.

Empirikus kutatásomat a hazai egészségügyi környezetben elterjedt ISO 9001 szabvány, illetve a KES/MEES rendszerek szerinti tanúsítás vizsgálatára szűkítettem. Ennek megfelelően **empirikus kutatási célom az volt, hogy feltárjam a javasolt osztályozási keretben elhelyezett ISO 9001 illetve a KES/MEES szerinti tanúsítás kórházon belüli hatását a szervezeten belül zajló folyamatok, szereplők reakciója és egymás közötti interakciója megértése révén, elsősorban a fejlesztési törekvésekre fókuszálva.**

A külső értékelési módszerek hatásában úgy gondolom – és ez egyben kutatói hozzáállásomat is tükrözi – a kulcsszerepet a szervezet belső és külső szereplőinek (érintettjeinek) észlelései és reakciói játsszák, és a kérdés megválaszolásához ezek *megértése* (mélyebb megismerése) szükséges. Azaz a vizsgálni és megérteni kívánt jelenség: azok a folyamatok, amelyeket egy külső értékelési módszer vált ki a kórházon belüli érintettekben illetve egymás közötti interakciójukban, és amelyek támogatják vagy éppen gátolják a fejlesztési törekvéseket.

Az említett fókuszra megfelelően **fő kutatási kérdésemet** is szűkítettem:

Hogyan hat az ISO 9001 illetve a KES/MEES szerinti tanúsítás a kórházon belül a szervezeti szereplők magatartására és ezen keresztül a fejlesztési törekvésekre a magyar egészségügyi környezetben?

A kutatási kérdésemben a *hogyan* szó nem csak és nem elsősorban a végeredményre, azaz magára a lehetséges változásra vonatkozik, hanem a *folyamat* mikéntjére, azaz hogy a szervezeten belüli szereplők hogyan észlelik és értelmezik a külső értékelést, és ez milyen reakciókat vált ki, milyen interakciókat indít el a szervezeten belül.

A kutatási kérdésemben és célomban is jeleztem, hogy elsősorban a fejlesztési törekvésekre gyakorolt hatásmechanizmus vizsgálatára fókuszálok. Kiinduló, tisztázó kérdésként először is fel kell vetnem, hogy egyáltalán célja-e valamely külső érintettnek a kiválasztott értékelési módszerekkel a kórházakat (minőség/teljesítmény-) fejlesztésre ösztönözni, ahogyan ezt az 5.3 és 5.4 alfejezetekben eredetileg feltételeztem. Ugyanis ezen külső értékelési módszerek alkalmazásának más céljai, okai is lehetnek. Ezért fő kutatási kérdésem kibontásaként megfogalmazott kiinduló alkérdésem:

0. Az ISO, illetve a KES/MEES szerinti tanúsítást milyen célból, milyen okok miatt vezették be a magyarországi kórházakban?

Erre a kérdésre egyrészt a szakértői interjúk alapján, másrészt az esettanulmányban egy konkrét kórház esetében keresem a választ, ennek alapján a kérdés tovább bontható három alkérdésre, amelyeket az 7. táblázatban helyeztem el.

Az ISO és a KES/MEES szerinti tanúsítás jellemzőit a konkrét esetben az általam javasolt osztályozási keretrendszer (4.2.2 alpont) szempontjai szerint vizsgálom meg, ennek megfelelően a következő kutatási alkérdést fogalmaztam meg:

1. Az ISO, illetve a KES/MEES szerinti tanúsítás mint külső kórházi értékelési módszereknek az osztályozási keretben előre meghatározott helyét, azaz a módszerek jellemzőit igazolják-e a külső értékelők és a kórházon belüli érintettek feltételezései, céljai, észlelései és reakciói?

Az osztályozási keretrendszer egyes dimenziói, illetve a további osztályozási szempontok (ld. 4.2.2 alpontot) alapján ezt a kutatási kérdést is tovább bontottam (ld. 7. táblázat).

A fő kutatási kérdésem hogyan részét a következő alkérdéssel fejtem ki:

2. Az ISO, illetve a KES/MEES szerinti tanúsítás milyen hatásmechanizmust indított el, milyen válaszokat eredményezett a kórházon belül?

Az ehhez az elkéréshez kapcsolódó további kutatási kérdéseimet szintén a 7. táblázat tartalmazza.

A kutatási kérdéseimre a következő alfejezetben ismertetett módszertannal kerestem a választ.

7. táblázat: A kutatási alkérdések részletezése

0. kutatási alkérdés	1. kutatási alkérdés	2. kutatási alkérdés
0.a) Milyen célokat kötnek a hazai fejlesztők, támogatók ezen értékelési módszerekhez?	1.a) Az ISO, illetve a KES/MEES szerinti tanúsítás és a kapcsolódó auditok szerepük szerint formatív vagy szummatív jellegűek?	2.a) Hogyan észlelik, értelmezik a kórházon belüli szereplők a külső értékelést?
0.b) A külső értékelők, azaz az auditorok szerint mi a célja az ISO illetve a KES/MEES szerinti tanúsításnak?	1.b) Milyen a megismerés módszere az ISO, illetve a KES/MEES szerinti tanúsítás esetén?	2.b) Hogyan reagálnak a kórházon belüli szereplők a külső értékelésre?
0.c) A kórházon belüli szereplők szerint milyen célból, milyen okok miatt vállalták az ISO illetve a KES/MEES szerinti tanúsítást?	1. c) A kórházon belüli érintettek észlelései alapján a tanúsítás vállalása önkéntes vagy kötelező volt?	2.c) Milyen egymás közötti interakciókhoz vezet a tanúsítás kórházon belüli hatásmechanizmusa?
	1.d) Az ISO, illetve a KES/MEES szerinti tanúsítás a kórháznak mint szervezetnek mely területeit érinti?	2.d) Különböznek-e az egyes kórházi szereplőknek a tanúsítással kapcsolatos észlelései, értelmezései, reakciói a különböző érdek- és hatalmi viszonyaik szerint? (pl. a szervezeti hierarchiában betöltött pozíció, munkakör (orvos, ápoló, támogató személyzet tagja, technostruktúra tagja stb.) alapján)
		2. e) A tanúsítás hatására elindulnak-e a szervezeten belül fejlesztési törekvések, és ezek a kórházi szereplők értelmezése szerint eredményeznek-e valóban fejlesztést?
		2.f) Milyen más (pl. nem szándékolt, nem kívánatos) következményei vannak ezen értékelési módszereknek?

Forrás: saját szerkesztés

6.2. A módszertan ismertetése

Kutatásom empirikus részében feltáró jellegű kvalitatív kutatást végeztem. A kvalitatív módszerek alkalmazását kutatói hozzáállásom és kutatási kérdéseim jellege (ld. 6.1. alfejezet) is indokolta. E módszerek különösen jól alkalmazhatók, amikor nem csak pusztán az események és viselkedési módok érdeklik a kutatót, hanem az is, hogy "a résztvevők hogyan értik meg ezeket és hogy az értelmezéseik hogyan befolyásolják viselkedésüket" (Maxwell, 1996, pp. 17-19.), illetve amikor a cél az események és cselekvések történését eredményező folyamat megértése. A kvalitatív kutatás előnyös akkor is, ha az értékelésen túl gyakorlati cél a fejlesztő támogatás, az alkalmazott gyakorlatok javításának segítése (Maxwell, 1996). Kutatásomra ezek a célok jellemzőek.

A kvalitatív kutatás lehetőségein belül egy kórházi esettanulmány és szakértői interjúk készítése mellett döntöttem. Az alábbi alpontokban részletesen bemutatom a módszerek alkalmazását.

6.2.1. Esettanulmány

Az empirikus kutatás keretében egy olyan kórházról készítettem esettanulmányt, amely a 2000-es évek elején szerezte meg az ISO 9001 szabvány, majd a Kórházi Ellátási Standardok (KES) szerinti tanúsítványát. Az esettanulmányhoz a kórházban félig-struktúrált interjúkat készítettem, dokumentumokat gyűjtöttem és egy audit megfigyelését is elvégeztem.

A következő alpontokban az esettanulmány alkalmazott módszerét mutatom be: A módszertan választásának indoklását követően az esetválasztás szempontjait írom le, majd az esettanulmányhoz kapcsolódó adatgyűjtési és elemzési módszerekről számolok be.

6.2.1.1. A módszertan-választás indoklása

Kutatásomban a vizsgált jelenség mélyebb elemzése, megértése a célom, ahogyan ez a kutatási célomból és kérdéseimből is látható. Ennek megfelelően olyan kutatási módszertant, az esettanulmányt választottam, amely lehetővé teszi a szervezeten (kórházon) belüli szereplők, illetve a külső auditorok észleléseinek, helyzetértékelésének, illetve reakcióinak és interakcióinak megismerését. Az esettanulmány Yin (2009) szerint egy olyan empirikus vizsgálat, amely több adatforrást felhasználva a jelenséget természetes környezetében figyeli meg, mert a jelenség és a környezete közötti határok nem magától értetődőek.

Yin (2009) öt kutatási stratégiát⁸⁶, köztük az esettanulmányt hasonlítja össze három kérdésként megfogalmazott szempont alapján, amelyek útmutatást adnak arra, hogy melyiket érdemes alkalmazni. Yin (2009) szerint természetesen az egyes kutatási stratégiák alkalmazási területe nem különíthető el élesen, vannak átfedések, azonban mindegyik esetében megfogalmazhatóak azok a szituációk, amikor az egyes stratégiákat előnyösebb bevetni. „Az esettanulmány esetében ez akkor van, amikor a „hogyan” és „miért” kérdések merülnek fel egy jelenidejű eseménysorozattal kapcsolatosan, amelyek felett a kutatónak egyáltalán nincs vagy kicsi az ellenőrzési lehetősége.” (Yin, 2009, p. 13.)

Saját kutatásom kapcsán Yin (2009) három kérdésére a következő válaszok adhatók:

⁸⁶ Yin (2009) öt kutatási stratégiát hasonlít össze, ezek a következők: kísérlet, kérdőíves felmérés, archívumok elemzése, történetek, esettanulmány.

- a) Milyen a kutatási kérdés típusa? – Kutatási kérdéseim többsége a „hogyan” típushoz sorolható, és valóban a történések mikéntjére vagyok kíváncsi, a jelenség megértésére törekszem és nem a jelenségek gyakoriságát, incidenciáját szeretném felmérni.⁸⁷
- b) Az események/történések feletti kontroll mértéke mekkora? – Mivel a vizsgálati egységem maga a kórházi szervezet, amelyet a saját kontextusában szeretnék megfigyelni, és mivel a jelenség eléggé komplex, így az nem igazán kontrollálható. Emiatt kutatási stratégiaként ez esetben a kísérlet nem alkalmazható, azonban az esettanulmány annál inkább.
- c) Az egyidejű vagy múltbeli eseményeken van-e a hangsúly? – A vizsgált jelenség a legtöbb hazai kórházban rendszeresen zajlik (pl. ISO, KES/MEES tanúsítás, auditok), és a velük kapcsolatos szervezeten belüli események folyamatosan megfigyelhetők, azaz tekinthetjük jelenidejűnek a megfigyelni kívánt jelenséget. Másik oldalról közelítve a kórházi értékeléseknek nem a múltbeli következményeire vagyok elsősorban kíváncsi, kérdéseim sokkal inkább megválaszolhatóak az érintett szereplők észlelései, beszámolói alapján. Az esettanulmány emellett lehetővé teszi változatos adatgyűjtési módszerek alkalmazását is, tehát a múltbeli (pl. archív dokumentumok, visszaemlékezések alapján) és a jelenidejű események (pl. audit megfigyelése) is vizsgálhatók.

Az esettanulmányos módszertanon belül Yin (2009) négyféle lehetőséget különböztet meg, amelyet egy 2x2-es mátrixban helyez el (10. ábra). Az egyik szempont, hogy egyetlen vagy több esettanulmány szerepel-e a kutatásban, a másik szempont pedig, hogy holisztikus vagy beágyazott (embedded) esettanulmányról van-e szó.

10. ábra: Az esettanulmányos módszertan alaptípusai és az általam alkalmazott típus

	egyetlen eset	több eset
holisztikus (egyetlen elemzési egység)		
beágyazott (több elemzési egység)	X	

Forrás: Yin (2009), 2.4 ábra alapján, p.46.

Bár Yin (2009) megjegyzi, ha a kutatási források és lehetőségek engedik, alkalmazzunk inkább több esettanulmányon alapuló kutatási tervet, mégis az egyetlen eset alkalmazása mellett is több érv szólhat. Yin szerint ez utóbbiak a következők: kritikus eset, extrém vagy egyedi eset, jellegzetes vagy tipikus eset, felfedező (revelatory) eset, longitudinális eset, pilot eset. Az esettanulmányok tipizálásának másik szempontja (ld. 10. ábra) alapján a holisztikus és beágyazott esettanulmány között az a különbség, hogy az előbbi teljes egészében vizsgálja az esetet, míg az utóbbinál többféle elemzési egység is van, egyrészt az egész eset, másrészt azon belül különböző alegységekre is kiterjedhet a vizsgálat. Az alegységek a beágyazott esettanulmányban lehetőséget adnak az alapos elemzésre, növelve az egyetlen esetben való elmélyülést, és az egyetlen eset módszerének néhány gyenge pontját ellensúlyozhatja.

A fenti négy lehetőség közül én a *beágyazott esettanulmányt egyetlen esettel* módszert választottam (ld. a 10. ábrán az x-t), mivel elsődleges célom a jelenség mélyebb megismerése, és így nagyobb lehetőségem van a részletesebb, mélyebb vizsgálódásra, mintha több esetet, de felületesebben tudnék

⁸⁷ Ez utóbbiaknál a ki, mi, mennyi, hol kérdések jellemzőek és az ajánlott kutatási stratégia a kérdőíves felmérés vagy az archívumok elemzése lenne Yin (2009) alapján.

csak feltárni. Az adatgyűjtés és elemzés fázisait is ennek megfelelően terveztem és végeztem el. (Disszertációmban a beágyazott eseteket (szervezeti egységek a kórházon belül) részletesen nem mutatom be a terjedelembeli korlátok miatt.)

Az eset kiválasztásánál arra törekedtem, hogy olyan kórházat válasszak, amely bizonyos szempontból jellegzetesnek vagy tipikusnak számít, ez a szempont Yin (2009) szerint egy lehetséges érv az egyetlen eset alkalmazása mellett. Továbbá a rendelkezésre álló erőforrások is az egyetlen eset választását támogatták. A beágyazott módszertan választásával lehetőségem nyílt több elemzési egység összevetésére, ami biztosította, hogy a kutatás során felmerülő dilemmákat több „alegységen” tudjam vizsgálni.

Az egy eset alapján készült tanulmánnyal természetesen nem célom az általánosítás, a kontextus leírásával csak a lehetőségét szeretném megadni annak, hogy a mások által ismert eseteket az általam bemutatottal összevethessék.

6.2.1.2. Esetválasztás

Empirikus kutatásom elsődleges *elemzési egysége*, azaz az eset maga egy olyan kórház, amely a kutatási témám szempontjából jellegzetesnek mondható, azaz elsősorban a minőségügyi gyakorlata szempontjából, illetve másodsorban a méret és a funkcionalitás tekintetében a hazai kórházaknak egy nagyobb csoportját képviseli.

Az eset kiválasztása nem a statisztikai értelemben vett (random) mintaválasztáson alapult, hanem az ún. elméleti mintaválasztáson (Glaser – Strauss, 1967, idézi Eisenhardt, 1989), egyrészt mivel egyetlen eset kiválasztásáról (Yin, 2009), másrészt mivel **feltáró jellegű kutatásról** van szó.

A disszertációm 4.1. alfejezetében definiáltam, hogy kutatásom keretein belül **a kórház alatt a közfinanszírozásban részesülő aktív fekvőbeteg-szakellátást is nyújtó intézményeket** értem. 2012 őszén (azaz a 2012-es struktúraváltás után) – amikor az eset kiválasztásához az elemzést végeztem – 93 ilyen kórház volt. A kutatási témám szempontjából jellegzetes eset kiválasztására törekedtem, és ezért a következő szempontokat vettem figyelembe:

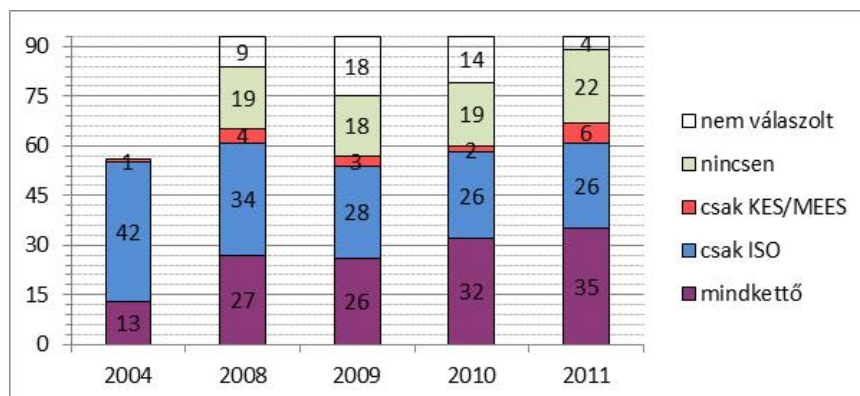
- a kórház mérete: 300-1000 közötti aktív ágy, 450-1500 közötti összesen ágyszám,
- szakmák száma a kórházon belül: 10-19 szakma,
- a kórház típusa: szakkórházak és egyetemek kizárása,
- ISO illetve KES/MEES szerinti tanúsítvány megszerzése,
- a tanúsítvány megszerzésének ideje, fenntartásának folyamatossága.

Az első három kiválasztási szemponthoz kapcsolódó részletes elemzést az 3. mellékletben mutatom be. A lehetséges kórházak körében a három szempont szerinti szűkítést követően a nagyobb városi, fővárosi, illetve a megyei kórházak maradtak.

Az esetválasztás további szempontjai a kórházak minőségügyi tevékenységére vonatkoznak. Különböző forrásokból (Szy - Sinka, 2004; EBF 2008-2010; EMKI 2011) összegyűjtöttem a 2012 második felében közfinanszírozott aktív ágygal rendelkező 93 kórházra vonatkozóan az ISO és KES/MEES tanúsítással kapcsolatos adatokat. Intézményszintű adataim öt évből voltak, így a 93 kórházra vonatkozó adatokat ezekből az évekből tudtam ábrázolni (ld. 11. ábrát).⁸⁸

⁸⁸ Az egészségügyi tárca korábbi évekből származó felméréseiről csak aggregált adatok álltak rendelkezésemre (Szy-Sinka, 2004), így ezekre az évekre nem tudtam leszűrni az adatokat a 93 kórházra vonatkozóan.

11. ábra: Az adott évben érvényes ISO és/vagy KES/MEES tanúsítvánnyal rendelkező kórházak száma

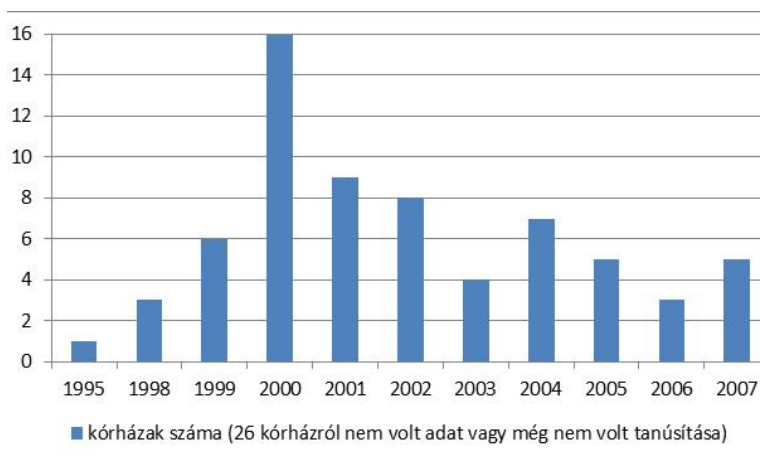


Forrás: Szy – Sinka (2004), EBF indikátorrendszer (2008-2010), EMKI felmérés (2011)

A 11. ábrából látható, hogy nem áll rendelkezésünkre egyik évben sem mind a 93 kórházra vonatkozó adat (ld. „nem válaszolt”⁸⁹), ugyanakkor az megállapítható, hogy a 93 kórháznak legalább 60%-a (56 kórház) már 2004-ben rendelkezett tanúsítvánnyal és ez az arány később tovább nőtt, a 2011-es évben legalább 72%-ának (67 kórháznak) volt (ebben az évben a válaszadási arány is magas volt, 96%). A 2008-as EBF felmérésből azt is tudhatjuk, hogy a kórházakban melyik évben volt az első tanúsítás. (ld. 12. ábra)

Az ábrából látható, hogy a 2000-es évek elején volt egy divathullám, amikor annak ellenére sok kórház vállalta a tanúsítást, hogy az nem volt kötelező. 2000 és 2004 között a kórházak közel fele (44) szerezte meg a tanúsítást. A minőségügyi tevékenységgel kapcsolatos egyik esetválasztási szempontom az volt, hogy a kórház azon intézmények közül legyen, amelyek ebben az időszakban (2000-2004 között) szereztek meg a tanúsítványukat.

12. ábra: Mikor volt az első tanúsítás? (2008-as felmérés)



Forrás: EBF indikátorrendszer (2008)

⁸⁹ A 2004-es adatokból nem derül ki, hogy mennyien válaszoltak úgy, hogy nincs tanúsítványuk és az sem, hogy a 93 kórházból hányan nem válaszoltak.

Egy következő választási szempontom volt, hogy a 2000-2004 között megszerzett tanúsítványát az intézmény folyamatosan fenntartsa.⁹⁰

Az összes előzőekben tárgyalt szempontnak 15 kórház felelt meg, ezek közül négy olyan intézményt választottam ki, amelyek esetében megoldható volt, hogy rendszeresen meglátogassam az esettanulmány készítésének időszakában. A négy kórház honlapját tanulmányoztam, illetve a minőségügyi vezetőknek előzetes bemutatkozó és információkérő e-mailt írtam, hogy meggyőződjek arról, valóban van az intézményeknek érvényes tanúsítványa, és megkérdeztem azt is, hogy mikor várható a következő audit. A négy kórház közül háromnak ISO és MEES szerinti tanúsítványa is volt, egynek pedig csak ISO szerinti, így ez utóbbit a sorban negyedik helyre raktam. A kutatás szempontjából érdekesebb esetnek tűntek azok az intézmények, amelyek mindkét tanúsítványt megszerezték, illetve a 11. ábrán látható, hogy a 2000-es évek során a mindkettő tanúsítvánnyal rendelkező intézmények száma lassan emelkedett és 2011-ben már a 93 kórház több mint egyharmadának (legalább 35-nek) mindkét tanúsítványa megvolt.

A másik három kórházat az elérhetőségük alapján állítottam sorba, és 2012 őszén kiküldtem az első felkérő levelet. Az első két intézmény nem vállalta a kutatást, azonban a harmadik kórházban végül elfogadták a felkérést. Ennek a kórháznak a felkérő levelet már 2013-ban küldtem ki, így az esettanulmányhoz az adatgyűjtést is ebben az évben végeztem el. (A kórház **anonimitásának** megőrzése érdekében a fenti kiválasztási szempontoknál részletesebb adatot nem adhatok meg.)

6.2.1.3. Adatgyűjtési módszerek

Az esettanulmány módszertan keretein belül Yin (2009) és Eisenhardt (1989) szerint lehetőség van a kvantitatív (pl. kérdőíves adatgyűjtés) és kvalitatív módszerek alkalmazására. Kutatásom során csak kvalitatív adatgyűjtési módszerekre támaszkodtam, mivel a kvalitatív adatok lehetővé teszik a jelenség megértését (Eisenhardt, 1989). (Ld. még a fejezet elején az indoklást a kvalitatív módszer illeszkedéséről kutatási céломhoz és kérdéseimhez.)

Yin (2009) szerint az esettanulmányok készítése során a hat leggyakoribb adatforrás: dokumentumok, archív rekordok, interjúk, közvetlen megfigyelés, résztvevő megfigyelés, tárgyak. Ezek közül eredeti terveimnek megfelelően interjúkat készítettem, dokumentumokat gyűjtöttem és lehetőségem volt közvetlen megfigyeléssel is adatot gyűjteni az eset helyszínén. Az adatgyűjtési időszak 2013-ban három és fél hónapot vett igénybe (ld. 4. melléklet).

Az esethez kapcsolódóan a **kórházi szereplőkkel 25**, valamint a **kórház külső auditoraival 2** félig-strukturált interjút készítettem. A 25 kórházi interjú összesen 30 interjúalanyt jelentett, ugyanis egy interjúalannyal, a minőségügyi vezetővel két interjút készítettem, továbbá volt egy interjúm egyszerre két alannyal, illetve egy hét fős csoportos interjúm, amelynek egyik tagjával még egy interjút készítettem. Az egyszerre több interjúalannyal készített interjúkra nem előre tervezetten került sor. Az első esetben az interjú közepén az egyik vezető ápoló spontán bekapcsolódott az interjúalanyom (osztályvezető főorvos) meghívására, így két alannyal folytattam tovább az interjút. A másik esetben pedig a gazdasági igazgató

⁹⁰ Mivel az egyes években nem mindenki válaszolt, így ez alapján csak azokat az intézményeket tudtam kizárni, amelyekről az adataim alapján kiderült, hogy nem újította meg a tanúsítványát.

ajánlotta fel a vele készített interjú után, hogy a gazdasági-műszaki terület osztályvezetőivel csoportos interjút készíthetnék, amelyet bár nem terveztem, de elfogadtam.⁹¹

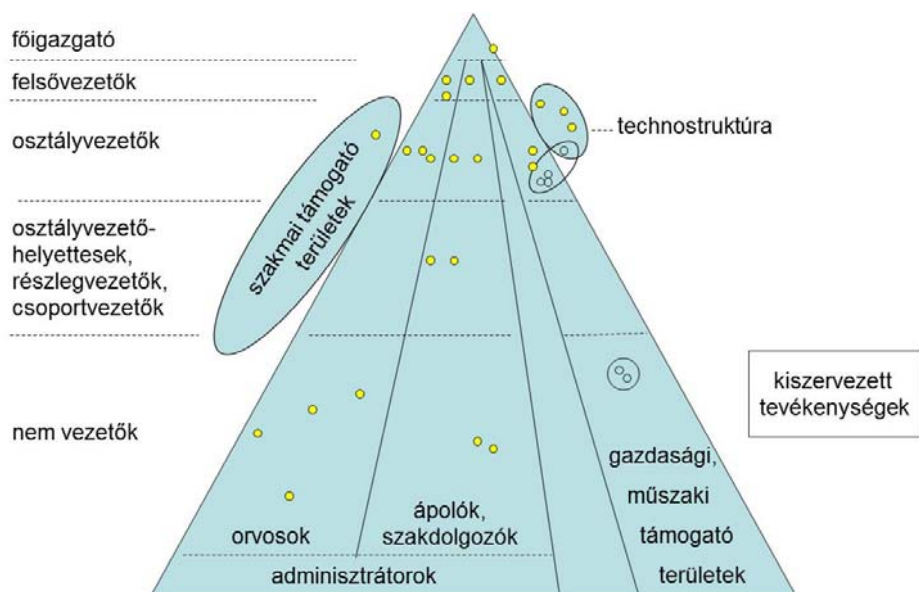
Eredeti terveimnek megfelelően interjút készítettem a kórház felsővezetőivel – közöttük a korábbi főigazgatóval –, a minőségügyi vezetővel és a minőségügyi feladatokért felelős további munkatársakkal (pl. folyamatgazdák, belső auditorok, minőségügyi munkatársak közül néhányal), és a hierarchia különböző szintjeiről a minőségügyben kevésbé jártas kórházi szereplőkkel is. (Az interjúalanyok megoszlását ld. a 8. táblázatban) A kórház általam szerkesztett jelképes ábráján (ld. 13. ábra) kis körökkel jelöltem interjúalanyaimat, az ábráról leolvasható, hogy az interjúalanyok a hierarchia mely szintjeiről és a kórháznak mely területeiről (pl. támogató terület, technostruktúra) kerültek ki.

8. táblázat: A kórházi interjúalanyok megoszlása

	orvos	ápoló, szakdolgozó	diagnosztika	gazdasági/ műszaki	techno- struktúra	Összesen
felsővezetők	3	1		1		5 (16,7%)
közép- és alsó szintű vezetők	3	4	1	5	2	15 (50%)
nem vezetők	4	2		2	2	10 (33,3%)
	10 (33,3%)	7 (23,3%)	1 (3,3%)	8 (26,7%)	4 (13,3%)	30 (100%)

Forrás: saját szerkesztés

13. ábra: Interjúalanyaim a kórházban



Megjegyzés: a bekerikázott interjúalanyok a csoportos interjú alanyai voltak, az ábra nem tükrözi a hivatalos alá- és fölérendeltségi viszonyokat

Forrás: saját szerkesztés

⁹¹ Eisenhardt (1989) szerint ha újabb adatgyűjtési lehetőség/módszer merül fel, akkor változtathatunk az eredeti adatgyűjtési terven. „Ez a rugalmasság nem a rendszertelenség igazolása. Sokkal inkább ez a rugalmasság egy szabályozott opportunizmus, amikor is a kutató az adott eset egyediségének előnyeit és az új témák felmerülésének lehetőségét használja ki, hogy továbbfejlessze az elméletet.” (Eisenhardt, 1989)

Az interjúzást a minőségügyben jártas vezetőkkel, illetve a felsővezetőkkel kezdtem. Az első interjúalanyaimat megkérdeztem arról, hogy véleményük szerint kivel érdemes még a kórházban interjút készíteni. A kutatás későbbi fázisaiban a hólabda módszert nem alkalmaztam, amelynek több oka is volt (pl. anonimitás megőrzése, interjú hitelessége).

A beágyazott módszertanhoz a kórházon belül további elemzési egységeket választottam ki. Első körben a kórház minőségügyi vezetőjét, majd néhány további interjúalanyomat kérdeztem meg, hogy szerintük melyek a kórházban minőségügy szempontjából aktívabb illetve passzívabb szervezeti egységek. Ezek alapján három betegellátó osztályt választottam ki, amelyek közül kettőt aktívnak (ld. 9. táblázatban A és B) és egyet passzívnak (C) ítélték meg az interjúalanyaim. Az adatgyűjtési szakaszban felismerve, hogy kutatási témám szempontjából ezektől az osztályoktól teljesen eltérőek a támogató területek, további két elemzési egységet választottam ki (D és E).

9. táblázat: Adatgyűjtés a beágyazott esetekhez

	A betegellátó osztály	B betegellátó osztály	C betegellátó osztály	D diagnosztikai egység	E gazdasági/műszaki területről osztály
adatgyűjtés: interjúk (beágyazott egységen belül)	4 fő: osztályvezető főorvos és ápoló, beosztott ápoló és szakdolgozó	4 fő: osztályvezető főorvos és ápoló, vezető ápoló, beosztott orvos	4 fő: osztályvezető főorvos, vezető ápoló, 2 beosztott orvos	1 fő: osztályvezető főorvos	1 fő: osztályvezető
adatgyűjtés: egyéb*	dokumentumok, megfigyelés	dokumentumok,	dokumentumok, megfigyelés	dokumentumok, megfigyelés	dokumentumok, megfigyelés, auditori interjú

*Minden beágyazott eset elemzéséhez felhasználtam a szervezeti egységen kívüli interjúknak is a beágyazott esetekre vonatkozó részeit.

Forrás: saját szerkesztés

A beágyazott esetekkel együtt az interjúalanyaim a szervezeti egységeknek több mint egyharmadát képviselték. Az interjúalanyokat az **anonimitás** megőrzése érdekében közvetlenül én kértem fel e-mailben vagy nyomtatott levélben, amelyhez mellékeltem a főigazgató, kutatásomat támogató válaszelevelét. Ezzel a módszerrel a kórház vezetőit könnyen meg tudtam közelíteni, azonban a nem vezető beosztású dolgozókat már nehezebb volt. A kórház honlapján illetve egyéb dokumentumokban az ő neveikhez és főként elérhetőségükhöz ugyanis már nehezebb volt hozzáférni. Első alkalommal az osztályvezetőt kértem meg, hogy ajánljon nekem az osztályukról interjúalanyt, azonban így csak egy interjúalanyomat választottam ki, ugyanis az interjú során beigazolódni látszottak az előzetes fenntartásaim, hogy a felkérés módja miatt esetleg az interjúalany már felkészülten jön az interjúra és bizonyos feltételezett elvárásoknak szeretne megfelelni. Így a továbbiakban ezt a módszert nem alkalmaztam, és bár nehezebb volt eljutni a hierarchia ezen szintjén lévő többi interjúalanyomhoz, de azt gondolom, hogy sokkal kevésbé torzított válaszokat kaphattam a többi nem vezető beosztású interjúalanyomtól.

Az interjúk egy részét az audit megfigyelése előtt végeztem, második felét pedig az audit után. (ld. 4. melléklet) A megfigyelésen gyűjtött adatok szintén befolyásolták a későbbi interjúalanyok kiválasztását és a feltett interjúkérdéseket. A külső auditorok egyikével az audit előtt, a másikkal az audit után készítettem interjút hasonló okokból. A kórházi interjúk vázlatát az 5. mellékletben, a külső auditori interjúk vázlatát pedig a 6. mellékletben helyeztem el.

A felkért interjúalanyaim közül végül hárommal nem készítettem interjút, egyikük sem utasította vissza a felkérést, de időhiány miatt többszöri megkeresésemre sem tudtak időpontot adni. Közöttük volt a kórház főigazgatója, egy osztályvezető ápoló és egy osztályos orvos.

Az interjúk 30-90 perces terjedelműek voltak, a hierarchia alsóbb szintjei felé haladva az interjúk időtartama rövidült.⁹² Az interjúkat az adatok pontossága és teljessége érdekében – amennyiben az alany hozzájárult – diktafonnal rögzítettem, ha pedig nem szeretne volna, hogy felvegyem a beszélgetést, akkor intenzíven jegyzeteltem (ez három esetben fordult elő). Egy interjú esetében a végén derült ki, hogy a diktafon nem működött, ekkor közvetlenül utána lejegyzeteltem az interjún elhangzottakat emlékezetből.

A kórház minőségügyi vezetőjével többször konzultáltam az interjúkon kívül is, tőle kaptam tájékoztatást a témám szempontjából fontos kórházi eseményekről (pl. vezetőségi átvizsgálás, audit). A minőségügyi vezető számos kórházi dokumentumot (összesen 73 darabot) bocsátott a rendelkezésemre a kutatáshoz, amelyeket saját magam is kiegészítettem a kórházról interneten keresztül elérhető és letölthető, témám szempontjából releváns dokumentumokkal (összesen 22 darabbal). (A dokumentumok listáját ld. a 7. mellékletben.) Lehetőségem volt ezen dokumentumok között elemezni a kórház külső auditori jelentéseit, a vezetőségi átvizsgálás jegyzőkönyveit, belső auditok dokumentumait, szervezeti ábrát, minőségügyi kézikönyvet és egyéb dokumentumokat is. (Az esettanulmányban az egyes dokumentumokra kódokkal fogok hivatkozni. pl. JK=jegyzőkönyv)

Lehetőségem volt egy közvetlen megfigyelés alkalmával is adatot gyűjteni a kutatásomhoz. A megfigyelt esemény egy kétnapos külső audit volt a kórházban, amely során részt vehettem az audit nyitó és záró értekezletén, majd csatlakoztam az egyik, később a másik auditorhoz az osztályos látogatások során, illetve megfigyelhettem a minőségügyi vezetőnél zajló audit egy részét, és a dokumentum-ellenőrzési szakaszt is. Azaz az audit teljes terjedelmén részt vettem, csak azokról az eseményekről maradtam le, amelyek párhuzamosan zajlottak. Az audit során intenzíven jegyzeteltem.

Az adatgyűjtés időszakában kutatási naplót vezettem, amelyben feljegyeztem az interjúk körülményeit, az interjúkon kívül a kórházban tapasztaltakat, és azt is, hogy ezek a kutatás szempontjából miért fontosak. Ezek a jegyzetek, gondolatok alakították az adatgyűjtés irányát (pl. felkért interjúalanyok köre, további interjúkérdések). Az esetre vonatkozó, adatelemzés során még tesztelendő első észrevételeimet is feljegyeztem.

Az adatelemzés és adatgyűjtés fázisa így az esettanulmány készítése során nem vált élesen szét, amelyet Eisenhardt (1989) is lehetségesnek tart. Sőt, az adatgyűjtés időszakában végzett első elemzések a kutatás fókuszát a megfelelő irányba terelik. Ennek megfelelően én is törekedtem az adatgyűjtésemet úgy alakítani, hogy a kórháznak azon részeibe is eljussak és további olyan kérdéseket is feltegyek, dokumentumokat is elkérjek, amelyek a kutatási kérdéseim korábban még tisztázatlan területeire is rávilágíthattak. Tehát ahogyan Yin (2009) és Eisenhardt (1989) is javasolja az esettanulmány készítése során a rugalmasság nagyon fontos, azaz ha a kutatás közben új szempontok, dilemmák merülnek fel, akkor bátran módosítsunk az eredeti kutatási terven, azonban ez a rugalmasság

⁹² Ez elsősorban akkor volt így, amikor a kórház minőségügyi munkájában kevésbé járatos nem vezető beosztású interjúalanyaim rövidebb válaszokat adtak a kérdéseimre.

semmiféleképpen ne csökkentse a kutatás következtetességét. Ilyen módon az adatgyűjtés és az első körös adatelemzések egymást támogatva segítették a kutatási kérdéseim megválaszolását.

6.2.1.4. Adatelemzés

A többféle adatgyűjtési módszer alkalmazásával trianguláció érhető el, amely növeli az adatelemzés során levont következtetések erősségét. Az általam készített esettanulmánynál ez azt jelentette, hogy összevettem a félig-strukturált interjúkból, a dokumentumokból és a megfigyelésből származó adatokat, és különböző nézőpontokból is megvizsgáltam a tanúsítás és az auditok jellemzőit, hatását, ugyanis nem csak a kórházi szereplőket kérdeztem meg, hanem magukat a külső auditorokat is. Az elemzés során egyes kérdéseknél a fenti forrásokat a szakértői interjúkból (ld. következő alpont) származó adatokkal is összevettem.

A diktafonra felvett interjúkat ebben jártas gépelő alakította leírt szöveggé. Az interjúgépelő az elhangzott szöveg minden hangját legépelte, az esetleges megszakitásokat, egyéb mozzanatokat (pl. nevetés) is jelezte a gépelt szövegben. Az interjúkat, a jegyzeteimet és megfigyeléseimet, illetve az összegyűjtött dokumentumokat NVIVO 9 szoftverrel elemeztem.

A kórházi és auditori interjúk, a kórházi dokumentumok⁹³ és a megfigyelés jegyzeteinek elemzésénél a nyílt kódolás módszerét (Strauss – Corbin, 1990) alkalmaztam. Az első két interjúnál Strauss – Corbin (1990) iránymutatásainak megfelelően részletekbe menő értelmezést végeztem (akár szavak, kifejezések szintjén). Egy szövegrész többféleképpen értelmezhető, így ha szükséges volt több különböző kódhoz is besoroltam. Az így kialakult kódrendszer következtetességét úgy ellenőriztem, hogy egy hét elteltével az egyik interjút újrakódoltam – a már meglévő kódok figyelembe vétele nélkül –, és az így kialakult új kódrendszert összevettem a korábbival, az egyes eltéréseket megvizsgáltam, és pontosítottam a kódok tartalmát, megnevezését. Az általam hierarchikusan felépített kódrendszer a későbbi interjúk kódolása során is újabb kódokkal bővült, illetve struktúrája is alakult, kb. az interjúk felétől a kódrendszer viszonylag stabilá vált. A kódolás során felmerült újabb kódok illetve a kódok struktúrájának változása esetén a korábban kódolt interjúkat ezen szempontoknak megfelelően újrakódoltam. A végleges kódrendszer⁹⁴ első két szintjét a 8. melléklet tartalmazza.⁹⁵

A kódolt szövegrészek további értelmezése és elemzése többkörös folyamat volt. Ezek egymásra épülése Huberman – Miles (1994, 27.2. ábra, p. 433.) által is ábrázolt logikához hasonlóan alakult. Azaz az első elemző, értelmező szövegeim után, ismét visszatértem a kódolt adathalmazhoz, hogy újabb lekérdezésekkel tovább mélyítsem a jelenség, az összefüggések megértését. A lekérdezéseket a beágyazott esetek szerint csoportosítva (pl. kódok és interjúalanyok alapján), illetve az interjúalanyok egyes csoportjai (pl. orvosok, felismert egyéb mintázatok) alapján is elvégeztem. Ezen „körök” eredményeképpen elkészült a kódolt szövegeknek egy első nyers elemzése, amely pontosan tartalmazza az adatforrások kódját, amelyre az elemzést alapoztam. A további elemzés és a megértés következő szintjén erre az anyagra építve elkészült az első esetriport, amely alapján már meg tudtam

⁹³ A 95 dokumentumot áttanulmányoztam és ezek közül 50-et kódoltam, a többit más módon elemeztem (pl. minőségügyi munkatársak megoszlása, ld. 11. és 12. táblázatban). (A dokumentumok listája a 7. mellékletben.)

⁹⁴ A kódrendszer következtetességén a későbbi elemzés során is javítottam, amikor néhány esetben felismertem, hogy az adott szövegrész másik kódhoz (is) tartozik.

⁹⁵ Az elemzés során általában a kódrendszer mellékletben látható első két szintjét használtam, egyes kérdések megválaszolásánál a harmadik szintű kódok is hasznosak voltak.

fogalmazni saját következtetéseimet. Az olvasó számára is értelmezhető anyaghoz, azonban ezt ismét újra kellett írnom, strukturálnom, hogy a kutatás eredményei, következtetései világosak legyenek.⁹⁶

Az adatok elemzésekor természetesen az eredeti interjúkérdéseim irányt mutattak, ugyanakkor a nyílt kódolásnak és az adatgyűjtés és adatelemzés fázisok részbeni átfedésének köszönhetően olyan „felfedezéseket” is tettem, amelyekre az eredeti kérdéseim szigorú követésével nem jutottam volna el. Elemzésem során igyekeztem a saját korábbi ki nem mondott előfeltevéseimet tudatosítani és felismerést követően azoktól függetleníteni az elemzést.

6.2.2. Szakértői interjúk

Az esettanulmányon kívül a másik fő módszerem a szakértői interjúk készítése volt. Az esettanulmány tágabb kontextusának megismerése érdekében nem csak az elmúlt két évtized egészségügyi minőségpolitikáról nyilvánosan elérhető dokumentumait (pl. jogszabályok, cikkek, előadások) tekintettem át (ld. 5.3. és 5.4. alfejezeteket), hanem félig-strukturált interjút készítettem az általam tanulmányozni kívánt külső értékelési rendszerek (ISO illetve KES/MEES) támogatóival, hazai fejlesztőivel. Ezen interjúalanyaimat a továbbiakban szakértőknek hívom. Ezzel az adatgyűjtéssel megismerhettem, hogy milyen elképzeléseik voltak a támogatott vagy fejlesztett módszerekről, és a módszerek hazai fejlődéstörténetét is jobban megérthettem.

A szakértő interjúalanyaim kiválasztásánál arra törekedtem, hogy az általam vizsgált időszak (a '90-es évek közepétől napjainkig) témához kapcsolódó történéseiről, fejlesztéseiről információt kapjak, illetve hogy közöttük legyenek a hazai egészségügyi minőségügy országos szinten meghatározó személyiségei. Magukat a szakértőket is megkérdeztem, hogy szerintük kikkel érdemes még interjút készítenem, ezek a válaszok befolyásolták a felkért interjúalanyok körét. Ezen szempontoknak megfelelően öt interjúalanyt választottam ki, akik között vannak az egészségügyi tárcában korábban minőségügyért felelős személyek, az egyes módszerek (pl. standardrendszerek) és az értelmezést támogató segédanyagok (pl. az ISO 9001:2000 szabványhoz (ESZCSM, 2003)) fejlesztői.

A szakértői interjúkat a kiválasztott esettel kapcsolatos adatgyűjtés előtt készítettem még 2012 őszén. Az interjúk vázlata a 9. mellékletben található, ezt a vázlatot az egyes szakértőkhöz alakítottam aszerint, hogy kinek mely területen volt több tapasztalata. A szakértői interjúk időtartama kb. 1-2 órás volt. Az adatelemzési fázisban ezeket az interjúkat előre definiált kategóriák segítségével kódoltam. A kategóriákat az esettanulmány adatainak elemzésekor kialakított kódrendszerből választottam ki aszerint, hogy melyek az ebben az elemzésben is relevánsak, illetve kiegészítettem egy további kóddal (hogyan működik: szakértői feltételezések). A szakértői interjúk elemzésénél alkalmazott kódokat a 10. melléklet tartalmazza.

A disszertációmban a szakértő interjúalanyaimra Sz1, Sz2, Sz3, Sz4 és Sz5 kódokkal fogok hivatkozni. (A szakértők jellemzőit ld. a 11. mellékletben.) A szakértői interjúkat felhasználtam a hazai kórházak ISO és KES/MEES szerinti tanúsítását általánosan elemző 7. fejezetben, illetve a szakértői véleményeket, tapasztalatokat az eset egyes jellemzőivel is összevettem (8. fejezet).

⁹⁶ A 7. és 8. fejezetben az interjúkból és a dokumentumokból vett szó szerinti idézeteket különbözőképpen jelölöm, az előbbieket dőlttel szedve, míg az utóbbiakat álló betűkkel. Az interjúkból vett idézeteket nyelvhelyesség szempontjából korrigáltam.

6.3. A kutatás érvényessége, megbízhatósága és általánosíthatósága

Kutatásom során az érvényességet fenyegető tényezők (Maxwell, 1996) ellen a következő stratégiákat alkalmaztam:

Az esettanulmány készítése során naplót vezettem, amelyben lejegyzeteltem nem csak az adatgyűjtések időpontját és módját, hanem minden eseményt, amely az eset tanulmányozása során történt velem, azt is hogy milyen benyomások, tapasztalatok értek. A naplóban lejegyzeteltem az adatgyűjtések körülményeit is, és ha észleltem, azt is, hogyan befolyásoltam akaratomon kívül a vizsgált résztvevők viselkedését, mondandóját. (Például a megfigyelés során előfordult ilyen.) Ezen rögzített adatokat és gondolatokat figyelembe vettem az elemzés során.

Az adatgyűjtés és -elemzés szakaszában igyekeztem folyamatosan megfigyelve önmagam (önreflektáció) felismerni az akaratlanul is alkalmazott szűrőket. Mind az elemzési és mind az adatgyűjtés szakaszában igyekeztem megőrizni a téma és más nézőpontok iránti nyitottságomat. Így elemzés közben például sikerült felismernem és kitörönnöm a kutatási kérdéseimben lévő alapfeltevések köréből (pl. a módszer célja a fejlesztés), és megismerni más értelmezéseket.

Törekedtem arra is, hogy észleljem, ha az interjúalanyok az általuk vélt elvárásaimnak megfelelő válaszokat adtak. Néhány interjú elején valóban találkoztam ilyen jelzésekkel, amelyet a saját nyitottságommal és őszinteségemmel igyekeztem oldani. Egy esetben fordult az elő, hogy az interjúalany ismerte korábbi munkáimat, és megfigyeltem, hogy ez az interjúalany válaszait befolyásolta, éppen ezért az interjú elején és közben jeleztem a jelenlegi kutatói szerepem függetlenségét a korábbi munkahelyeimtől és nyitottságomat a saját véleményekre, őszinte válaszokra.

Az interjúk előtt bővebb bemutatkozással igyekeztem kifejezeni én is őszinteségemet, illetve bizalmukat elnyerni az anonimitás biztosításával, és felajánlottam nekik, hogy megküldöm kutatásom eredményeit, a disszertációm. Törekedtem arra, hogy a résztvevők visszajelzéseit figyelembe vegyem, és a félreértéseket elkerüljem.

Az adatok gyűjtésénél és elemzésénél törekedtem az ellentmondó adatok, a negatív példák keresésére, megfontoltam az alternatív magyarázatok lehetőségét. A kutatásom érvényességét az alkalmazott trianguláció (interjúk, dokumentumok, megfigyelés, illetve különböző nézőpontok összevetése) is növelte. Az esettanulmány első verzióit elküldtem az esetet jól ismerő résztvevőnek, illetve olyan kutatónak is, aki kevésbé tájékozott a témában. A visszacsatolásait igyekeztem figyelembe venni, felhasználni a végső verzió elkészítésénél.

A megbízhatóság növelése érdekében kutatási naplóban folyamatosan dokumentáltam az esettanulmány készítésének lépéseit, eseményeit. Az összegyűjtött adatokat (hangfelvételeket, jegyzeteket, dokumentumokat stb.) rendszerezett és visszakereshető formában tároltam. Az elemzés közben készített írott anyagaim egymásra épülnek, és ezeken keresztül visszakereshetők az egyes állítások mögötti konkrét források.

Az alkalmazott módszertan, azaz az esettanulmány esetében nem a statisztikai értelemben vett általánosítás a kutatás minőségi kritériuma, hanem sokkal inkább az úgynevezett elemző általánosítás (Yin, 2009; Eisenhardt, 1989). A következtetéseimet összevettem a szakirodalomból ismert elméletekkel és korábbi kutatási eredményekkel (ld. 9.2. alfejezet). Ezzel a stratégiával növelhető az általánosíthatóság.

Mindazonáltal kutatásomnak nem lényegi kérdése a következtetések általánosíthatósága, hiszen elsősorban a jelenség megértésére törekedtem annak valós kontextusában. Maxwell (1996) szerint azonban ez nem zárja ki a kvalitatív kutatásoknál sem, hogy az eredmények általánosabb érvényűek, a kialakított elméletek más esetekre is kiterjeszthetők. Az esettanulmányt igyekeztem úgy megírni, hogy összevethető legyen mások által ismert esetekkel, és a hasonló vagy eltérő jellemzők, körülmények figyelembevételével lehessen következtetéseket levonni.

A disszertációm 7. és 8. fejezetében az empirikus kutatás elemzéseit mutatom be. A 7. fejezetben a szakértői interjúk alapján elemzem a tanúsítás célját, szerepét, vállalásának okait. A 8. fejezetben pedig a kórházi esettanulmány eredményeit mutatom be.

7. Az ISO és a KES/MEES szerinti tanúsítás a szakértők nézőpontjából

Az ISO 9001 szabvány illetve a KES/MEES szerinti tanúsítás történetét, terjedésének körülményeit a disszertációm 5.3. alfejezetében mutattam be. A kutatási kérdéseimet részletező 6.1. alfejezetben azt is jeleztem, hogy fontos tisztázni, hogy ezen rendszerek szerinti tanúsítást milyen célból, milyen okok miatt vezették be a magyarországi kórházakban. Ebben a fejezetben a hazai fejlesztők, támogatók nézőpontjából elemzem a minőségügyi rendszerek bevezetésének célját, szerepét és azt, hogy a szakértők szerint milyen okai voltak a tanúsítás vállalásának, terjedésének. A fejezet megállapításaira az öt szakértői interjú elemzésével, összevetésével jutottam.

7.1. A minőségügyi rendszerek célja és szerepe

Az 5.4. alfejezetben láthattuk, hogy a külső kórházi minőségügyi rendszerek, így például a tanúsítás alkalmazása sem volt kötelező jogszabály szerint, ezért az egészségpolitika szintjén nem kifejezetten a külső, hanem általában a minőségügyi rendszerekkel kapcsolatos célokról lehet beszélni. A következő alpontokban összevetem a szakértők elképzeléseit arról, hogy a különböző minőségügyi rendszereknek (ISO, KES/MEES) és az azok alapján végzett külső értékeléseknek mi a deklarált célja, az általuk gondolt szerepe, és összegzem az ezek érvényesülésével kapcsolatos gyakorlati tapasztalataikat.

7.1.1. A minőségügyi rendszerek deklarált célja

Az egészségügyi tárca vezetői a '90-es években a WHO és többi nagy nemzetközi szervezet iránymutatását követték. Ennek megfelelően megfogalmazták célként a minőségfejlesztést: *„Tehát egyértelműen deklarálták azt, hogy fejleszteni kell az ellátások minőségét és ennek érdekében megfelelő minőségügyi rendszert kell kialakítani.”* (Sz5 ⁹⁷) Ugyanakkor szerinte az egészségpolitikai vezetők annyira nem mélyedtek el a témában, hogy megismerjék mi ennek a várható hozadéka. A szakértők szerint deklaráció és retorika szintjén azóta is elkötelezettek, de egy ideje már a gazdasági kényszerek dominálják az egészségügyi tárcák működését, így valójában nem prioritás a minőségügy. (Sz2, Sz5)

A fejlesztésben résztvevő szakértő szerint a JCI (Joint Commission International) standardok hazai adaptációjánál, azaz a KES fejlesztésénél és bevezetésénél sem definiálta senki a célrendszert, amely nem volt szerencsés a standardrendszer jövője, későbbi alakulása szempontjából. (Sz3)

Azaz a szakértők szerint sem az ISO rendszer megjelenésekor, sem a KES fejlesztésekor nem voltak átgondolt célkitűzések a minőségügyi rendszerekkel kapcsolatban az egészségpolitika szintjén, és maguknak a rendszer fejlesztőinek sem voltak annyira világosak a célok, mint ahogyan most ennyi év távlatából a tapasztalatok alapján láthatóak, hogy mire is jők.

⁹⁷ A szakértő interjúalanyaimra kódokkal (Sz1-Sz5) fogok hivatkozni, az interjúalanyok jellemzőit ld. a 11. mellékletben.

Az intézmények szintjén mégis megjelent a minőségfejlesztés célkitűzésként (Sz2), az egyik interjúalanyom tapasztalatai alapján azonban szintén csak deklarált célként és az intézményvezetők a minőségügyi rendszerek működését valójában nem igazán értették:

„Ez egy János arcú dolog. Ugyanis, ha megnézzük az intézmények minőségpolitikai nyilatkozatát, a vezetőség elkötelezettsége, az mindenütt benne van, deklarálták, stb. De még évek után is – ez egy erős megfogalmazás lesz – az intézményvezetőknek valójában nagyon kevés fogalma volt arról, hogy mit is értsünk minőségen, és mit is várhatunk el, vagy mitől lesz jobb, hogyha ez a rendszer működik.” (Sz5)

7.1.2. A minőségügyi rendszerek és a tanúsítás szerepe

A szakértők elképzeléseit arról, hogy az ISO rendszernek illetve a KES/MEES rendszereknek mi a rendeltetése, szerepe a 10. táblázatban jelenítettem meg.

10. táblázat: A minőségügyi rendszerek szerepei a szakértők szerint

ISO 9001 szabvány	KES/MEES rendszer
szabályozás; keretet, vázat ad; menedzsment számára döntéstámogató eszköz; minőségfejlesztés	szabályozás; beteg- és dolgozói biztonság, védelem; költségmegtakarítás; működés változtatása; minőségfejlesztés

Forrás: saját szerkesztés

Természetesen mindkettő rendszer esetében említették a szakértők a szabályozási szerepet, például: *„Hiszen azt mondja az ISO, hogy írom le, amit csinálók, és amit leírtam, azt úgy csináljam.” (Sz1), a standardrendszerek esetében pedig „a betegellátás teljes folyamatának, a kulcsfontosságú folyamatoknak a szabályozása meghatározott kritériumok szerint” (Sz3).*

Az ISO minőségirányítási rendszerrel kapcsolatban a szakértők többsége (Sz1, Sz2, Sz4, Sz5) megfogalmazta azt a szerepet, hogy keretet, vázat ad. Egyikük ezt így értelmezte: *„[...] én az ISO-t úgy tekintetem, mint egy szekrény, amiben nagyon sok fiók van, ez rendszerezett, és a fiókot feltöltjük úgy, ahogy szeretnénk.” (Sz1)* Ezt a keretet meg lehet tölteni az egészségügy specifikus folyamatokkal (Sz5), a szakmai folyamatokkal (Sz1). Egy másik szerepe az ISO rendszernek: a menedzsment számára egy döntéstámogató eszköz és a folyamatos monitoring lehetőségét adja. (Sz4)

A standardrendszereknek (pl. KES) a szabályozás mellett az egyik szakértő szerint (Sz3) a biztonság javítása a fő célja és funkciója, bár akkoriban a fejlesztők sem látták ezt még ilyen világosan. A betegbiztonság és a dolgozói biztonság fejlesztésén keresztül az intézmény védhetőségét is javítja, azaz a perek, feljelentések megelőzése révén az intézmény védelmében van szerepe. (Sz3) A KES bevezetésekor az egyik valamennyire kommunikált cél a költségmegtakarítás volt, a KES rövidítéshez például ez adta az ötletet. (Sz3) Továbbá az ISO rendszerhez képest a KES célja a működés változtatása, mivel a standardjai közvetlenül a működéssel kapcsolatban fogalmaztak meg elvárásokat.

Mindkét minőségügyi rendszer lehetséges célkitűzésként említették a szakértők a minőségfejlesztést. A KES esetében például: *„külön standard csoport vonatkozott arra, hogy ne egy statikus rendszer működjön, hanem a belső minőségfejlesztési programok is működjenek.” (Sz3)* Azzal, hogy az ISO rendszernek is célja a minőségfejlesztés mindegyik szakértő egyetértett.

Az ISO illetve a KES/MEES rendszerek kiegészíthetik egymást, ha az előnyeiket illetve hátrányaikat nézzük. Az ISO egyértelmű hátránya a szakértők szerint, hogy nem egészségügyspecifikus, nem jelennek meg benne az egészségügyi ellátási folyamatok, míg a KES/MEES rendszereknek éppen ez az előnye. Szakértő interjúalanyaim közül többen ezért készítették el, illetve vettek részt az ISO 9001 egészségügyi értelmezésének (ESZCSM, 2003) kidolgozásában (Sz1, Sz2). A standardrendszerekből (KES/MEES) viszont több szakértő (Sz1, Sz2, Sz4) szerint is hiányzik az a fajta rendszerszemlélet, amely iránymutatást adna a menedzsmentnek az alkalmazásra vagy a működtetésre, nem tükrözi annyira például a PDCA körnek a működését mint az ISO minőségirányítási rendszere (Sz1).

A szakértők közül hárman (Sz1, Sz2, Sz5) egyetértettek abban, hogy mivel az ISO és a KES illetve később a MEES rendszerek jól kiegészítik egymást, ezért akár egybeépítve, integráltan is alkalmazhatóak.

„Körülbelül úgy tudom megfogalmazni, hogy forma és tartalom. Tehát az ISO rendszer egy nagyon jó és szilárd váz és ebbe a gyógyítás-specifikus követelményeket [el lehet helyezni], mint ahogy az intézmények többsége egy nagyon jó mátrixot is csinált, hogy most akkor a szabvány melyik pontjának a MEES melyik pontja felel meg.” (Sz5)

Valójában a MEES kialakításánál már az volt a törekvés, hogy az ISO logikáját beépítsék az ellátási standardok rendszerébe. (Sz2) Az integrált alkalmazás mellett érvelő három interjúalanyon túl az auditori tapasztalatokkal is rendelkező szakértő szerint a MEES úgy egészítheti ki az ISO rendszerét, hogy a betegellátó egységek értékeléséhez nyújt segítséget. (Sz4) Az ötödik interjúalanyom (Sz3) szerint is kiegészítheti egymást a két rendszer, de nem a szabványok illetve standardok összefésülésével és együttes külső értékelésével, hanem úgy, hogy a standardrendszer szerinti értékelés a betegellátó területre fókuszál, az ISO tanúsítás pedig a támogató területeken hangsúlyos, mivel a szakmai munkára nem mindig terjed ki. Ugyanis eredetileg két eltérő filozófiájú, különböző rendszerről volt szó. Az ISO a minőségirányítási rendszert, a szervezeti szabályok megalkotását vizsgálja, míg a KES alapján *közvetlenül* a működést lehetne vizsgálni. (Sz3) Eszerint az értelmezés szerint a két rendszer (ISO illetve KES) eltérő külső értékelési módszert feltételezne. Miután a KES az ISO rendszer logikáján alapuló tanúsítással szerezhető meg, ez a megközelítésbeli eltérés csorbult. Az egyik szakértő szerint a MEES gyakorlati megvalósulását meghatározza az, hogy az ISO tanúsítás követelményrendszerén keresztül történik a külső értékelés. Bekerült egy működési szabályokon alapuló rendszer (KES) egy minőségirányítási rendszerbe (ISO) és ez a standardok megvalósulása szempontjából hátrányos. (Sz3)

7.1.3. Az ISO és a KES/MEES rendszerekkel kapcsolatos gyakorlati tapasztalatok

Maguk a szakértők is megemlítették, hogy a minőségügyi rendszerek általuk említett szerepe, célja nem biztos, hogy megjelenik a gyakorlatban. Előfordult, hogy már maguk a terjesztők vagy fejlesztők sem közvetítették ezeket az üzeneteket. A gyakorlati megvalósítás hiányosságait többen hangsúlyozták. (Sz1, Sz3, Sz4) Mégis vannak pozitív tapasztalatok, hárman is említették, hogy az ISO rendszer a rendrakás eszköze (Sz1, Sz2, Sz5):

„Utólag azt mondja az intézményvezetőknek a többsége, hogy tulajdonképpen az ISO rendszer a rendrakásnak egy nagyon jó eszköze.” abból a szempontból, „hogy egyrészt tudjuk, hogy mit csinálunk, másrészt mindenki tudja, hogy ezen belül, neki hol a helye.” (Sz5)

„Azok a kórházak, akik maguk fejlesztették, maguk dolgozták ki a folyamatleírásaikat, azt folyamatosan karbantartják, számon kérik, az mind azt mondja, hogy egyszerűen fantasztikus rend lett a kórházukba.” (Sz2)

Az egyik szakértő szerint azoknál a szolgáltatóknál, ahol régebb óta működtetik a minőségügyi rendszereket és van egy-két elkötelezett ember, ki tudja használni az előnyeit, azaz nem csak papíron létezik, hanem a gyakorlatban is van szabályozó szerepe. (Sz3) Vannak olyan szolgáltatók, akik csak megvették a rendszert, nem maguk fejlesztették ki, ebben az esetben csak egy plecsni. (Sz2) Ezt fel lehet mutatni, a törvényi kötelezettség teljesítésére elegendő. (Sz1)

Két szakértő szerint is az ISO rendszere nem tölti be a gyakorlati megvalósítás során a minőségfejlesztő szerepét, mert általában nem élnek a modell adta lehetőségekkel a tanúsított szolgáltatók (Sz4, Sz1), ez az auditorok jellemző értékelési gyakorlatának is köszönhető. (Sz4) A jelenlegi gyakorlat arra jó, hogy a hatósági elvárásoknak megfeleljenek a szolgáltatók, *„de hát ugye ez a fapados változat, amiről meg én beszélek, az meg de lux változat”.* (Sz4)

A szakértők a gyakorlati megvalósítás kapcsán említettek mindegyik rendszernél néhány negatívumot: Az ISO esetében néhány szakértő interjúalanyom úgy gondolja, hogy túlzott dokumentációt igényel (Sz1, Sz3), egyikük szerint gyakran csak a papírmunkáról szól (Sz3). A KES pedig a kezdeti bevezetéskor úgy tűnt, hogy megfoghatatlan, nem ellenőrizhető az audit során. (Sz2) Egy másik szakértő szerint azonban a KES/MEES-t egészségügyspecifikussága miatt könnyebb volt bevezetni: *„Ugyanakkor a MEES, az valóban a betegekre, és a gyógyító tevékenységre koncentrál. És éppen ezért, sokkal könnyebben elfogadtatható. Azonnal elfogadtatható volt az egészségügyi személyzettel, szemben az ISO rendszerrel.”* (Sz5) A legelején az ISO rendszer feltöltése tartalommal nehéz és sokszor csak formális volt, és valójában ezt a formát a KES megjelenésével sikerült megtölteni. (Sz5)

A szakértők az egyes rendszereket aszerint is jellemezték, hogy a kórházaknak mely területét érinti vagy mely területén előnyösek a másikkhoz képest. Ebben a témában a szakértői vélemények nagyjából összecsengtek. Az ISO rendszere elvileg az egész szervezetre kiterjed, de a gyakorlatban a betegellátó egységek szakmai folyamatait általában nem érinti (Sz1, Sz3, Sz4), viszont a támogató területeket (háttérszolgáltatásokat) szabályozza (Sz3, Sz4). A KES illetve a MEES rendszere a betegellátó egységekre fókuszál, a szigorúan vett szakmai munkát azonban ez sem szabályozza. (Sz3, Sz4)

7.2. A külső értékelés vállalásának okai

A szakértő interjúalanyaim mindannyian kaptak visszacsatolást a kórházvezetőktől, illetve közülük hármuknak kórházi tapasztalata is van. (ld. 11. melléklet) A szakértők szerint a kórházak a következő okok miatt vállalták a tanúsítást:

- igazolás szerzése a jogszabálynak való megfelelés bizonyítására,
- szakértelem hiánya miatt tanúsító szervezet felkérése,
- minisztériumi elvárások észlelése,
- pályázatoknál feltétel,
- finanszírozási előnyökkel kapcsolatos várakozások,
- divat.

Annak ellenére, hogy sohasem volt kötelező a tanúsítás megszerzése, az intézményeket mégis a jogszabálynak való megfelelés arra ösztönözte, hogy vállalják a külső megmértetést. (Sz1, Sz5) Ezt az egyik szakértő így magyarázta:

„Úgy gondolták az intézmények, majdnem annyira cél volt a tanúsítvány megszerzése, mint magának a minőségügyi rendszernek a vezetése. Tehát, hogy föl tudom mutatni, mint intézményvezető, hogy igen, nálunk működik egy jó minőségügyi rendszer.” (Sz5)

Azaz a tanúsítvány megszerzése egyfajta igazolás lehet arra, hogy az intézmény eleget tett a jogszabályi előírásoknak, azaz annak, hogy (belső) minőségügyi rendszert működtetnek.

Egy másik folyamat, amely a tanúsítás megszerzéséhez vezethetett, az volt, hogy az egészségügyi intézményeknek nem volt tapasztalatuk a minőségügyi rendszer kiépítésében, egyszerűbb volt egy tanúsító szervezetet felkérni. (Sz1, Sz5)

Sokat számított valószínűleg az is, hogyan észlelték a kórházvezetők, mit vár el a minisztérium (Sz3, Sz5), bár valójában a tanúsítvány megszerzése sosem volt elvárás (Sz2, Sz5). A minisztérium azonban például kiadta a belső minőségügyi rendszerrel kapcsolatos szakmai irányelvet⁹⁸, ami

„tulajdonképpen szintén egy ISO alapú követelményrendszer, csak egy kicsit leegyszerűsítve. [... A kórház] elkezdett vele foglalkozni, és akkor rájött, hogyha ezeket mind elkezd megvalósítani, onnan már csak egy lépés az, hogy auditáltassa magát és akkor miért ne, hiszen akkor már kint van a tábla.” (Sz2)

Az elvárások észlelésén túl egy másik kényszerítő erő volt a tanúsítvány megszerzésére az, hogy pályázatokhoz előírták feltételként (Sz1, Sz3, Sz4).

A kórházvezetők körében a szakértők szerint az is terjedhetett, hogy a tanúsítványért majd valamilyen finanszírozási előny jár. (Sz1, Sz2, Sz3) Volt egy „kezdeményezés a minisztérium részéről, hogy az OEP valamilyen bónuszt adjon azoknak az intézményeknek, amelyek érvényes tanúsítással rendelkeznek.” (Sz3) Ez a törekvés azonban már a minisztériumon belül elakadt. (Sz2) Ennek ellenére a kezdeményezés híre eljutott a kórházvezetőkhez, és így egy folyamatos várakozás volt bennük, hogy valamilyen (pozitív vagy negatív) következménye lesz a tanúsítvány megszerzésének illetve ennek elmaradásának, de ez a mai napig nem következett be. (Sz3, Sz4, Sz5)

A tanúsítás megszerzésének egy további befolyásoló tényezője volt, hogy egyre több intézmény szerezte meg a tanúsítványt (Sz2, Sz4): „Tehát a minőségügy azért a '90-es évek végére divat lett, és már olyan, aki adott magára, annak tanúsított intézménye volt.” (Sz2)

Ha a tanúsítás megszerzésének okát a belső motivációk oldaláról nézzük, akkor a szakértőknek (Sz1, Sz2, Sz3, Sz5) az a tapasztalata, hogy az intézmények egy részének csak a papír megszerzése volt a célja, ezzel már igazolni tudták a jogszabályi megfelelést, eleget tettek a minisztériumi elvárásoknak és a pályázati feltételeknek. A szakértők többsége (Sz2, Sz3, Sz4) azonban egyetértett abban is, hogy voltak olyan intézmények vagy néhány elkötelezett ember, akik felismerték, hogy miért jó ez nekik. Ilyen előny lehetett például a szabályozott működés vagy az, hogy jobbak akartak lenni (minőségfejlesztés). (Sz2, Sz4) Az egyik interjúalanyomnak ugyanakkor az a tapasztalata, hogy az intézményvezetők inkább

⁹⁸ Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészségügyi szolgáltató szervezetek belső minőségügyi rendszeréről, azok követelményeiről (az irányelv érvényessége: 2005. december 31., a 2. módosított változat érvényessége: 2009. december 31.)

nyűgnek tekintik, nem látják az előnyeit, mert formálisan működtetik a minőségügyi rendszert. A rövidtávú gondolkodás jellemző, azaz hogy a forráshiány miatt nem finanszírozzák a működtetését. (Sz1) A szakértő interjúalanyaimtól arra is kaptam néhány értelmezést, hogy a kórházak miért választották az egyik vagy éppen a másik rendszert. A kezdeteknél nem állt rendelkezésre más rendszer csak az ISO, az intézményvezetők tanácstalanok voltak, a tanúsító szervezetek viszont éppen ez időtáiban már az üzleti szférában telített piaccal találkoztak.

„Ez volt kéznél, tudták, hogy ez a versenyszférában bevált, nagyon meggyőzőek voltak azok a cégek, sokszor nemzetközi cégek, amelyek a felkészítést, meg a tanúsítást fölajánlották. És hát ugye a NAT⁹⁹ őket tanúsította, akkreditálta a tanúsításra. Tehát megvolt a hivatalos struktúrája és emiatt biztonságban érezték magukat az intézményvezetők: igen, ez egy bevált, bevett dolog.” (Sz5)

A KES illetve a MEES rendszereket azért választhatták az intézmények az ISO-hoz képest, mert ez speciálisan az egészségügyre íródott, így könnyebben értelmezhető volt. (Sz3, Sz4, Sz5) A KES, majd a MEES szerinti tanúsítás nem jellemző önmagában, amelynek az egyik szakértő szerint az az oka, hogy ezek a rendszerek nem adtak instrukciót arra, hogy hogyan kell bevezetni és az auditokon történő igazolásuk is nehezebb volt önmagukban, míg az ISO rendszere ezekre iránymutatást adott. (Sz2) Egy másik szakértő szerint bár a KES illetve MEES előnyösebbnek tűnt, de ahol volt már ISO tanúsítás, ott inkább beleépítették a standardokat (ld. forma és tartalom). (Sz5)

Több szakértő úgy gondolja, hogy az integrált rendszert azok működtetik, ahol elkötelezettebbek. Egyrészt *„Mert ott jöttek rá az ISO-nál, hogy valami hiányzik még.” (Sz2)* Másrészt az integrált rendszer drágább. (Sz1)

A jelenleg fejlesztés alatt lévő kórház akkreditációs rendszer híre szintén befolyásolhatja a tanúsítás vállalását, ezért a szakértői interjúk során rákérdeztem arra, hogy az akkreditációs rendszer fejlesztésének híre szerintük milyen hatással van a tanúsítvány megszerzésére, fenntartására. Az interjúalanyaim egyetértettek abban, hogy az intézményvezetők jelenleg kívánnak, hogy milyen fejlemények lesznek (Sz1, Sz2, Sz3, Sz5), és ez rossz hatással van az eddigi rendszerek fenntartására (Sz5). Ez utóbbira ugyanakkor más tényezők is hatással vannak, például a rossz gazdasági helyzet (Sz2), az átalakuló intézményrendszer (Sz5).

Összességében a szakértői interjúk tapasztalatai szerint bár az egészségpolitika a '90-es években felkarolta és elvben később is támogatta a minőségügyi rendszerek alkalmazását, világos célkitűzéseket nem fogalmaztak meg. A szakértők szerint a minőségügyi rendszerek és a tanúsítás szerepe a gyakorlati tapasztalatok alapján nem mindig érvényesült.

⁹⁹ NAT: Nemzeti Akkreditáló Testület

„Tehát esetleg egy új irányt is tud mutatni [egy másik auditor], ami elképzelhető, hogy jobb, mint az az irány, amit én most képviselek, vagy amit mi [a vezető auditorral¹⁰⁰] közösen képviselünk.”

(interjú, minőségügyi vezető)

8. A kórházi esettanulmány

A fenti mottóban a minőségügyi vezető által megfogalmazott gondolatot azért tartom az esettanulmány fontos üzenetének, mert többek között arról szól, hogy a minőségügyi vezető is úgy látja, hogy a tanúsítás hatására a szervezeten belül kiépített rendszer csak egy lehetséges értelmezése az ISO 9001 és MEES szerinti integrált rendszernek, amelyet a vezető auditorral, azaz a külső értékelővel közösen alakítanak. Ha egy másik külső auditor érkezne a kórházba, elképzelhető, hogy más irányt venne a tanúsítás szerepének értelmezése.

Az általam vizsgált esetnek többféle olvasata lehet. Ebben a fejezetben azt az értelmezését fejtem ki, amelyet a kutatási kérdéseim szempontjából a legrelevánsabbnak tartok. Az esettanulmány első alfejezetében bemutatom az elemzési keretemet, amely egyben a fejezet gondolatmenetét is magyarázza.

8.1. Az esettanulmány elemzési kerete

Az eset tanulmányozása során a kórházi és auditori interjúk, a dokumentumok és a megfigyelés segítségével gyűjtött adatok elemzésével arra jutottam, hogy a következő fő kategóriákkal lehet leírni a vizsgált jelenséget:

- hatásmechanizmus, amely az érintettek (auditorok és kórházak) külső értékelésre adott reakcióit és interakcióit és azok szervezeten belüli tovagyűrűzését foglalja magában,
- a külső értékelés, azaz a tanúsítás és a kapcsolódó auditok jellemzői, amely a hatásmechanizmust befolyásoló tényezők egyike,
- a hatásmechanizmust befolyásoló további tényezők,
- a tanúsítás kórházon belüli szerepének interjúalanyaim általi értelmezései.

Az 14. ábrán ezek az elemek alkotják az elemzési keretemet.

¹⁰⁰ Az idézetben eredetileg a kórház vezető auditorának keresztnéve szerepelt, amelyet az anonimitás megőrzése érdekében cseréltem ki.

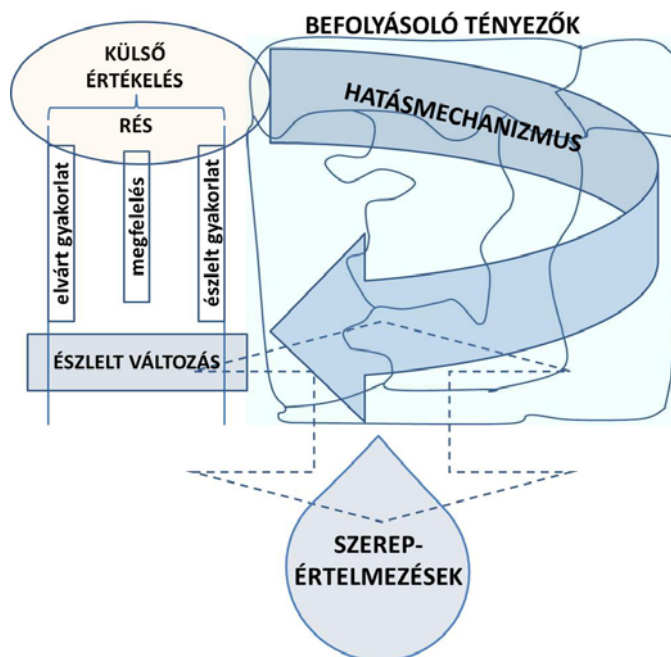
Az 14. ábrán jelöltem, hogy az auditorok és a kórházi szereplők is valahogyan észlelik a kórház működését, az egyes szereplők munkavégzését, viselkedését (**észlelt gyakorlat**) illetve az ezekkel kapcsolatos auditori **elvárásokat** is, ezek összevetésével van egy elképzelésük a közöttük lévő eltérésről (**RÉS**), azaz a **megfelelés** szintjéről. Az auditorok ezt az eltérést értékelik az audit módszere segítségével (**külső értékelés**), amelynek **jellemzői** meghatározóak a kórháziak és az auditorok reakciói és az egymás közötti interakciói szempontjából. A tanúsítás és az auditok hatására bekövetkező reakciókat, interakciókat együttesen **hatásmechanizmus**nak hívom, amelyet **további tényezők befolyásolnak**, és mindezek együttesen kihatnak arra,

hogy a kórházi szereplőkben milyen kép alakul ki a tanúsítás szerepéről a kórház működésében. Ezek a **szerepértelmezések** ugyanakkor a kórháziak hozzáállása, viselkedése révén vissza is hatnak a reakciókra, interakciókra és ezeken keresztül a tanúsítás hatására bekövetkező lehetséges és **észlelt változásokra**.

A 8. fejezet gondolatmenete a következő: A módszertani részben (ld. 6.2. alfejezetet) már ismertettem az eset kiválasztásának szempontjait, így a következő 8.2. alfejezetben csak rövid leírást adok a kórház általános jellemzőiről és részletesebben bemutatom minőségügyi szempontból, majd összefoglalom, hogy vajon miért vállalta a kórház a tanúsítást (8.3. alfejezet). Az elemzési keretnek (14. ábra) megfelelően a fejezet 8.4. alfejezetében elemzem a kórház esetében a külső értékelés, azaz a tanúsítás és a kapcsolódó auditok főbb jellemzőit, majd a kórházi szereplők és az auditorok külső értékelésre adott reakcióit, interakcióit, azaz a hatásmechanizmust (8.5. alfejezet). A 8.6. alfejezetben a hatásmechanizmus eredményeképpen a kórháziak által észlelt szervezetre gyakorolt hatást, az észlelt változást rendszerezem. A kórházi interjúalanyaim különböző értelmezéseit a tanúsítás és az auditok szerepéről a 8.7. alfejezetben elemzem. A hatásmechanizmust befolyásoló, kutatásomban feltárt tényezőket pedig az esettanulmány 8.8. alfejezetében összegzem.

A befolyásoló tényezők különböző eredetűek és egymással is kölcsönhatásban lehetnek, ezért ezeket kirakószerűen ábrázolom: A 15. ábrán szemléltetem az empirikus kutatásom során talált tényezőcsoportokat, amelyek a következők:

14. ábra: Az esettanulmány elemzési kerete



Forrás: saját szerkesztés

- elméleti tényezők,
- külső értékelési tényezők,
- szervezeten kívüli tényezők,
- szervezeti adottságok tényezők,
- közvetett hatásmechanizmus tényezők,
- egyéni szinten jelentkező tényezők.

Az elméleti befolyásoló tényezők közé tartoznak az ISO illetve KES/MEES rendszerről a kórháziak számára elérhető információk, interpretációk és a fejlesztők értelmezései és üzenetei, amelyekről már az előző, 7. fejezetben volt szó. A további tényezőcsoportok kutatásomban feltárt elemeit a kapcsolódó (8.2., 8.3., 8.4., 8.6.1.) alfejezetek végén összegzem, illetve az egyéni szinten jelentkező befolyásoló tényezőket a 8.8. alfejezetben mutatom be és érvényességüket a beágyazott esetek elemzésével igazolom. Az esettanulmány záró alfejezetében elemzem, hogyan értelmezhető a vizsgált esetben a tanúsítás és a kapcsolódó auditok fejlesztési törekvésekre gyakorolt hatása (8.9. alfejezet).



Forrás: saját szerkesztés

8.2. Az eset bemutatása

A módszertani fejezetben (6.2. alfejezet) az esetválasztás kapcsán bemutatam a kórház fő jellemzőit, ennél pontosabb adatok megadására a kórház anonimitásának megőrzése érdekében nincsen lehetőségem. A kórház mérete az ágyszámok alapján közepes méretű (aktív ágyszám 300-1000 között, összesen ágyszám 450-1500 között) és megtalálhatóak benne az alapszakmák (a szakmák száma 10-19 közötti), azaz az intézmény egy általános jellegű kórház (nem szakkórház, nem egyetem).

A kórház vezetése az interjúk alapján mindig is elkötelezett volt az intézmény fejlesztése iránt szakmai és infrastrukturális szempontból is. A korábbi főigazgató szerint a minőségügyi rendszer kiépítése és a tanúsítás vállalása is az intézményfejlesztési intézkedések sorozatába illeszkedett bele. A 8.2. alfejezetben a kórházat minőségügyi szempontból elemzem, bemutatam a tanúsítás kezdeti időszakát, illetve a kutatási témám szempontjából érdekes kórházi szerepeket és a tanúsítás időszaka alatt történt változásokat.

8.2.1. A tanúsítvány megszerzése

A kórház, ahogyan az esetválasztási szempontoknál már említettem, ISO 9001 szerinti tanúsítványt abban az időben szerzett, amikor elindult a hazai kórházak tanúsításának hulláma. A tanúsítást azóta folyamatosan megújítja az intézet, és időközben megszerezte a KES, majd a MEES szerinti tanúsítványt. Az esettanulmány készítése idejében is az ISO/MEES integrált rendszert működtette.

A kórház vezetésének fogékonyságát jelzi, hogy már az elsők között elkezdtek kiépíteni a kórház minőségügyi rendszerét az akkori ISO szabvány szerint, majd a tanúsítvány megszerzése egy tudatos főigazgatói koncepció volt, „amelyet azt kell mondani, hogy a döntési, itt a kórházon belül döntési

pozícióban lévők elfogadtak és megértettek.” (interjú, minőségügyes¹⁰¹) A korábbi főigazgató az akkori orvos-igazgató helyettest bízta meg a minőségügyi vezetői feladatokkal.

A tanúsítást kb. egyéves felkészítés előzte meg, amely magában foglalta a rendszer kiépítését, azaz a szabályozó dokumentumok megírását (pl. folyamatleírások, osztályok működési rendje, munkaköri leírások), a dokumentációs rendszer kialakítását. Szintén a felkészítés alatt sor került a minőségügyi vezető, a minőségügyi titkár, a folyamatgazdák, a belső auditorok és a minőségügyi munkatársak képzésére. (interjúk, JK17) A felkészítési folyamatban minden osztályról voltak kijelölt felelősök, akik az osztályos szintű szabályozásokat (pl. működési rendeket) elkészítették. A minőségügyi munkában résztvevő vezetők szerint az alapelemek kidolgozása és megtanulása hosszú folyamat volt.

Kezdetben nehézséget jelentett a kórháziak számára az ISO nyelvezete, nehéz volt ráhúzni a kórházra. Akkoriban a tanúsító cégeknek sem volt még sok tapasztalata az egészségügyben. Az egyik osztályvezető főorvos interjúalanyom kifejezetten sérelmezte, hogy a felkészítő cég az ipari skatulyákkal dolgozott, például vevőkről beszéltek, holott náluk betegek vannak.

Az első tanúsító auditot megelőzték a belső auditok és a felkészítő cég által végzett próbaauditok, majd a tanúsító cég által végzett előaudit. Az így feltárt hiányosságokat visszajelezték a szervezeti egységekhez, ahol rendkívüli osztályértekezleteket tartottak, hogy a szükséges módosításokat elvégezzék. A jegyzőkönyvek tanúsága szerint minden osztályértekezleten téma volt a minőségügyi rendszer aktuális helyzetének értékelése, és a megfelelő intézkedések meghozatala. (JK17, JK16, interjú) Ezután következett csak a tanúsító audit, amelyen a kórház már megfelelt és így megszerezte a tanúsítványt. A tanúsítást a kezdetektől ugyanaz a cég végzi. Háromévente van megújító audit és a köztes két évben ún. felügyeleti audit, azaz a kórházban minden évben járnak az auditorok¹⁰². (interjúk, jelentések) Nem csak a tanúsító szervezet ugyanaz a kezdetektől, hanem a vezető és a társauditor személye is.¹⁰³ Az esettanulmány készítése idejében a kórház vezető auditora egy olyan ápoló végzettségű szakember volt, aki egy másik kórházban dolgozik minőségügyi vezetőként, a társauditor pedig orvos, aki a szakmáját is gyakorolja az auditori tevékenysége mellett.

Mivel a kórház az elsők között kezdte el az ISO szabványnak megfelelő rendszerét kiépíteni, így amikor a kórházi ellátási standardok (KES) szerinti tanúsítás lehetővé vált, már adott volt a helyzet. A jelenlegi minőségügyi vezető szerint egyértelmű volt, hogy az ISO rendszerét a KES-sel integrálják, mivel külön-külön több dokumentációt igényelt volna. A nehézséget az okozta, hogy a két rendszer nem volt teljesen összeegyeztethető. A KES bevezetésekor ki kellett dolgozni azokat a részleteket, amelyekre korábban még nem volt szabályozásuk, de a KES előírta.

„Tehát ezek azért plusz munkát jelentettek, de úgy igazán nem volt olyan nagy megrázó, mint az első, az első, hát az első gyerek is nagy megrázkódtatás az embernek is. [nevet] Mikor egyszer csak ott van egy, és mit csináljak vele, és a másodikkal már az ég adta világon semmi bajom. Hát ez ugyanolyan, az ISO is, meg a KES egymás után.” (interjú, felsővezető)

¹⁰¹ A fejezet 8.2.3. alpontjában bemutatom a kórház „minőségügyes” munkatársait, közéjük soroltam a minőségügyi vezetőt, titkárt, koordinátort, folyamatgazdákat, belső auditorokat és a minőségügyi munkatársakat.

¹⁰² Az esettanulmányban az „auditorok” alatt mindig a külső auditorokat értem, amikor a kórház belső auditorairól írok, erre a jelző használata majd mindig utal.

¹⁰³ Főként a kezdeti időszakban előfordult, hogy egy harmadik auditor is jelen volt.

A jegyzőkönyvekben (JK11, JK12) szereplő beszámoló alapján intenzív felkészülési időszak előzte meg a KES szerinti tanúsítást is: szűrőpróbaszerű ellenőrzések, ápolási vizitek, belső auditok, „nemmegfelelőségek” kezelése, oktatások, szabályozások módosítása történt meg. A felkészülési időszak után a KES bevezetése a kórházba „a menedzsment, a minőségügyi munkatársak, de legfőképp a dolgozók példás hozzáállása révén” két hét alatt sikerült. (JK10) ¹⁰⁴

8.2.2. Az ISO illetve a KES fogadtatása a kórházban

Az ISO rendszer bevezetésekor jelenlévő, a kezdeti lépésekre rálátó interjúalanyaim (7 interjúalany) kiemelték, hogy az ISO értelmezése és így fogadtatása azért volt problémás a kórházban, mert eredetileg nem az egészségügyre készült. Néhány példa a kezdeti fogadtatásra:

„Tehát eleinte nem is értettem, azt se tudtam, melyik bolygón vagyok hirtelen. Hogy micsoda? Tehát egy gyártási folyamatot, mert ugye végül is az ISO egy gyártási folyamatra szól. A termék anyagának a beszerzésétől egészen a vevői értékelésig. Tehát [mosolyog] ez, ez nem az egészségügy.” (interjú, minőségügyi vezető)

„Nekem mindig az volt az ellenérzésem, hogy a kolerába kell egy ISO típusú modellt átrakni az egészségügybe, ahol az alapelvek nem erre készültek.” (interjú, felsővezető)

„Amikor bevezettük az egész minőségbiztosítási rendszert, annak az egész megszövegezésén, gondolatvilágán nagyon lehetett érezni, hogy ennek semmi köze nem volt az egészségügyhöz. [...] A fogalomtárában is egy csomó olyan volt, amit egyszerűen lehetett érezni, hogy ezt arra találták ki, hogy hogyan kell kenyeret sütni kategória.” (interjú, minőségügyes)

Interjúalanyaim közül a betegellátó egységek osztályvezető főorvosai egyetértettek abban, hogy ezt az iparban elfogadott, gyártási folyamatokra értelmezett rendszert az egészségügyre nehezen lehet ráhúzni. (három interjú)

Ahogy korábban már említettem, a kórházban az ISO rendszerét már kiépítették, amikor felmerült a KES szerinti tanúsítás lehetősége. A KES a kórházi interjúalanyaim szerint azért volt kihagyhatatlan választás, mert egészségügy specifikus, ugyanakkor az ISO tanúsítványt is meg szeretnék vona tartani:

„Több éves munkát, ennek az anyagi vetületét, a szakmai részét nem lehetett annulálni és büntetni azokat az intézményeket, akik kezdettől fogva elkezdtek ISO-zni, és annak ellenére, hogy a KES-t, azt tudtuk, hogy és világszinten tudtuk, hogy sokkal szakmaspecifikusabb és sokkal jobban alkalmazkodik a műfajhoz, ezért tehát nem nulláról indítottuk [...]”. (interjú, korábbi főigazgató)

Ezzel a gondolattal a minőségügyi vezető is egyetértett, a KES-nek egészségügyspecifikussága mellett azonban szerinte voltak hiányosságai is, amelyeket a KES továbbfejlesztésével kialakított MEES már kiküszöbölt (például a járóbeteg szakellátás területére is standardok). Egy másik minőségügyes is megfogalmazott néhány kritikát:

„De úgy tűnt, hogy aki ezzel elkezdett foglalkozni és az a csapat, aki ezt az egész KES-t kidolgozta, az megint csak olyan elefántcsonttoronyban történt, és nagyon, nyilván mindenki nagyon jól próbálta átgondolni, hogy mindenre legyen válasz, de ezáltal az is megtörtént, hogy ott is túlságosan el lett bonyolítva. [...]” „Voltak olyan mondatok olyan kérdések olyan részek, amiket nem is tudtunk először értelmezni, és akkor jött az auditor cég és akkor tőlük kérdeztük meg, hogy és ezt hogy értelmezzük? És akkor, hát akkor nyugodtunk meg, amikor ők se tudták értelmezni.” (interjú, minőségügyes)

¹⁰⁴ A dokumentumokból vett idézeteket álló betűvel jelzem, míg az interjúkból származóakat dőlttel.

Egyik interjúalanyom sem számolt be arról, hogy a KES bevezetése a kórház életében nagy változást hozott volna. A KES bevezetése valójában a szabályozások elkészítésében jelentett igazán többletmunkát az ebben részt vevő minőségügyes munkatársak számára, mivel a KES részletesebben szabályozta az egészségügyi folyamatokat, mint az ISO. A minőségügyi vezető szerint azonban nem emiatt volt nagy munka, *„Hanem azért, mert a KES az kórház ellátási standardok voltak, és mit ad Isten, az egészségügyre volt szabva, míg az ISO nem. Tehát ezt a kettőt párhuzamba állítani, hát ember legyen a talpán, aki ezt integrálja.”* (interjú, minőségügyi vezető)

Az ISO és a KES hatásáról, viszonyáról a bevezetésben aktív szerepet vállaló ápolási igazgató is így számol be:

„De én bennem például az ISO, lehet, hogy mert rengeteget foglalkoztam vele, az a mai napig szerintem jobban él, mint mondjuk a KES. Attól függetlenül, hogy természetes, hogy azt is alkalmazzuk, de az már szerintem az ISO-nak a kiterjesztett változata, talán egy kicsit finomított, jobban ránk rakott dolga.” (interjú, ápolási igazgató)

Korábban említettem, hogy az auditorok értelmezése is hozzájárulhatott a KES illetve MEES kórházon belüli érvényesüléséhez. Az egyik auditor szerint a standardrendszer *„egyszerűen azt várja el az egészségügyi intézménytől, hogy tartsa be a törvény által előírtakat, pont. Most ezért miért kell egy rendszert üzemeltetni. Nem értem.”* (interjú, auditor) Az első KES auditori jelentésekben az ISO jelentéshez hasonló szerkezet jelent meg, amelyben a standardrendszernek fontos elemei mint a mérhető minőség célok, indikátorok nem jelentek meg (Jelentes7b, Jelentes6b).

A KES kórházra gyakorolt hatását az is jól jellemzi, hogy a kórházi interjúalanyaimnak a bevezetett rendszerre jellemző szóhasználatuk az ISO volt, a KES-t illetve MEES-t nem említették, úgy is mondhatnánk, hogy ISO-ztak. Mivel a kórházi szereplők a két rendszert egymástól nem elkülönülten kezelték, és valójában az eredetileg bevezetett ISO rendszerhez kapcsolódó attitűdök voltak a dominánsak, az esettanulmány további részeiben én sem kezelem külön az ISO, illetve a KES/MEES szerinti tanúsítást. Az esetként kiválasztott kórházban ezeknek a rendszereknek a hatása nem választható szét.

8.2.3. A tanúsítással, auditokkal kapcsolatos kórházi szerepek

Az audithoz kapcsolódóan meghatározó szerepe van a kórházi interjúalanyaim szerint a minőségügyi vezetőnek, a középvezetőknek (pl. osztályvezetők, osztályvezető főorvosok, osztályvezető főnővérek, főműtősnő) és a felsővezetőknek (menedzsment). Ugyanezeket a vezetőket említette meghatározóakként a kórház egyik auditora, aki még a belső auditorokat is kiemelte. Az alábbiakban ezeket a kórházi szerepeket és még néhány minőségüggyel kapcsolatos kórházi szerepet mutatok be.

8.2.3.1. A kórház minőségügyesei

Triviálisnak tűnik, hogy a kórház minőségügyi feladatait ellátó dolgozóknak – az általam továbbiakban „minőségügyeseknek” nevezetteknek – az audithoz kapcsolódóan fontos szerepük van. Közülük meghatározóként mégis csak a minőségügyi vezetőt emelték ki, és még a belső auditorokat említették az interjúalanyaim. Ugyanakkor a kórház minőségügyesei között rajtuk kívül van még minőségügyi titkár,

„minőségügyi koordinátor”¹⁰⁵, folyamatgazdák, minőségügyi munkatársak. Elsőként a minőségügyi vezető helyzetét, szerepét mutatom be.

Ahogy már említettem, a kórház első minőségügyi vezetője az orvos-igazgató helyettes volt. Amikor ő nyugdíjba ment, a korábbi főigazgató számára komoly dilemma volt, hogy vajon kit érdemes minőségügyi vezetőnek kinevezni: Olyas valakit, aki egy felsőbb szintű vezető és a saját szakmájában is magasan kvalifikált, aki „a külső interpretáció szempontjából lényegesen sikeresebben és jobban dokumentáltan tud egy eredményt felmutatni.” (interjú, korábbi főigazgató) Vagy olyas valakit, aki alulról nőtte ki magát és „aki, hogy mondjam, sokkal belülről jövőbben tudja átélni a tömegesebb dolgozói résznek a hozzáállását.” (interjú, korábbi főigazgató) Végül az utóbbi mellett döntött, így az a minőségügyi vezető az ápolói vonalról felemelkedett, több diplomát szerzett minőségügyi szakember lett, aki az esettanulmány készítésekor ebben a pozícióban volt.

A minőségügyi vezető szervezeten belüli hivatalos pozíciója eltér a ténylegestől, ugyanis az auditori jelentés alapján: „A minőségügyi vezető a menedzsment tagja, részt vesz a vezetői értekezleteken.” (Jelentes5a) Ezt a hivatalos pozíciót tükrözte a szervezet korábbi organogramja is. Ugyanakkor a minőségügyi vezető az interjú alapján nem érezte a menedzsment teljeskörű tagjának magát. Ez kiderül abból is, ahogyan a más kórházakban dolgozó minőségügyi vezetőkről beszél: „Tehát minőségügyi igazgatóként dolgoznak, ahol valójában is a menedzsment tagjai, és nemcsak ilyen látszat, hogy oda van rajzolva, de igazából nem.” (interjú, minőségügyi vezető) A főigazgató-váltással a minőségügyi vezető helyzete megváltozott, ez a szervezet organogramjában is tükröződött, innentől kezdve még kevésbé volt a menedzsment tagja.

A minőségügyi vezető munkájához ugyanakkor fontos lenne, hogy a vezetői értekezleteken részt vegyen, mert így lenne megfelelőképpen tájékozott (pl. szervezeti változásokról), ami a munkájához elengedhetetlen. (2 interjú, minőségügyesek) Az interjúkból azonban közvetett módon az is kiderül, hogy nem csak a tájékozottság lenne fontos, hanem az egyes intézkedések hatásossága érdekében a menedzsment fokozottabb támogatása. Az egyik felsővezető meg is jegyzi: „Meg kell mondjam, hogy kicsit egyedül van hagyva ebben a minőségügyi vezető.” (interjú, felsővezető)

A minőségügyi vezető így foglalja össze a szerepét: „Ó, hát én több hétig tudnék erről beszélni, hogy mi a feladat. Nekem az a feladatom, hogy koordináljam a minőségügyet. Ennyi.” (interjú, minőségügyi vezető) A kórház dolgozói (négy interjúalany) gyakran utalnak a minőségügyi vezetőre úgy, hogy ő a mindentudó a minőségüggyel, a szabályozásokkal kapcsolatban, hozzá bátran lehet fordulni, mindig tudja rá a választ, és ez az audit során is nagyon fontos. Összhangban azzal, hogy a kórházi interjúalanyaim a minőségügyi vezető szerepét meghatározónak érzik az audit szempontjából, ő maga is így értékelte a saját szerepét:

„[kérdés] És mit gondolsz, hogy a te szerepednek van jelentősége magában az értékelésben, hogy végül milyen döntés születik?

[válasz] Én azt gondolom, hogy van. Azt gondolom, hogy van. Az osztályon elkövetett hibák nem olyan súlyos hibák, még akkor is, ha hiba, abban az esetben, ha van egy elhivatott minőségirányítási vezetés. És nekem ez a dolgom, többek között, hogy elhivatott legyek ezen a területen. Értsek

¹⁰⁵ A „minőségügyi koordinátort” idézőjellel írom, mert hivatalosan nem nevezték ki erre a pozícióra, de valójában tevékenysége nagyban megfelel ennek a feladatnak.

ahhoz, amit csinálók és próbáljam meg mindenkinek az érdekét képviselni, ugye elsősorban az intézményét, a betegeket. És hát figyelemmel kell lenni a gazdasági helyzetre, a kollegák terhelhetőségére, a menedzsment hozzáállására. Az se egy emberből áll. Tehát én azt gondolom, hogy nagyon nagy szerepem van, mert ha az én munkám nem olyan lenne amilyen, akkor az osztályon lévő hiba is súlyos hiba lehetne. [...] Ahogy én ezt tudom prezentálni, annak megfelelő lesz a megítélés.” (interjú, minőségügyi vezető)

A minőségügyi vezetőnek az auditon kívül is számos szerepe, és koordinálással kapcsolatos feladata van. (10 interjú) Ezek közül néhány: A szabályozással kapcsolatos szerepe, hogy iránymutatást adjon a dolgozóknak a szabályozásokon keresztül. Az audit hatására bevezetett intézkedések érvényesítésében is szerepet vállal, azaz amikor nem alkalmazkodnak kapásból az érintettek, akkor a minőségügyi vezető személyes közbenjárása segítheti ezt. Az egyik felső vezető így összegzi a minőségügyi vezető szerepét: *„De ő az, aki egész évben át tudja tekinteni, hogy mi az, ami itt hiánycikk, mi az, amit pótolni kell, rengeteget segít minden osztálynak, meg mindenkinek, úgyhogy neki azért központi szerepe van ebben, mert azért nélküle én azt gondolom, hogy elhanyagolódna.”* (interjú, felsővezető) Munkájának fontosságát más felsővezetők is elismerik.

A kórház belső auditorai erre a feladatra kiképzett dolgozók. (Jelentes3a, JK3, JK10, JK11, interjúk) A belső auditoroknak a képzettségen kívül, különböző képességeiknek is lenniük kell ahhoz, hogy jó auditorok legyenek. Interjúalanyaim szerint például jól kell tudniuk kérdezni, illetve át kell látniuk a működést. A belső auditorok szerepét a minőségügyi vezető is fontosnak tartja, ez megnyilvánul abban, hogy ő választja ki őket, hiszen olyan emberekre van szüksége, akik ezt a feladatot el tudják látni, akikkel együtt tud dolgozni.¹⁰⁶ A belső auditorokat igyekeztek a kórház minden területéről kiválasztani.

A belső auditorok szerepe – ha a külső audit szempontjából közelítjük meg a kérdést – az, hogy segítség a szervezeti egységeket a felkészülésben. Ugyanis a belső auditok során feltárják az eltéréseket, hibákat, amelyeket még időben lehet korrigálni. (6 interjú, dok3, dok4, dok5, JK2, JK3, JK8, JK9) Az egyik belső auditor így számol be erről a tevékenységéről:

„Azzal kekeckedünk egymással, hogy tudok találni olyan dolgot, amiben megbuktatom őket. Tudniillik, ha találok, egyrészt nincs következménye, másrésztől megtaláltuk azt a lehetőséget, amit lehet javítani addigra, ameddigre külső audit jön [...] Tehát ez nem egy fejvesztés melletti találmány, amikor én ilyen esetleg feltárok, esetenként még mosolyogva, de meg is köszönik, hogy jól van, hogy ezt megtaláltad, mert akkor legalább ezt meg tudjuk oldani a jövőben. Úgyhogy ez egy olyan hibavadászat, amit, ha az ember egyet, kettőt talál, akkor meg tudja előzni a későbbieknek a nagyobb hiba lehetőségét.” (interjú, belső auditor)

A belső auditoroknak azonban nem csak a szervezet egészében van fontos szerepük, hanem a saját szervezeti egységük felkészülését is segíthetik. Ugyanis a belső auditorok azok, akik jobban tudják a munkatársaik között, hogy milyen elvárásoknak kell megfelelni egy audit során. (5 interjúalany) Bár a minőségügyi vezető szerint a rendszerről a legtájékozottabbak az osztályvezető főnövérek, akik egyébként elmondása szerint gyakran belső auditorok is egyben, az interjúk alapján mégis arra a következtetésre jutottam, hogy a belső auditor tájékozottabb lehet a minőségügyi rendszerről mint az osztályvezető főnök, ha ez utóbbi nem belső auditor. Az osztály felkészítésében játszott szerepet jelzi a következő idézet:

¹⁰⁶ A belső auditorokat ebben a feladatkörükben a minőségügyi vezető koordinálja, irányítja.

„Ha egy [belső auditor] se lenne [az osztályon], nagyon kiesnének ebből a vizsgálati lehetőségből úgy, hogy nem nagyon tudnánk, hogy mikor, mire hogyan kérdeznek és hogy kell felkészülni egy ilyesmire. Nem csak a belső, hanem a külső audit során.” (interjú, belső auditor)

A minőségügyi rendszer működtetésében vesznek még részt a minőségügyi titkár, a „minőségügyi koordinátor”, a folyamatgazdák és a minőségügyi munkatársak. A minőségügyi titkár a rendszer bevezetésében aktívabb szerepet játszott az interjúk és a jegyzőkönyvek alapján, mint az esettanulmány készítésének időszakában.

A minőségügyi koordinátor korábban a jelenlegi minőségügyi vezető volt, hivatalosan ezt a pozíciót az esettanulmány készítésének időszakában nem töltötte be senki. Ugyanakkor az interjúk alapján a minőségügyi vezető mellett dolgozó munkatárs valójában ehhez hasonló szereppel bírt, így a továbbiakban őt hívom „minőségügyi koordinátornak”. Ő szokta az auditok alatt tartani a kapcsolatot az auditált osztályokkal és koordinálni az ütemezéssel kapcsolatos esetleges módosításokat (interjúk, megfigyelés), az auditon kívül az ő feladata volt a minőségügyi dokumentumok nyilvántartása és egyes szabálmódosítási feladatoknál kapcsolattartás az osztályokkal. A „minőségügyi koordinátor” egyben belső auditor is volt.

A folyamatgazdák azok, akik az elején a fő folyamatoknak (pl. fekvőbeteg szakellátás, járóbeteg szakellátás, diagnosztika stb.) a leírását, a szabályozó dokumentumát (folyamatleírás) elkészítették, és azóta is felelősek a karbantartásukért, módosításukért. A folyamatgazdák között több felsővezető is volt. Az egyik interjúalanyom szerint a rendszer kiépítése szempontjából fontos tényező, hogy a folyamatgazdáknak olyan személyeket jelöltek ki, akik átlátták a feladat lényegét és komolyan is vették azt.

A minőségügyi munkatársakat jó pár interjúalanyom említette, de nem úgy mint az auditok szempontjából meghatározó szereplőket, holott a minőségügyi munkatárs kompetencia leírása (dok10) alapján ezek a felelősök fontos szerepet töltenek be a kórház minőségügyi rendszerében. Ugyanis a kompetencia leírás szerint „A feladatkör célja a [...] Kórház valamennyi szervezeti egységében a minőségirányítási szabályozásban foglaltak megismerése, megismertetése, betartása és betartatása”. (dok10) Elvileg minden szervezeti egységben a minőségügyi munkatársak felelősek a dolgozók, az új belépők minőségügyi oktatásáért, képzéséért, ez a kompetencia leírásból és interjúkból is kiderült. Az interjúk alapján azonban nem mindegyik osztályon működik ugyanolyan aktivitással a minőségügyi munkatárs. Van olyan osztály, ahol interjúalanyaim nem tudták ki a felelős, míg egy másik osztályon az összes interjúalanyom kiemelte az osztályukon ezért felelős dolgozó szerepét. Ez utóbbi osztályon az osztályvezető főorvos szerint azzal, hogy van egy lelkes felelős, a többi dolgozónak jóval kisebb terhet jelentenek az auditok és következményeik. Ezen az osztályon a minőségügyi munkatársnak az auditokon feltárt problémás területek kezelésében és a külső auditra való felkészülésében volt szerepe, továbbá az osztály dolgozóinak megpróbálta elmagyarázni a változtatás vagy egyes minőségügyi rendszerelemek (pl. működési rend, kompetencia leírás) értelmét, sőt az osztályvezető főnővérrel együtt fejlesztési javaslatokat is szoktak tenni az osztályon. Ahogyan korábban említettem a minőségügyi munkatárs mellett előfordul, hogy a belső auditor is részt vesz az osztályos minőségügyi munkában. Egyik minőségügyi munkatárs interjúalanyom sem emelte ki feladatai között, hogy az újonnan belépőket minőségügyi szempontból oktatniuk kell.

A minőségügyi munkatárs – kivéve például azt az osztályt, ahol nem tudtak válaszolni, hogy ki tölti be ezt a szerepet – általában jelen szokott lenni a belső és külső auditokon (8 interjú, megfigyelés, dok17), a kompetencia leírás szerint egyébként ez kötelezettségük is (dok10). A minőségügyi munkatársak nem

kapnak ehhez a feladatkörükhöz külön képzést¹⁰⁷, hanem kinevezésükkor a kompetencia leírason keresztül értesülnek a feladatkör tartalmáról, ami nem mindig egyértelmű a felelősnek és ezért van, aki úgy érzi, hogy nem kapott elegendő tájékoztatást a feladról. Az az interjúalanyom, aki belső auditor is egyben, elmondása szerint a belső auditori szerepén keresztül szerzett ismereteit (képzés és tapasztalat más osztályokon) felhasználja a minőségügyi munkatársi feladatkörében. A minőségügyi vezető elmondása szerint a minőségügyi munkatársakat nem ő jelöli ki, hanem ezt az osztályvezetőre bízta, ugyanis itt a tájékoztatás az alapvető feladat, és szerinte a minőségügyi munkatársaknak inkább az osztályvezetőkkel kell együttműködniük. A minőségügyi vezető a minőségügyi munkatársaknak körlevelet ír, vagy ritkábban összehívja őket, ha a szervezeti egységben dolgozóknak szeretne valamilyen információt átadni rajtuk keresztül.

A minőségügyi munkatársak többsége (57,5%-a) orvos (ld. 11. táblázat). Ugyanakkor a minőségügyi vezető szerint, ha orvos is a minőségügyi munkatárs a minőségügyi feladatok ellátásában az osztályvezető ápoló mindig részt vesz. A minőségügyi munkatársak meghatározó szereplőként nem említése amiatt is lehet, hogy kb. az egyharmaduknál (32,5%) az osztályvezető¹⁰⁸ tölti be ezt a pozíciót (ld. 12. táblázat), akiket viszont meghatározó szereplőként kiemeltek az interjúalanyok. A minőségügyi munkatársak egynegyede belső auditor is egyben, az ápoló és szakdolgozó minőségügyi munkatársak mindegyike belső auditor is.

11. és 12. táblázat: A minőségügyi munkatársak szakmacsoportok és beosztások szerinti megoszlása ¹⁰⁹

szakmacsoport	szakmacsoport szerinti arány	beosztás	beosztás szerinti arány
orvos	57,5%	felsővezető helyettes	2,5%
ápoló, szakdolgozó	17,5%	osztályvezetők	32,5%
gazdasági, műszaki	15,0%	osztályvezető helyettes, csoportvezető	10,0%
egyéb	7,5%	főorvos	20,0%
nincs adat	2,5%	adjunktus	7,5%
összesen	100,0%	szakorvos	5,0%
		egyéb nem vezető	10,0%
		nincs adat	12,5%
		összesen	100,0%

Forrás: dok17, dok14

8.2.3.2. A menedzsment

A menedzsment tagjai a tanúsítás szempontjából is meghatározó szereplők a kórházban. A menedzsment alatt dolgozatomban a felsővezetőket értem, és a főigazgatón kívül az igazgatókat (orvos-, ápolási, gazdasági) és helyetteseiket sorolom ide. Az esettanulmányban, amikor a menedzsmentre

¹⁰⁷ Bár a tanúsító audit előtt a felkészülési szakaszban a minőségügyi munkatársaknak is volt képzés az egyik jegyzőkönyv (JK17) szerint.

¹⁰⁸ Ha nem számítjuk azokat, akiknek beosztásáról nincs adatom (12,5 %) a minőségügyi munkatársaknak kb. fele vezető beosztásban van.

¹⁰⁹ A kórház minden szervezeti egységében van egy minőségügyi munkatárs. A szervezeti egységek számát, és így a minőségügyi munkatársak összlétszámát a kórház anonimitásának megőrzése érdekében nem adtam meg.

utalok, nem értem bele a minőségügyi vezetőt, mivel bár hivatalosan tagja, de az interjúalanyok beszámolói szerint ténylegesen nem feltétlenül az (ld. a minőségügyi vezető szerepének bemutatásánál). A rendszer bevezetésének elfogadtatása, a dolgozók meggyőzése, hadra fogása szempontjából a kórház menedzsmentjének kulcsszerepe volt a kórháziak (7 interjúalany) és a felsővezetők szerint is (3 felsővezető interjúalany). A kórház külső auditorainak más kórházakban is szerzett tapasztalatai ugyanezt támasztják alá: meghatározó, hogy a kórház vezetése milyen példával jár elől, mennyire elkötelezett, mennyire támogatja az ügyet. Amikor visszajárnak a kórházakba, a vezetőváltásoknál lehet tapasztalni, hogy a kórházvezető hozzáállása meghatározza a minőségügy aktuális fontosságát. Egyik kórházi interjúalanyom szerint a dolgozók úgy érzik a menedzsment hozzáállásából, hogy ez egy létfontosságú dolog ennek a kórháznak az életében. Ugyanakkor a főigazgató-váltással itt is változott a minőségügy helyzete a kórházon belül (interjú). A minőségügyi vezető szerint a főigazgatónak a legfontosabb a szerepe, *„Mert ő az, aki, ha kimondja, hogy ez nekünk fontos, akkor ő azzal adja meg a hatás és jogkört nekem arra, hogy én a többit megcsináljam.”* (interjú, minőségügyi vezető)

Az audit során a menedzsmentnek a nyitó és záró értekezleten van fontos szerepe, amikor tájékoztatják az auditorokat a fejleményekről, illetve az auditorok őket az audit tapasztalatairól. (5 interjú, megfigyelés) A korábbi főigazgató szerint alapvető fontosságú, hogy a menedzsment ezeken az értekezleteken aktívan részt vegyen, őszinte kommunikációra és konstruktív együttműködésre van szükség a menedzsment és az auditorok között, hogy értelmes javaslatok, intézkedések szülessenek az audit eredményeképpen. A főigazgató személye a záró és nyitó értekezlet jellegét is befolyásolhatja, ugyanis interjúalanyaim beszámoltak arról, hogy az értekezletek hosszában, tartalmában és résztvevőiben változás történt a főigazgató-váltással. (3 interjú)

Az auditon kívül a menedzsment és a minőségügyi vezető, titkár és „koordinátor” részvételével évente legalább egyszer sor kerül vezetőségi átvizsgálás ülésre. A vezetőségi átvizsgálás értekezletekről készült jegyzőkönyvek tanúsága szerint a menedzsment tagjai évente meghatároznak minőségcélokat és intézkedéseket, amelynek teljesülését a következő évben értékelik. (jegyzőkönyvek) (A kórházban a célok meghatározásáról és értékeléséről még a dolgozat további részeiben írok.)

A menedzsment tagjai közül a kórház főigazgatójának az audit következményeként egyes intézkedések meghozatalában és érvényesítésében is fontos szerepe van, abban az esetben, ha a minőségügyi vezető saját hatáskörében nem tud intézkedni. (interjú, JK2, JK3, JK11) A másik menedzsment tag, akit az audit szempontjából a kórházi interjúalanyaim meghatározó szereplőként külön is kiemelték, az ápolási igazgató volt. Az ápolási igazgató a kezdetektől fogva aktívan részt vett a minőségügyi munkában, az ő nevéhez fűződött egy minőségfejlesztési bizottság létrehozása, amely egy időben rendszeresen működött, és például az ápolási protokollok, kompetenciák kialakítása volt a feladata. Az auditokon nem csak a záró és nyitó értekezleteken vett részt, hanem az egyik auditort általában ő szokta végigkísérni az osztályokon. Az audit hatására hozott intézkedések bevezetésében a minőségügyi vezetővel szorosan együttműködött. A menedzsmenttagok közül még az orvos-igazgató helyettesnek volt további szerepe a minőségügyben, a panaszügyek kezelésében vett részt.

Bár a meghatározó szereplők között nem emelték ki, de több kórházi interjúalanyom utalt az általam „auditori kísérőnek” elnevezett szerepre. Ezt a feladatot, azaz az auditorok osztályokon végigkísérését, valamelyik menedzsmenttag illetve a minőségügyi vezető látta el. (öt interjú, megfigyelés) Az auditori kísérő jelenléte az audit során több szempontból is befolyásolhatja az auditot, bár interjúalanyaim közül többen ezt egy semleges, háttérszerepnek tartják. A menedzsment egyik tagjának jelenléte

megnyugtatólag hathat az auditáltakra, ugyanakkor ennek üzenetértéke is lehet a dolgozók felé, hogy a menedzsment fontosnak tartja az auditot, jelen van rajta. Bár az auditori kísérő nem válaszolta meg a kérdéseket az osztályon dolgozók helyett, azonban előfordult, hogy kiegészítő információkat adtak, ha valamire nekik volt nagyobb rálátásuk (interjú, megfigyelés), illetve olykor szemkontaktussal vagy hozzászólásaikkal bátorították, megnyugtatták az auditáltakat¹¹⁰ (megfigyelés, 2 interjú). Az auditori kísérők az osztályok látogatása közötti szünetekben további kérdésekre válaszolva vagy informálisabb beszélgetések során is tájékoztatták az auditorokat a kórházról. (megfigyelés) Az auditori kísérőnek az auditon észlelt hiányosságok, hibák javításában is szerepe van, ugyanis van rá példa, hogy a kisebb eltérések javításáról már az audit során intézkedtek. (interjúk, megfigyelés) Több felsővezető is úgy számolt be, hogy az auditori kísérőként szerzett tapasztalat számára fontos és hasznos, mert láthatja maga is, hogy hol vannak problémák.

8.2.3.3. A középvezetők

A minőségügyi vezetőhöz és a menedzsmenthez hasonlóan a tanúsítás szempontjából meghatározó szereplőkként emelték ki interjúalanyaim a középvezetőket (pl. osztályvezetőket, osztályvezető főorvosokat, osztályvezető ápolókat). Az auditorokat az egyes osztályokon az osztályvezetők szokták fogadni, a betegellátó osztályokon általában az osztályvezető főorvos és az osztályvezető ápoló vesz részt az auditon, illetve a minőségügyi munkatárs, aki gyakran megegyezik a korábbiakkal. (megfigyelés, 15 interjú) Több interjúalanyom szerint azzal, hogy az osztályvezető részt vesz az auditon, megadja a súlyát, módját, példát mutat. Az osztályvezetők pedig pozitívként számoltak be arról, hogy az audit során láthatják, hogy hol vannak náluk javítandó hiányosságok (3 interjúalany).

Az osztályvezetőknek azonban nem csak az auditon van fontos szerepük, hanem általában az elvárások teljesítésében, amely befolyásolja az auditori elvárásoknak való megfelelést is. Az egyik felsővezető például így fogalmaz: *„Tehát amilyen az osztályvezető főorvos, mondjuk dokumentatív stílusa, ellenőrző stílusa, meg egyáltalán, olyan az osztályé.”* (interjú, felsővezető) A többi osztályvezetőn (főnővér, főműtősnő) is nagyon sok múlik az elvárások teljesítésében, a minőségügyi vezető szerint a kulcsemberek az osztályvezető ápolók. Tehát sokat számít, hogy az osztályvezetők mit követelnek meg, hogy például elvárják-e a pontos dokumentálást. (12 interjúalany)

8.2.3.4. Nem vezető beosztású munkatársak

Az auditok során az osztályos látogatásokon a beosztottak közvetlenül nem vesznek részt, de tudnak az eseményről (öt interjúalany). A szerepük legtöbbször arra korlátozódik, hogy előkészítik a dokumentumokat, és az osztályvezető kérésére ezeket átadják. (négy interjú, megfigyelés) Hat interjúalanyom szerint az auditorok nem is igazán találkoznak beosztottakkal. *„Nem, tehát hogy mondjam, nagyon ritkán van ez, elvileg bárkit megszólíthatnak, és volt is olyan, hogy valakit megszólítottak, de mostanában nem nagyon volt.”* (interjú, osztályvezető főorvos)¹¹¹

¹¹⁰ Ugyanakkor a megfigyelés során láttam egy olyan esetet is, amikor az auditori kísérő hozzáállása nem támogató, hanem inkább számonkérő volt.

¹¹¹ Néhány kivétellel azonban a megfigyelt auditon is találkoztam, amikor egy szakrendelőt illetve egy diagnosztikai egységet látogattak meg az auditorok. Ezekben az esetekben előfordult, hogy az auditor a nem vezető beosztású dolgozótól is kérdezett. (megfigyelés)

Az auditon kívül a nem vezető beosztású dolgozók az osztályvezetőkön és a minőségügyi munkatársakon keresztül értesülhetnek az auditokkal és a minőségügyi rendszerrel kapcsolatos tudnivalókról.¹¹²

8.2.4. Idődimenzió: változások a tanúsítás időszaka alatt

A kórház az első tanúsító audit óta az esettanulmány szempontjából több fontos változást megélt: Az egyik a főigazgató-váltás, és egy másik a minőségügyi vezető személyében bekövetkezett változás. Ahogyan korábban már említettem a tanúsítás előkészítse és az első tanúsító audit még a korábbi főigazgató idejében történtek. A kórház minőségügyi vezetője kezdetben az orvos-igazgató helyettes volt, majd nyugdíjba menetele után a korábbi minőségügyi koordinátort nevezték ki minőségügyi vezetőnek, aki azóta is főállásban látja el ezt a feladatot. A minőségügyi vezető tehát az időszak első részében orvos végzettségű volt, a második részében pedig az ápolói vonalról érkező vezető tölti be a pozíciót. Az egyik külső auditor szerint ez az elmozdulás más bejáratott kórházi minőségirányítási rendszereknél is jellemző, azaz hogy a korábbi, egyben felsővezető pozícióban lévő minőségügyi vezető helyett a minőségügyi feladatokat korábban is ellátó „munkásból” lesz a minőségügyi vezető. Kezdetben jellemző volt a kórházakra, hogy törekedtek arra, hogy orvosi és ápolói vonalról is legyen felelőse a minőségügynek. A tanulmányozott kórházban a minőségügyi vezető váltás után is volt erre kísérlet, hiszen az orvos-igazgató helyettes részt vett a minőségügyi feladatokban a panaszok kezelésével, azonban minőségügyi szerepének súlya jóval kisebb volt mint a korábbi orvos-igazgató helyettesé. Érdekes módon a külső auditorok szerepében is megfigyelhető egy hasonló változás, bár az auditorok személye ugyanaz maradt. Eleinte közülük az orvos végzettségű volt, később viszont az ápoló végzettségű lett a vezető auditor.

Az orvosok kezdeti magasabb részvételi aránya a kórház belső auditorainak körében is jelentősen csökkent.¹¹³ Az esettanulmány készítésének idejére a belső auditorok jelentős része (66%-a) az ápolói vagy szakdolgozói körből került ki a kórházban. (ld. 13. táblázat) Az ápolói és szakdolgozói foglalkozási csoportba tartozó elsőkörös belső auditoroknak több mint fele még az esettanulmány készítésének időszakában is belső auditor volt, az első orvos auditorok közül ugyanakkor csak egy fő maradt ebben a szerepben. Ennek az arányváltozásnak az egyik oka lehet, hogy a belső auditorokat a minőségügyi vezető kéri fel, aki így fogalmazott:

„Tehát azt mondom, hogy olyan auditorra van szükségem, aki biztos meg tudja oldani ezt a feladatot. Tehát nekem olyan nem kell, aki vagy nem csinálja meg, mert nem csinálja meg, nem ér rá, beteget fogad, szüléshez megy, vagy pedig nem szívvel-lélekkel teszi. Tehát, vagy nem meri tenni. Tehát nekem olyan emberek kellene, akik merik tenni. Tehát ha egy ápoló, aki még csak nem is vezető beosztású, odamegy egy osztályvezető főorvoshoz egy ellenőrzés során, egy másikhoz ugye nyilván. És azt mondja, hogy ez volt a hiba, és márpedig ez volt a hiba, előbb megteszi, mint az a kis orvos, aki a másik osztályon alorvos. Előbb száll szembe, tehát olyan szigorú a hierarchia az orvosok között, hogy az ápolók már inkább tudnak szembe állni, pont a függelmi viszony miatt, hogy nincsen már köztük függelmi viszony, még ez az alárendeltség, hogy te vagy itt a házvezetőnő, intézd el.” (interjú, minőségügyi vezető)

¹¹² Az egyik interjúalanyom szerint egy másik kórházban, ahol korábban dolgozott, jobban bevonták a beosztottakat is a minőségügybe (pl. oktatás is volt nekik).

¹¹³ Az előző (8.2.3.) alponthan jeleztem, hogy a belső auditorok szerepe több szempontból is meghatározó.

Az idézetből azonban az is kiderül, hogy az orvosok lehet, hogy kevésbé végeznék ezt a tevékenységet „szívvel-lélekkel”, ha ez igaz, ez is oka lehet az orvos belső auditorok jelentős létszám és aránycsökkenésének a kórházban. (Az orvos interjúalanyaimnak a tanúsítással, auditokkal kapcsolatos véleményéről a dolgozat későbbi részében írok.)

13. táblázat: A belső auditorok foglalkozási csoportok szerinti megoszlása¹¹⁴

foglalkozási csoport	tanúsítási időszak elején	esettanulmány készítésének idején
orvos	35%	6%
ápoló	27%	38%
szakdolgozó	19%	28%
műszaki vagy gazdasági	8%	9%
egyéb diplomás	8%	13%
minőségügyes	4%	6%

Forrás: dok14, dok15

Ha a belső auditorok kórházi terület szerinti megoszlását nézzük (ld. 14. táblázat), a szervezeten belüli szerepének megfelelően a közvetlen betegellátásban részt vevő osztályok adják a belső auditorok többségét. Ugyanakkor a diagnosztika emelhető ki olyan területként, ahonnan az eredeti állapotokhoz képest jóval nagyobb (kétszeres) arányban kerülnek ki a belső auditorok. Azaz a diagnosztikai területek képviselője a kórház minőségügyi tevékenységében hangsúlyosabb lett, mint kezdetben volt. Érdemes még kiemelni, hogy az ápolási igazgatóság az a szervezeti egység, ahová a legtöbb belső auditor tartozik összehasonlítva a többi szervezeti egységgel. Ez így volt az időszak kezdetén és az esettanulmány készítésének idejében is. Az ápolási igazgatósághoz tartozó belső auditorok személye sem változott, ez a fajta állandóság más szervezeti egységre nem volt jellemző.

14. táblázat: A belső auditorok kórházi területek szerinti megoszlása

kórházi terület	tanúsítási időszak elején	esettanulmány készítésének idején
betegellátó	62%	50%
diagnosztika	8%	16%
gazdasági, műszaki	8%	6%
egyéb támogató	12%	16%
minőségügy	8%	6%
menedzsment (felsővezető vagy helyettese)	4%	6%

Forrás: dok14, dok15

A tanúsítási időszak alatt a kórház minőségügyi tevékenységében voltak még további változások: A jegyzőkönyvek és auditori jelentések alapján kezdetben vezetőségi átvizsgálást mind az audit előtt és mind azt követően, azaz évente többször is tartottak, később azonban már csak egyszer, az auditot

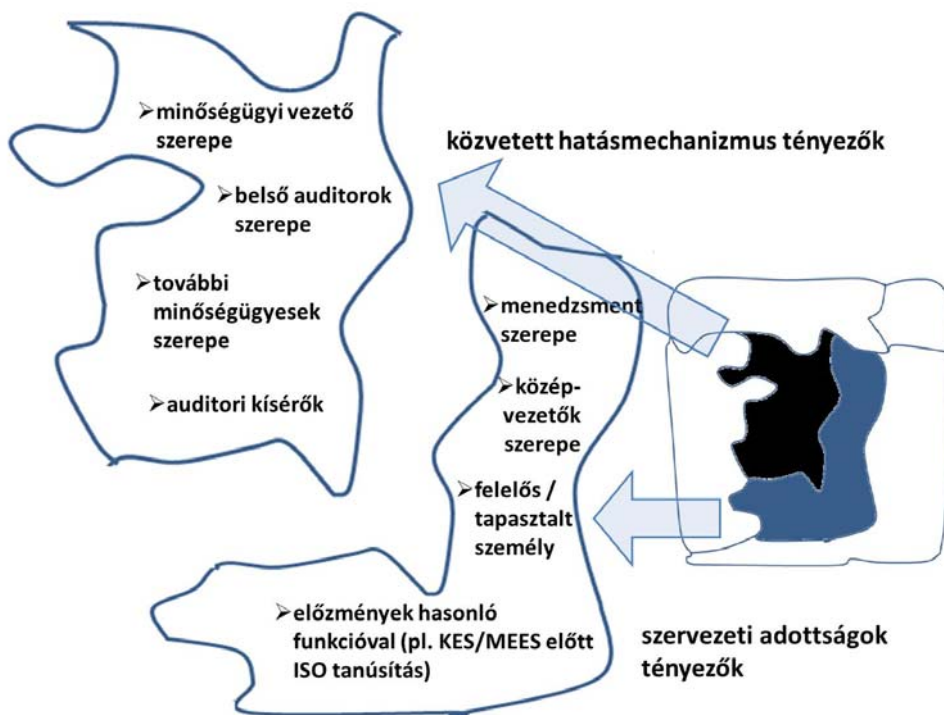
¹¹⁴ A belső auditorok száma kb. a szervezeti egységek számával megegyező, ezek számát a kórház anonimitása érdekében nem adtam meg.

megelőzően volt. Ugyanakkor időben egyre rendezettebben, kb. ugyanabban az időszakban került sor a vezetőségi átvizsgálásra, majd azt követően az auditra.

Szintén voltak változások a kórház szűkebben vett minőségügyi csapatának méretében: Az egyik auditori jelentés (Jelenetés12a) szerint az első években négyfősre bővült a csapat (minőségügyi vezető, minőségügyi titkár és koordinátor, és egy titkárnő). A korábbi minőségügyi vezető nyugdíjazása után azonban a csapat háromfősre csökkent.¹¹⁵ A három főből valójában csak a minőségügyi vezető és a segédje („minőségügyi koordinátor” – ld. korábban) végezte napi szinten a minőségügyi feladatokat.

A 8.2 alfejezetben a kórháznak az eset szempontjából fontos jellemzőit, elemeit mutattam be. Ezen elemek a tanúsítás és a kapcsolódó külső auditok hatását befolyásoló tényezők is egyben, és elsősorban a szervezeti adottságok illetve a közvetett hatásmechanizmus tényezőcsoportokhoz sorolhatóak. A két csoporton belüli tényezők nem választhatóak élesen el egymástól – ahogyan ezt a többi csoport esetében is az ábra „kirakó”-jellege sugallja – ugyanis a közvetett hatásmechanizmus csoporton belül megjelenő tényezők valójában szintén a szervezet jellemzői, még hozzá azon jellemzői, amelyek a tanúsítás hatására alakultak ki és beépültek a szervezet működésébe. (Erről részletesebben még az 8.6.1. alpontban írok.) A 16. ábra összefoglalja, hogy az alfejezetben mely befolyásoló tényezőket azonosítottam.

16. ábra: Befolyásoló tényezők: szervezeti adottságok és közvetett hatásmechanizmus



Forrás: saját szerkesztés

¹¹⁵ Mivel minőségügyi vezetőnek a korábbi minőségügyi koordinátort nevezték ki, a koordinátori szerepbe viszont hivatalosan senkit, ugyanakkor a titkárnő is szerepet vállalt a minőségügyi munka koordinálásában.

A szervezeti adottságok tényezőkhöz soroltam a menedzsment és a középvezetők fejlemények szempontjából meghatározó szerepét, és azt, hogy **van-e** a szervezetben illetve a szervezeti egységek szintjén a minőségügyes feladatokért felelős és/vagy tapasztalt személy, valamint az olyan előzményeket a szervezetben, amelyek a tanúsításhoz hasonló funkciókkal bírtak (pl. KES/MEES előtt volt már ISO tanúsítás). A tanúsítás hatására kialakult szervezeti tényezők (közvetett hatásmechanizmus) a minőségügyi vezető, a belső auditorok és további minőségügyesek szerepe, illetve az auditori kísérők jelenléte az audit során. A két tényező csoport olyan szempontból is összekapcsolódik, hogy a felelős vagy tapasztalt személy a közvetett hatásmechanizmus tényezőkhöz belül megjelenő szerepeket jelenti. A felsorolt befolyásoló tényezők közül a menedzsment és a középvezetők szerepe tényezők jelentőségét szeretném még kiemelni itt a 8.2. alfejezet végén. Az interjúk alapján (10 interjú) az egyik legfontosabb, a szervezetben már adott tényező a közvetlen vezető magatartása és elvárásai, ami interjúalanyaim szerint alapvetően meghatározza a beosztottak magatartását, munkavégzését, azt, hogy hogyan működik egy osztály. A közvetlen vezető azonban nem csak az osztályvezetőket jelentheti, hiszen az igazgatók esetében a főigazgató, a középvezetők esetében az igazgatók a közvetlen vezetők. Azokon az osztályokon, ahol az osztályvezető már eleve elvárja a tanúsítás követelményeit (auditorok elvárásait), ott természetesen kevésbé észlelik a tanúsítás hatását, a változtatásokat. Úgy is fogalmazhatnánk, hogy itt rendben mennek a dolgok, például:

„Én szerintem a mi osztályunk, azért átlagban jó, most nem, minden nagyképűség nélkül, szerintem jobban van úgy vezetve, vagy nem tudom. De dokumentáció szempontjából is, szerintem mi elég precízek vagyunk. Tehát olyan nagy dolgokat nem tudnak [találni].” (interjú, osztályvezető ápoló)

A közvetlen vezető elvárásai és a tanúsítás hatása össze is fonódhat, például az a vezető, aki érti a tanúsítás szerepét, az elfogadja az elvárásokat és meg is követeli: *„azt én értem, hogy miért kell, és én egyre szigorúbban veszem a lányoknál ezt az egészet.”* (interjú, osztályvezető ápoló) Ugyanez az osztályvezető úgy gondolja, hogy a tanúsításnak ott nagyobb szerepe lehet, ahol az osztályvezető egyébként nem követelné meg ugyanezeket az elvárásokat. Szerinte, ha nem újítanák meg a kórház tanúsítását, akkor: *„[...] valószínűleg mi nem változtatnánk, de szerintem máshol igen. Tehát ahol ez nagyon teher, és nem követelik, ott valószínűleg visszaesne a minőség.”* (interjú, osztályvezető ápoló) A vezetők szerepe akkor is felértékelődik, amikor például a kiépített rendszer nem vezet eredményre: *„Tehát, ha valaki ilyen szinten ellenáll, akkor egyetlen módja van annak, hogy ezen változtassunk: főigazgatói döntés kell hozzá.”* (interjú, minőségügyes)

A következő 8.3. alfejezetben folytatva a kórház minőségügyes történetét, arra a kérdésre adok választ, hogy a kórház vajon miért vállalta a tanúsítást.

8.3. A tanúsítás célja és jelentősége a kórházban

A hazai kórházak körében a tanúsítás vállalásának lehetséges okairól a szakértői interjúk alapján már a 7.2. alfejezetben írtam. Ebben az alfejezetben azt elemzem, hogy a tanulmányozott kórház esetében milyen belső vagy külső motivációs tényezők játszottak szerepet, és hogy milyen további *szervezeti kívüli* tényezők befolyásolták még a tanúsítás szerepének jelentőségét a kórházon belül.

8.3.1. Belső szükséglet avagy külső kényszer?

A kórház esetében a tanúsítás vállalásakor is már felsővezetői pozícióban lévő interjúalanyaim szerint a tanúsítás vállalása egy belső meggyőződésen alapuló döntés volt a menedzsment részéről:

„Hát én úgy gondolom, hogy ebben volt egy olyan korszerűség iránti ambíció, egy olyanfajta elkötelezettség, az nem volt kérdés, hogy ahogy most, akkor is abszolút hittünk abban, hogy a minőségügyi koncepciónak, stratégiának a céljai azok helyesek. Itt egyértelműen egy folyamatos, korszerű betegellátási ténykedésnek egyfajta szavatolt, a tudományos eredményeken és egyfajta nemzetközi – kiépítés alatt ugye előttünk járó – gyakorlaton nyugvó hazai meghonosított dolgok legyenek.” (interjú, korábbi főigazgató)

„Belső szükséglet volt, ezt senki nem kérte rajtunk számon. [...] hiszen mi se tudtuk, hogy mely munkafolyamatokat végzünk jól és rosszul. Valamihez akartuk magunkat hasonlítani, önmagunkhoz, meg egyáltalán. Hogy mit lehet kiküszöbölni.” (interjú, felsővezető)

A kórház küldetési nyilatkozatában úgy fogalmaztak, hogy céljuk a kórház működésének, és ezen belül a minőségirányítási rendszerüknek, a magas színvonalú szabályozása és folyamatos fejlesztése, amellyel igyekeznek a betegek elvárásainak, a színvonalas ellátás feltételeinek és az Európai Unió követelményeinek megfelelni. (dok18)

A korábbi főigazgató ugyanakkor azt is említette, hogy a tulajdonos önkormányzat részéről is volt egy elvárás a rendszer bevezetésére, és az egészségügyi ágazatvezetés felől is éreztek egyfajta támogató hozzáállást. A minőségirányítási rendszerben szerepet vállaló vezetők a kívülről érkező elvárásokat hangsúlyosabbnak érzékelték:

„Volt egy külső kényszer, ami azt jelentette, hogy a hivatalos sajtóból és az állásfoglalásokból is, az egészségügyi irányításból is tudtuk, hogy ez egy elvárás. [...] Tehát volt egy külső kényszer vagy külső kényszerek, ami több részre osztható, egészségügyi vezetés, közvetlen irányító szervezet, egészségügyi média, [...] kórházak, ki előbb volt, ki mögöttünk volt, vagy fogalma se volt még arról, hogy mi ez a tanúsítvány és így tovább. És hát ezután ezt a koncepciót mi egyértelműen belsőleg elfogadtattuk.” (interjú, minőségügyes)

Ezekben a vezetőkben az is felmerült, hogy az OEP nem fog szerződést kötni, illetve az ÁNTSZ nem fog engedélyt adni, ha nem tanúsított a kórház, bár ez sohasem volt írásban rögzítve. A kórház jelenlegi minőségügyi vezetője szerint az elvárásoknak való megfelelni vágyás a meghatározó a tanúsítás vállalásában és folyamatos fenntartásában:

„Mindenki szeretne a legjobb lenni.” [...] „Ugye a kórháznak van egy hírneve, és teljesen egyértelműen meg akartunk felelni az elvárásoknak. Én azt gondolom, ez a gyereknél is mindig így van, hogy attól fejlődik a személyisége, hogy meg akar felelni az elvárásoknak és halad előre.” (interjú, minőségügyi vezető)

A kórház menedzsmentjén kívüli interjúalanyaim is többféleképpen észlelték a tanúsítás vállalásának okát: cél volt a nemzetközi, nyugat-európai színvonalnak megfelelés (4 interjúalany); a vezetők „felismerték”, hogy a tanúsítás megszerzése egy minimumkövetelmény a kórházzal szemben (4 interjúalany); talán volt egy belső működést javító szándék is (pl. átláthatóbb, rendezettebb legyen a működés, munkafolyamatok javítása) (4 interjúalany). A nem vezető beosztású interjúalanyaimnak kevesebb elképzelésük volt arról, hogy mi a célja, miért vállalta a kórház a tanúsítást. Egyik interjúalanyom meg is jegyezte: „Illetve fú, megmondom őszintén így, tehát erről nekünk nem beszéltek sokat.”

Disszertációm korábbi részeiből már kiderült, hogy a jogszabály nem tette kötelezővé a tanúsítást. A különböző külső elvárások ellenére a kórház menedzsmentje egyértelműen önkéntes, tudatos vállalásnak tartja a tanúsítást. Ugyanakkor a kórházi interjúalanyaim közül volt, aki nem így érzékelte:

„Nem volt teljesen önkéntes választás, igen, igen. Tehát igen. Tehát valahogy azt kell mondjam, hogy ha valamilyen, mondhatom azt, hogy a kórház életében a piac kikényszerítette, akkor ez valami olyasmi.” (interjú, minőségügyes)

A többi kórházi interjúalanyom körében megoszlott a vélemény arról, hogy a menedzsment önkéntes, tudatos (6 interjú) vagy kötelező (4 interjú) vállalása volt. Az egyik interjúalanyom rávilágított arra, hogy ez egy összetett kérdés:

„Tehát ebbe számos tényező volt. Ebbe benne volt, ahogy említettem volt, benne voltak az elvárások, a kenyéradó gazdáinktól, az ágazati vezetés részéről, ebbe benne volt a kórháznak az önbecsülése, ebbe benne volt a főigazgató koncepciója, ebbe benne volt az őt támogató felsővezetők lojalitása, középszintű vezetők lojalitása és így tovább. Benne volt az ugye, hogy ugye minősítés nélkül, mint ahogy jogosítvány nélkül nem lehet vezetni, minősítés nélkül lassan majd nem lehet gyógyítani, tehát ilyen szempontból mondom én, hogy ez egy nagyon soktényezős folyamat volt.” (interjú, felsővezető)

A tanúsítás vállalásának a szakértők által feltételezett lehetséges okai közül tehát esetünk abba a körbe tartozik, amelynél a menedzsment saját elhatározásából indította el a minőségügyi rendszer kiépítését, ezt az egyik auditor interjúalanyom is megerősítette. A belső motiváción kívül azonban bizonyára szerepet játszottak a külső elvárások (pl. tulajdonos, egészségügyi ágazatvezetés elvárásainak) észlelése is, hiszen ezeket a tényezőket a korábbi főigazgató is említette és a kórházi hierarchia alsóbb szintjein is érzékelték.¹¹⁶ A tanúsítás fenntartásában azonban már olyan tényezők is szerepet játszhatnak mint a pályázatokkal szerezhető plusz forrás és a tanúsítás elterjedtsége miatti presztízskérdés. (interjúk) Ez utóbbi azt jelenti, hogy ha például a kórház nem újítaná meg a tanúsítványát, akkor az presztízaveszteség lenne, a külső érintettek (pl. média) negatívan reagálnának rá.

8.3.2. A tanúsítás és az auditok jelentősége a kórház életében

A tanúsítás és az auditok jelentőségét a kórház életében jól illusztrálja a következő idézet:

„Tehát van valamilyen külön súlya ráadásul. Ugye a kórházvezetés is mindig külön kiemeli ezt, mint valami létfontosságú dolgot. Ettől kezdve belerögződött az emberekbe az, hogy valami esszenciális, létfontosságú dolog és e nélkül élni nem lehet.” (interjú, osztályvezető)

Az egyik felsővezető szerint valóban „*ezt pontosan tudják a dolgozók is, mi magunk is, hogy ez feltétlenül szükséges*”. (interjú, felsővezető) Ugyanakkor a kórházi szereplők egy része (8 interjúalany) azon a véleményen van, hogy a tanúsítás és auditok által elvárt és kialakított rendszernek nincs jelentősége, mert valójában léteznek már szabályozások (pl. jogszabályok, hatósági rendelkezések,

¹¹⁶ A fentiekén kívül a kórházi interjúalanyaim említettek még további külső motivációs tényezőket, ilyen volt a tanúsításért járó plusz forrás híre, a 2000-es évek eleji divathullám és a tanúsító szervezetek marketingtevékenysége, azonban ezek nem valószínű, hogy a menedzsment döntésében szerepet játszottak. Ugyanakkor ezek a tényezők más kórházak vállalását befolyásolhatták, ugyanis a szakértői interjúk és az auditorok is megerősítették, hogy a kórházvezetők körében valóban terjedt az a hír, hogy az OEP plusz finanszírozást fog a tanúsított kórházaknak biztosítani, később pedig az, hogy akinek nincs, annak negatív következménye lesz.

szakmai protokollok) és más elvárások (pl. vezetői), amelyek mentén működniük, dolgozniuk kell. „Szóval ez az egész folyamat nagyon leszabályozott amúgy is, az ISO az csak egy ilyen plusz adalék rá.” (interjú, osztályvezető főorvos) Szerintük, ha nem újtanák meg a tanúsítást, annak nem lenne hatása a kórház belső működésére a már említett egyéb szabályozók miatt. Ezekkel az állításokkal interjúalanyaim közül a betegellátó osztályok osztályvezető főorvosai (3 interjú), illetve a gazdasági és műszaki terület osztályvezetői (5 interjúalany) is egyetértettek. A minőségügyi vezető szerint is, mivel a betegellátásban a szakma szabályai és a jogszabályok meghatározóak, a minőségügyi rendszer követelményeinek betartása a betegellátás színvonalában csak kisebb szerepet játszik. (h14)

Az egyik felsővezető szerint – aki egyébként elismeri, hogy a folyamatok szabályozása nagyon fontos – a jelenlegi külső körülmények miatt (pl. munkaerő elvándorlása, alulfinanszírozás) a tanúsítás jelentősége eltörpül: „Amikor az ember levegőért kapkod a tengerben, akkor fűtyül arra, hogy milyen stílusban úszik.” (interjú, felsővezető)

A tanúsításra azonban még a kritikusabbak szerint is szükség van a külső elvárások miatt (pl. presztízs, pályázatoknál feltétel). Nem találkoztam olyan szereplővel a kórházban, aki azt mondta volna, hogy a kórháznak egyáltalán nincs szüksége a tanúsításra.

Az egyik kutatási kérdésem az volt, hogy a fejlesztés megjelenik-e a külső értékeléssel kapcsolatos célkitűzések között. A szakértői interjúk alapján az ISO és a KES/MEES rendszereknek is elvileg célja a fejlesztés, és szerintük a hazai kórházak általában ezt minőségpolitikájukban deklarálták is.

Az esetünkben a kórház menedzsmentjének valóban volt egy belső működést fejlesztő szándéka a rendszer bevezetésével és a tanúsítás vállalásával, de ez a gondolat a kórház többi dolgozójánál nem igazán volt jellemző.¹¹⁷ A kórházban elsősorban a külső kényszer vagy megfelelés a domináns elképzelés arról, hogy miért vállalták a tanúsítást. Pedig az egyik felsővezető szerint a tanúsításnak az a lényege, hogy a fejlesztésre törekedjenek:

„Mi azért ezt mindig kihangsúlyoztuk, hogy az egész nem egy önmagáért való l'art pour l'art dolog, hanem ez mindenképpen a munka szervezethez, javulásához, a betegellátás javításához, színvonal növekedéséhez hozzájárul.” (interjú, felsővezető)

A tanúsításnak a kórház esetében a fejlesztés célkitűzésén kívül más okai is vannak. A 8.3. alfejezet alapján, a tanúsítás vállalásának voltak belső motivációs¹¹⁸ és külső „kényszerítő” erői is. Az utóbbiakat a szervezeten kívüli befolyásoló tényezők közé sorolom (ld. 17. ábra) és az eset alapján a következőket azonosítottam: a tulajdonos és az egészségügyi ágazatvezetés észlelt elvárásai, plusz forrás lehetősége (pl. pályázatokból), valamint a többi kórház tanúsítása, amely többféle módon is hathat (pl. divathullám, a tanúsítvány meg nem újítása esetén presztízaveszteség, általános követelménnyé válás). A tanúsítás jelentőségének érzékelésében további külső tényezők is szerepet játszanak a kórházi interjúk alapján: a már meglévő külső szabályozások (pl. jogszabályok, hatósági elvárások¹¹⁹; szakmai irányelvek,

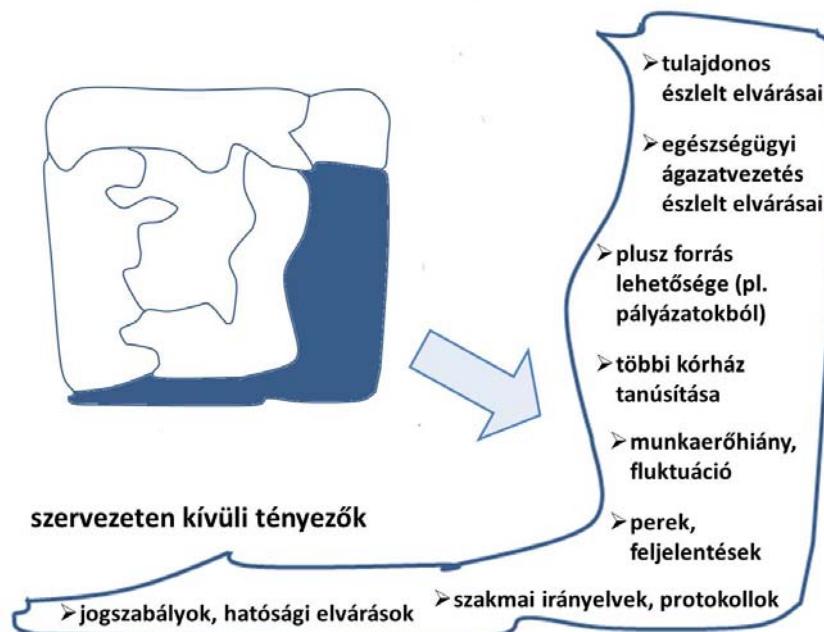
¹¹⁷ A kórházi interjúalanyaim közül a minőségügyi vezető és egy a minőségügyi tevékenységben az elejétől aktívan résztvevő kórházi szereplő az, akiknél még egyértelműen megjelenik a tanúsítás vállalása és a javítás illetve fejlődés közötti összefüggés.

¹¹⁸ Ez a befolyásoló tényezők között a szervezeten belüli tényezőknél jelenik meg (ld. a 8.2. alfejezetben menedzsment szerepe).

¹¹⁹ A jogszabályok vagy hatósági előírások azért is fontos befolyásoló tényezők, mert módosulásuk befolyásolja az auditorok elvárásait és a minőségirányítási rendszer szabályozásait, ezekhez a változásokhoz folyamatosan igazítják a „rendszert”. (3 interjú, jelentések)

protokollok), illetve az ágazat egyéb problémái (pl. erőforráshiány, munkaerőhiány). Az interjúalanyok tapasztalatai, beszámolóai alapján (8 interjú) az egész egészségügyi ellátást jelentősen befolyásoló munkaerőhiány és fluktuáció természetesen a tanúsításra, az auditokra adott kórházi reakciókat, interakciókat is befolyásolja (például a munkaerőhiány miatt a dolgozók leterheltsége, az adminisztratív munka súlya befolyásolja a hozzáállásukat, reakcióikat).

17. ábra: Szervezeten kívüli befolyásoló tényezők



Forrás: saját szerkesztés

Az általam vizsgált jelenséget jelentősen befolyásoló szervezeten kívüli tényező még a kórházat és a dolgozókat érintő perek vagy feljelentések, ennek a problémának a növekvő súlyosságát több interjúalanyom kiemelte. (5 interjúalany) Az interjúk alapján az is világos volt, hogy a perek, feljelentések egyik hatása az alaposabb betegdokumentáció (hat interjú): „különösen azért az utóbbi időben a beteg pereknek kapcsán abszolút kiderült, hogy tényleg nagyon fontos, hogy minden le legyen írva.” (interjú, felsővezető) Ugyanis ez bizonyos védelmet adhat.

Az esettanulmány eddigi alfejezeteiben a kórházat és minőségügyes történetét mutattam be. A következő alfejezetekben rátérek az esetünkre jellemző külső értékelés módszerének (8.4. alfejezet), majd a szervezeten belüli hatásmechanizmusának (8.5.) és a szervezetre gyakorolt hatásának (8.6.) az elemzésére.

8.4. Az audit – mint külső értékelés – módszere a kórházban

Ebben az alfejezetben az ISO és a KES/MEES szerinti integrált audit módszerének¹²⁰ jellemzőit elemzem a tanulmányozott kórház esetében a kórházi szereplőkkel és a kórház auditoraival készített interjúk, illetve a megfigyelés és a dokumentumok adatforrások összevetésével. Először az auditori „piac” hatását, majd az auditorok hozzáállását, szerepét jellemzem, végül a megismerés (pl. auditorok információszerzése, értékelési szempontjai) módszerét elemzem.

Az alfejezetben leírtak a befolyásoló tényezők közül a külső értékelés tényezőket mutatja be, illetve az 4.2.2. alpontban bemutatott osztályozási keret dimenziói szerint jellemzi az audit módszerét.

8.4.1. A hosszútávú kapcsolat következményei

A kórház minőségügyes történetének bemutatásakor (ld. 8.2. alfejezet) már írtam, hogy a kórházat tanúsító szervezet és a két auditor a kezdetek óta ugyanaz. Ezt a vezető és minőségügyes interjúalanyaim többsége is így észleli. (11 interjú, megfigyelés) Ez azonban nem azt jelenti, hogy minden osztályon mindig ugyanazzal az auditorral találkoznak, ugyanis előfordult, hogy egy osztályt egyik évben egyikük, majd másikuk látogatta meg, és arra is volt példa, hogy osztályvezetők az általam megfigyelt auditon találkoztak először valamelyik külső auditorral.¹²¹

A kórháziak és az auditorok kapcsolata jónak, sőt barátinak nevezhető (kórházi és auditori interjúk, megfigyelés), amely többek szerint annak köszönhető, hogy régóta ők járnak vissza: *„Nyilván, hogyha ugyanaz a cég végzi, akkor egy idő után barátokként üdvözljük egymást”* (interjú, felsővezető) Az egyik külső auditor szerint is a hosszú idő alatt ezek a kapcsolatok *„majdhogynem baráti, de mindenképpen szorosabb ismerősi kapcsolatok”*. (interjú, auditor)

A tanúsító szervezet és az auditorok állandóságának több magyarázata is lehet. Az auditorok szerint ez általános jelenség, ugyanis szerintük az ügyfelek és a minőségügyi vezetők ragaszkodnak hozzájuk, és nem is elsősorban a céghez, hanem az auditorok személyéhez. A kórház minőségügyi vezetője szerint azonban ennek két oldala van:

„Azért jó, mert rugalmasak, tehát nekem jó, meg az embereknek jó. A szervezetnek meg nem jó. Én így gondolom. Tehát a hátránya az, hogy nem jó a szervezetnek, a szervezetnek az a jó, hogyha olyan emberek jönnek ide, akik nem ismerik a kollegákat, nem ismernek engem, látnak egy új szervezetet és megítélik, hogy az szerintük jó-e, vagy nem.” (interjú, minőségügyi vezető)

Ha a kórháziak találkoztak már az auditorral, akkor ennek az is előnye az interjúalanyok szerint, hogy megkönnyebbülést jelent, ugyanis nem rettegnek annyira tőlük a munkatársak. A kórházi interjúalanyaim közül többen úgy gondolják, hogy az auditoroknak azért pozitív a hozzáállásuk, mert esetleg tartanak

¹²⁰ Az integrált audit módszere alatt nem egy tudatosan kifejlesztett módszertant (ld. Tarr, 2007) értek, hanem a tanulmányozott esetben kialakult gyakorlatot, azaz az ISO 9001 és a MEES szerinti tanúsítás ugyanazon auditon történő kivitelezését.

¹²¹ Így volt ez a diagnosztikai egységben, ahol az interjúk alapján gyakran járnak az auditorok, és egy osztályon a műszaki-gazdasági területről, ahol viszont amióta az osztályvezető pozícióban volt (8-9 éve), még nem volt külső audit.

attól, hogy a kórház legközelebb másik tanúsító szervezetet választ, ugyanis a piacon a cégek versenyeznek egymással, így a kórháznak van lehetősége választani közülük.¹²²

A vezető auditor és a kórháziak közül többen is úgy gondolják, hogy ha új auditorok jönnének, akkor annak lenne előnye. A minőségügyi vezető szerint például:

„Észrevesznek olyat, amit eddig nem vettek észre, vagy nem akartak észrevenni a barátságra való tekintettel. Most a barátságot időzítőjelbe teszem. De nyilván, apróságokba nem köt bele az ember, ha egy baráti társasághoz megy, míg ha egy idegen helyen van, akkor könnyebben kritizál.” (interjú, minőségügyi vezető)

Ha az auditorok már szinte mindent ismernek a kórházban, akkor előfordulhat, hogy elsiklanak dolgok felett, szinte formális lesz az audit. (interjú) Az egyik interjúalanyom szerint egy másik kórházbeli tapasztalatához képest: *„Kicsit el van szerintem, ez a magánvéleményem, el van kényelmesedve itt az auditálás.”* (interjú, vezető)

8.4.2. Az auditorok hozzáállása, szerepe

A következő alpontokban különböző nézőpontokból (auditorok, kórházi szereplők, saját megfigyelésem) mutatom be az auditorok hozzáállását és szerepeit. Ezek az elemzések segítik a kórházban alkalmazott audit módszerének besorolását az 4.2.2. alpontban bemutatott osztályozási keretrendszer értékelés szerepe dimenzióján belül a formatív vagy szummatív szerephez.

8.4.2.1. Az auditorok beszámolóí saját hozzáállásukról

Az egyik auditor az auditot alapvetően egy vizsgának fogja fel, önmagát pedig egy olyan vizsgáztató típusnak tartja, aki arra kíváncsi, hogy a vizsgázó mit tud. Arra kíváncsi, hogy a rendszer hol tart, hogyan tud segíteni annak továbbfejlesztésében. Ha nem fejlesztő szándékkal állnak hozzá, hanem a rigorózus módon, hogy mik a követelmények, akkor szerinte megutáltatják az egészet, ellenségeket szereznek. A szigorúságban az arany középutat kell megtalálni. A másik auditor szerint is a fejlesztő hozzáállás elfogadóbb, támogatóbb magatartást eredményez a kórházi oldalról.

A kórház auditorainak saját elmondásuk szerint nem a hibakeresés a céljuk. A hibákra fejlesztő szándékkal hívják fel a figyelmet, nem azért, hogy valakit felelősségre vonjanak. A saját tapasztalataik átadásával segíteni próbálnak.

Az auditori munka egyben emberekkel való kapcsolattartás: *„Az audit alkalmával, az auditor egy olyan átmeneti hatalmi pozícióba kerül, ami a kórház dolgozóit kiszolgáltatottá teszi vele szemben. Megint emberfüggő. Van, aki ezzel visszaél.”* (interjú, auditor) Ő nem akar visszaélni ezzel a helyzettel, nagyon fontosnak tartja azt, hogy az embereknek is segítsen, nem kirúgatni akarja őket. Az elvégzett munka megfelelő dokumentáltságáról is úgy gondolja, hogy az emberek védelmét szolgálhatja. Mindkét auditor említette az interjúban, hogy fel kell tudniuk mérni, hogy hogyan reagál az auditált személy, ezt figyelembe véve kell kommunikálniuk. Az egyikük ezt a javaslatok megfogalmazásánál is fontosnak tartja: *„Jól sikerült-e előadnom, vevők voltak-e rá.”* (interjú, auditor) Ha úgy érzi nincs rá igény, akkor meg se fogalmaz bizonyos típusú ajánlásokat.

¹²² Egyébként az általam is megfigyelt időszakban elsősorban gazdasági szempontok miatt a kórház be is kért több árajánlatot, de végül ebből a szempontból is a korábbi tanúsító szervezet mellett döntöttek.

8.4.2.2. Az auditorok hozzáállása a kórháziak észlelése alapján

A kórház dolgozói az auditorok hozzáállását segítőkésznek, konstruktívnak írták le (7 interjúalany, JK15), ugyanakkor objektívnek (nem részrehajlónak), őszintének, nyitottnak és korrektnek tartották őket. A korábbi főigazgató így fogalmazott: „őszinte, konstruktív, partneri szervezet és nem arra készíti a menedzsmentet, hogy szépítse, sumákoljon, meg mellébeszéljen.” (interjú, korábbi főigazgató)

A korábban ecsetelt jó kapcsolat a kórháziak tapasztalata alapján nem azt jelenti, hogy az auditorok nem végzik el a munkájukat, a hibákra ugyanis fel szokták hívni a figyelmet. Ugyanakkor a kórházi interjúalanyok nagyrészt egyetértettek abban, hogy az auditoraik nem feltétlenül a hibákat keresik, hanem a segítő szándék vezeti őket, amit a kórház dolgozói pozitívan értékelnek. Ha az auditorok hibát találnak, akkor arra megszívlelendő javaslatot tesznek: „... tehát nem, ez nem egy ÁNTSZ ellenőrzés, ahova csekkezni jönnek, hogy na most akkor hol a hiba.” (interjú, osztályvezető)

Az auditorok hozzáállásában a kórházi interjúalanyaim egyedül a szigorúság fokát kritizálták. A kórház minőségügyi vezetője szerint sem ártana, ha szigorúbbak lennének az auditorok, mert az a kórház dolgozói számára fegyelmező erővel bírna, ugyanis szerinte nem veszik mindenhol komolyan az auditot. Az egyik auditori kísézőként is szerepet vállaló vezető azonban megfigyelte a következőt:

„Ők kedvesek, aranyosak, tehát közvetlenek, barátiak, tehát mindent el lehet mondani rájuk, ami megvan, de amikor kérdeznek, akkor halálosan komolyan kérdeznek. Tehát nem olyan, hogy most itt elviccelődöm azért, mert már ismerjük egymást évek óta, és akkor ezért most én ezt, vagy azt megengedem. Ami nekik kell, az kell.” (interjú, felsővezető)

Az audit megfigyelése során nekem is feltűnt néhány olyan szituáció mindkét auditor esetében, hogy amikor valami hiányosságra próbáltak rákérdezni, azt meglepően szigorúan tették.

8.4.2.3. Az auditorok szerepei

A kórháziakkal és az auditorokkal készített interjúk, illetve saját megfigyeléseim¹²³ alapján az auditoroknak különböző szerepeik lehetnek. A 15. táblázatban az egyes források segítségével azonosított szerepek találhatók.

15. táblázat: Az auditorok szerepei

		adatforrás		
		kórházi interjúk	auditori interjúk	megfigyelés
auditori szerepek	pedagógus, vizsgáztató	X	X	
	tanácsadó	X	X	X
	a külső szem	X	X	
	értelmező	X	X	
	meggyőző		X	X
	ellenőr	X		
	igazolásgyűjtő	X		X
	szószóló		X	
	feszültségoldó			X

Forrás: interjúk, megfigyelés

¹²³ A megfigyelés nem alkalmas arra, hogy az összes auditori szerepről információt nyerjek, így ahol nem találtam bizonyítékot a szerep létezésére a megfigyelés segítségével, még nem jelenti azt, hogy nem is létezik.

Az interjúk alapján a kórház egyik auditora a pedagógus vagy a vizsgáztató szereppel, a másik pedig a tanácsadói szereppel azonosult a leginkább. Az egyes szerepeket az alábbiakban részletesebben is kifejtem.

Pedagógus: Az egyik auditor azzal kapcsolatban, hogy az auditornak lehetősége van egy-egy kórházba már évek óta rendszeresen visszatérni, és együtt fejleszteni a minőségirányítási rendszert, így fogalmazott:

„És most jönnek ki azok, hogy néha úgy érezzük, legalábbis én úgy érzem, mint egy pedagógus, amikor végigviszi a 8 osztályos iskolás gyerekeket. Hogy látja azt, hogy mennyit fejlődött az egész.” (interjú, auditor)

Vizsgáztató: Ugyanezen auditor szerint „az audit az egy vizsga alapvetően” (interjú, auditor), és önmagát egy olyan típusú vizsgáztatóként írja le, aki arra kíváncsi, hogy mit tudnak a vizsgázók, és így próbál segíteni. Kihangsúlyozza, hogy nagyon fontos, hogy az auditor milyen típusú vizsgáztató, azaz milyen a hozzáállása, mert ezt a szerepet fel lehet rosszul is használni. A vizsga metaforát az audittal kapcsolatban kórházi interjúalanyaim is többször használták.

Tanácsadó: A tanácsadás az auditori munkának hivatalosan az a része, amikor felkészítőként a rendszerépítésben segédkeznek az auditorok, vagy amikor később a tanúsított szervezetek az értelmezésben vagy másban kérnek segítséget. Mindkét auditor azonban megemlíti az auditok során végzett tanácsadói szerepet is.¹²⁴ Az egyikük szerint azért érdemes javaslatokat tenni, mert ezzel tud segíteni a hibák kijavításában. Ez az auditor valóban nagyon aktív a tanácsadói szerepben, a javaslatok megfogalmazásában, ezt az audit megfigyelésekor és a dokumentumok (auditori jelentések) összevetésekor is megállapíthattam. (interjú, megfigyelés, jelentések) Az auditorok szerint azért tudnak segíteni a megoldáskeresésben, mert már sok tapasztalatot szereztek az auditok során a kórházakban. Az auditor tanácsadói szerepe az ajánlások megfogalmazását, az iránymutatást jelenti a kórház minőségügyi területén dolgozók számára. (interjú) Az audit megfigyelésekor például a kórházi felsővezetők és az auditorok közötti kommunikáció alapján én is azonosíthattam ezt a szerepet, amely a vezetők számára segítségnyújtást jelenthet és fejlesztő szándékú. (megfigyelés)¹²⁵

A külső szem: A minőségügyi vezető szerint a minőségirányítási rendszer tanúsítása azért is fontos és hasznos, mert egy külső szem olyat is meglát, amit az, aki benne van a rutinszerű mindennapos működésben, nem észlel:

„De ahhoz, hogy ez jól működjön, az szerintem elengedhetetlen, hogy kívülről jöjjön valaki, aki nincsen benne a rendszerben, aki nem vett részt a felépítésében, aki nem ismeri azokat az embereket, akik ebben dolgoznak. Hanem rálát és meghatározza, hogy az irány jó-e, és valóban jól értelmezünk-e dolgokat.” (interjú, minőségügyi vezető)

Ezt a szerepet szűkebben hibafeltárásként, tágabban a minőségirányítási rendszer működésének értékeléseként értelmezik a kórházi interjúalanyaim, és az építő jellegű kritika megfogalmazását jelenti

¹²⁴ Bár egyikük jelezte felém, hogy igazából az auditálást úgy tanítják, hogy csak feltáró és nem tanácsadó jellegű.

¹²⁵ Szintén a tanácsadáshoz sorolható az a jelenség, amikor az auditor már kilép az auditori szerepköréből és arra tesz javaslatot, hogy az auditra hogyan érdemes felkészülni (pl. milyen dokumentumokat állítsanak elő). Ilyen jellegű tanácsadás előfordult az auditor és a kórházi szereplők között mind auditálás közben, mind az audit napján informálisabb beszélgetés során. (megfigyelés) Ez a fajta segítőkészség valószínűleg az audit szigorúságán is lazít.

számukra, amelyből lehet tanulni. A minőségügyi vezető szerint a külső szem nem működhet már olyan jól, ha régóta ismerik az auditort, és valójában a rendszert évek során közösen alakították.

Azzal, hogy a kívülről érkező könnyebben meglátja a hibákat vagy másfajta hibákat talál meg a külső auditorok is egyetértenek. Ugyanakkor az egyik auditor szerint, ha egy szervezetnek régóta megvan a tanúsítványa, már nem a hibafeltárás a feladata – ezt a belső auditnak kell elvégeznie –, bár ő is beleszaladhat egy-egy hibába, mégis külső auditorként a feladata a minőségirányítási rendszer főbb elemeinek, így a belső auditok megvalósításának vizsgálata.

Értelmező: Az auditornak szerepe lehet abban is, hogy segítsen értelmezni a kórház szereplői számára a tanúsítás alapját adó szabványrendszert vagy standardrendszert.

„[...] sikerül megtalálni azt, hogy megmutassa minden egyes dolgozónak, mondjuk egy kórházban, hogy neki személy szerint az ISO miben jelent többet. Mászt jelent a takarítónőnek, mászt jelent egy orvosnak, mászt jelent egy gazdasági igazgatónak. Ha ezt sikerül megértetni, mondjuk, ez alapvető szinten egy jó felkészítés alatt van erre lehetőség, de auditon is nagyon sokszor van rá lehetőség, hogy az ember auditorként megpróbálja rávezetni a dolgozót arra, hogy miért vagyok én itt.” (interjú, auditor)

A minőségügyi vezető szerint a kórházat régóta felülvizsgáló auditorral együtt ők csak egy bizonyos értelmezését adják a rendszernek, egy bizonyos irányt képviselnek. (ld. a 8. fejezet elején lévő mottót)

Meggyőző: Az auditornak lehetősége van arra is, hogy megpróbálja a kórház dolgozóit meggyőzni például egy dokumentum (pl. munkaköri leírás) vagy a dokumentáltság (pl. aláírás, pecsét) értelméről vagy például arról, hogy szükséges a felelősök meghatározása. (auditori interjú, megfigyelés)

Ellenőr: Néhány kórházi vezető az auditorokat ellenőrökként emlegette az interjú során. (3 interjú) Közülük az egyik interjúalanyom szerint az auditor nem kérdőjelezheti meg, hogy jók-e a folyamatok, ehhez joguk és tudásuk sincs. Egy másik vezető egyszerűen csak úgy fogalmazta meg az auditorok szerepét, hogy végzik a munkájukat, azaz megnézik van-e a dokumentumokban pecsét.

Igazolásgyűjtő: Az auditor szerepét felfoghatjuk úgy is, hogy neki az a feladata valójában, hogy a terepen igazolásokat gyűjtsön be arról, hogy az adott szervezet a szabványoknak megfelelően működik-e. Az igazolások begyűjtésének fontosságáról mind az interjúalanyaimtól, mind a megfigyelt auditon meggyőződhettem. Például amikor az auditor azzal tölti hosszasan az idejét, hogy a dokumentumokról lejegyzeteli az azonosítókat miközben a kórháziak csendben figyelik, vagy amikor a nem dokumentált minőségirányítási feladatokról írásos igazolást kér.

Szószóló: Mindkét auditor megfogalmazta azt a lehetőséget, hogy az auditor lehet egyfajta szócsöve a minőségügynek. Ha például azt látják, hogy nem kap elég támogatást a minőségügy vagy a minőségügyi vezető, akkor ezt például egy audit záró értekezletén lehet valamilyen formában kommunikálni a menedzsment felé.

Feszültségoldó: A megfigyelés során tapasztaltam, hogy az auditoroknak van valamilyen kommunikációs eszközük arra, hogy oldják az auditálás során a feszültséget. Az egyik auditor rendszeresen előfordult, hogy viccelődött vagy anekdotázott az osztályos látogatások közben. A viccelődés gyakran egy-egy feszültebb helyzet után következett, például amikor az auditor rákérdezett komolyan valamilyen hiányosságra. Tehát a viccelődésnek, a nevetésnek egyfajta feszültségoldó szerepe volt. Valószínűleg hasonló a szerepe annak is, amikor a másik auditor egy-egy ilyen rákérdezés után rendszeresen tájékoztatta az auditáltakat, hogy éppen mit ír le a jegyzeteibe. Az is többször előfordult, hogy az osztályos látogatás végén az auditor egy megnyugtató visszacsatolást is adott, például: „Egy élmény

volt.” „Nagyon szépen köszönöm.” vagy „Nagyon szépen köszönöm, nagyon rendben vannak.” (megfigyelés)

A dolgozatom 4.2.2. alpontjában ismertetett osztályozási keretrendszernek az értékelés szerepe dimenziója alapján formatív és szummatív értékelési módszereket különböztettem meg. A kórház auditorainak a konstruktív, fejlesztő szándékú hozzáállása, szerepei alapján a kórházban zajló auditok egyértelműen a **formatív** típusú értékelési módszerek közé sorolhatóak, ezt támasztják alá az auditorok interjú során tett „vallomásai”, a kórháziak észlelései és a megfigyelés is.¹²⁶ Ez azonban nem jelent bizonyosságot arra, hogy minden audit formatív jellegű lenne. Ahogyan az egyik auditor meg is jegyezte, ismer olyan auditort, akinek az a célja, hogy a követelményeket próbálja szigorúan számon kérni, és abban igazat is ad neki, hogy valójában erről van szó, de szerinte ezzel a hozzáállással az ellenkezőjét éri el.¹²⁷

8.4.3. A megismerés módszere

Ebben az alpontban az auditokat abból a szempontból elemzem, hogy a kórház esetében ez a módszer hogyan szerez ismeretet a szervezetről, hogyan születik meg az audit eredménye. Az audit módszerének ezen elemzése a 4.2.2. alpontban ismertetett osztályozási keretrendszer megismerés módszere dimenziója szerinti osztályozást segítik.

Először az audit menetét, szűrőpróba-jellegét mutatom be, majd az auditorok információgyűjtési módszereit jellemzem három forrás (auditori interjúk, kórházi interjúk, megfigyelés) összevetésével és végül azt elemzem, hogyan születik meg az értékelés eredménye.

8.4.3.1. Az audit menete és a kórháziak részvétele

Az audit egy nyitóértekezlettel kezdődik, amelyen az auditorok és a kórház menedzsmentje illetve a minőségügyi vezető vesz részt. A főigazgató személye nagyban befolyásolja a nyitó illetve a záró értekezlet jellegét és azt, hogy ki vesz részt rajta a kórháziak közül. Az általában két napos audit első délelőttjén a vezető auditor a minőségügyi vezetőnél gyűjt információt a minőségirányítási rendszer működéséről, amelyen a „minőségügyi koordinátor” is részt vesz. Eközben a társauditor egy auditori kísérő társaságában elkezd végiglátogatni az osztályokat. Párhuzamosan a vezető auditor is – amint a minőségügyi vezetőnél végzett – más osztályokon végzi az auditot egy másik kísérő társaságában. Ahogyan a kórházi szerepeknél ezt már jeleztem az osztálylátogatásokon az auditorokat az osztályvezetők és általában még a minőségügyi munkatárs fogadja, a többiek közreműködése általában csak a dokumentumok előkészítésére korlátozódik. Az audit utolsó napján általában délután kerül sor a betegdokumentáció ellenőrzésére. Majd ezt követően az audit egy gyors auditorok közötti egyeztetés után a záró értekezlettel végződik. (interjúk, megfigyelés)

¹²⁶ Egyedül az „ellenőr” szerep lóg ki a formatív típusú szerepek közül, azonban így csak néhány interjúalanyom észlelte a kórház auditorainak szerepét.

¹²⁷ A kórház dolgozóinak nem sok összehasonlítási alapjuk van, bár néhányan az első auditokon még szerezhettek tapasztalatot egy másfajta auditori hozzáállásról, amihez viszonyítva a jelenlegi hozzáállást pozitívnak értékelik. Az első auditokra úgy emlékeznek, hogy akkor volt egy kötözködő, agresszív, kioktató stílusú auditor.

8.4.3.2. Szűrőpróba

Az audit módszerének egyik jellemzője, hogy nem nézik végig a teljes kórházi működést, hanem szűrőpróbaszerűen választanak osztályokat, folyamatokat (interjúk, megfigyelés). Az auditori jelentésben is leszögezik: „A minőségbiztosítási rendszernek a szabvánnyal történő összehasonlítása során nem követelmény az összes lehetséges nemmegfelelőség teljes körű feltárása.” (Jelentes14a) Az egyik auditor az interjúban ugyanakkor kiemelte, hogy az a fontos, hogy reális javaslatokat vessenek fel megelőzésként az egész kórház szintjén.

A szűrőpróbaszerűség semmiféleképpen nem jelent mintavételes eljárást – bár volt olyan interjúalanyom, aki ezt a szót használta – sem az audit időpontja, sem az osztályok kiválasztása és ütemezése szempontjából. Az audit időpontját egyrészt igazítják a tanúsítvány megújítási illetve felügyeleti határidejéhez, másrészt a menedzsment és az auditorok közötti egyeztetés eredménye. (megfigyelés) Az osztályok kiválasztását több szempont befolyásolja: a betegellátó és diagnosztikai osztályok forgórendszerben kerülnek sorra, azonban ezt az auditorok, a minőségügyi vezető és a főigazgató igényei¹²⁸ is még befolyásolják. A kórház gazdasági-műszaki területéről vannak olyan osztályok (pl. munkaügy, beszerzés), amelyek minden évben, míg mások csak ritkábban kerülnek sorra. (interjúk, megfigyelés) Az auditon belül az osztályok ütemezését előfordult, hogy az osztályvezetők is megpróbálják befolyásolni, hogy saját osztályuk auditján jelen lehessenek, ezeknek az igényeknek megfelelően általában a „minőségügyi koordinátor” segítségével átütemezik menet közben az osztályokat. (interjú, megfigyelés)

A megtekintett dokumentumok is szűrőpróbaszerűen kerülnek kiválasztásra, amit szintén sokféle tényező befolyásol (pl. elérhető-e a dokumentum az adott helyszínen, milyen módon és gyorsan lehet hozzájutni). Az audit betegdokumentáció ellenőrzés szakaszához elkért dokumentumok kiválasztása sem tekinthető mintavételesnek.¹²⁹ (interjúk, megfigyelés)

8.4.3.3. Hogyan gyűjtik az auditorok az információt?

Ebben az alponthan bemutatom, hogyan és milyen forrásokból gyűjtik az auditorok az információkat a kórházról. Az egyes szereplők ezt másképpen látják, így a 16. táblázatban és az alábbi szöveges részben előbb az auditorok, majd a kórházak beszámolója és végül a saját megfigyelésem alapján elemzem, hogy az egyes adatgyűjtési forrásoknak (dokumentumok, interjúk, megfigyelés) mi a szerepe és jelentősége az audit során.

¹²⁸ A megfigyelésem alapján a kórházi szereplők a problémás területeket nem elrejtteni szerették volna, hanem éppen ellenkezőleg, az auditorokat felkérve szerettek volna információt szerezni róluk („külső szem”), vagy nyomást gyakorolni rájuk („ellenőr”). Az auditorok ezeket az igényeket az általam megfigyelt auditon igyekeztek figyelembe venni.

¹²⁹ A megfigyelt audit során csak az egyik osztály esetében kérték ezt az osztályos látogatás elején, a többi osztályról az audit későbbi szakaszában kérték be.

16. táblázat: Hogyan gyűjtik az auditorok az információt

		kutatásom forrása		
		az auditori interjúk és jelentések alapján	a kórházi interjúk alapján	a megfigyelés alapján
auditorok forrása	dokumentumok	„Az egész osztályt egy kórlapból le lehet auditálni.” (interjú, auditor) összevetik a folyamatok elbeszélésével; igazolásgyűjtés	módosult szabályozó dokumentumok és további minőségirányítási rendszer dokumentáció áttekintése; osztályos látogatásokon ez a jellemző adatgyűjtési módszer; külön betegdokumentáció ellenőrzés; műszerek, gépek kalibrálásának, hitelesítésének ellenőrzése;	osztálylátogatáson dokumentumok megtekintése, jegyzetelése; betegellátó osztályokon: közvetlenül dokumentumokat kérnek; támogató osztályokon: folyamatokhoz kapcsolódóan kéri a dokumentációt; külön betegdokumentáció ellenőrzés
	interjúk	a folyamatokra rákérdeznek; figyelmesen meghallgatják a kórháziakat; „elméletibb” jellegű témáknál (pl. fejlesztés) hasznos	minőségügyi vezetővel interjú; osztályokon kérdéssor, dokumentációhoz kapcsolódó kérdések; figyelmesen meghallgatják a vezetők beszámolóit	kérdések változásokról, osztály jellemzőiről; támogató (gazdasági, műszaki, diagnosztikai) területeken folyamatokra kérdeznek rá; figyelmesen meghallgatják a kórháziakat, közben jegyzetelnek
	megfigyelés	nem hangsúlyos	osztályos munka megfigyelése nem jellemző (kivéve diagnosztikai osztály); gyógyszerraktár, -hűtő ellenőrzése	gyógyszerraktár, eszközök, műszerek megtekintése; osztályos munka megfigyelése nem jellemző, kivéve diagnosztikai osztályon

Forrás: interjúk, megfigyelés

Az auditorok beszámolóí és jelentései alapján:

Az auditorok interjúk beszámolóí alapján sokféleképpen gyűjtik az információt, de ebből egyikük szerint csak az látszik, amit jegyzetelnek is, például a nyitóértekezleten történeteket, az osztálylátogatásokon pedig a szabványkövetelményeknek való megfelelést. Az egyik auditor szerint nincs meghatározva az információgyűjtés lehetséges módja. Az auditorok által írt jelentésben a következő általános leírás olvasható arról, hogy mit néznek az auditorok: „A helyszíni audit alatt átvizsgálásra került, hogy mennyiben valósulnak meg a gyakorlatban az irányítási rendszer dokumentációjában és a vonatkozó szabályozásokban előírtak, és azok mennyire hatékonyak.” (Jelentes1a)

Az egyik auditor elmondása alapján van egy munkamegosztás általában a vezető auditor és a társa között, az előbbi a szabványkövetelmények szerint nézi végig (pl. a beszerzést, a minőségügyi vezetőnél a minőségirányítási rendszer dokumentumait), az utóbbi pedig a betegellátó osztályokra megy. Az egyes osztályok auditálásakor többféle elvet lehet követni az auditor szerint. Az egyik típusú auditnál a szabványkövetelmények (pl. a mérőeszközök stb.) szerint nézik végig. A másik típusúnál:

„Tehát hogyha klasszikus auditálásnál, választhatja azt, hogy nem a szabvány követelményei szerint megnézni, hanem az adott folyamatot nézi, és ahhoz passzítja a szabvány követelményeket.” „[...] a legjobb az, ha az ember azt az elvet követi, legalábbis szerintem, akkor mondhatom azt, hogy azt a

tevékenységet, vagy azt az osztályt átvizsgáltam, hogyha megértem a folyamataikat.” (interjú, auditor)

Lehet például úgy kezdeni, hogy megkéri az osztályvezetőt, mesélje el, mivel foglalkoznak, ő pedig figyelmesen hallgat és jegyzetel. Majd a folyamatokról így begyűjtött információk alapján kérdez, és próbálja dokumentumokban is visszakeresni, amit elmondtak, és ha ez nem egyezik a leírtakkal, akkor azt kell kideríteni, hogy ez kinek a hiányossága (ember vagy rendszer hiba).

Ugyanakkor az auditor szerint *„Az egész osztályt egy kórlapból le lehet auditálni.”* illetve *„egy ambuláns lap, az tulajdonképpen egy összefoglalója annak, ami történt.”* (interjú, auditor)

Az igazoláshoz szükséges azonosítókat feljegyzik a dokumentumokról és gépekről, műszerekről, hogy az objektív bizonyíték visszakereshető legyen. A súlyosabb hibák javításáról kötelezően igazolást kell gyűjteniük, és azt is megnézik, hogy az ajánlásokat megvalósították-e. (interjú, Jelentes12a)

Az *„elméletibb”* jellegű dolgokat, például a vezető elkötelezettségét vagy a fejlesztéseket már nehezebb leírni, *„ilyenkor fülel az ember és figyel.”* (interjú, auditor) Ha már ismerik a helyszínt, akkor csak a változásokra szoktak rákérdezni. A jelentések megfogalmazásából is látszik, hogy a vezetők felelősségének igazolásához az auditáltak beszámolóira is támaszkodtak. (Jelentes7a, Jelentes9a)

Ahogy a kórház dolgozói észlelik:

Elsősorban a kórház minőségügyi területén dolgozók tudtak arról beszámolni, hogy a minőségirányítási rendszer dokumentumait az auditorok hogyan tekintik át: Az első auditok idején a kórház minőségirányítási rendszerének minden dokumentumát átolvasták. Azóta az auditorok egyrészt emlékeznek rá: *„Ők arra emlékeznek, hogy az a szabályozás jó.”* (interjú, minőségügyes) Másrészt azokat a felsőbb szintű dokumentumokat (pl. kézikönyv, szabályzatok), amelyek változtak, el szokták kérni.

Az auditok első napján délelőtt a vezető auditor a minőségügyi vezetőnél gyűjt információt a minőségirányítási rendszer működéséről. A minőségügyi vezető szerint az auditor a következő területeket szokta megnézni: Első körben arra kérdez rá, hogy a korábbi ajánlásokat beépítette-e a rendszerbe. Megnézi a belső auditok ütemtervét, dokumentációját, szűrőpróbaszerűen a nemmegfelelések, a betegpanaszok kezelésének dokumentációját és hogy a szabályozások naprakészek-e.

A kórházi dolgozók számára az auditorok legfeltűnőbb információszerzési módja a dokumentumok megtekintése az osztályos látogatások során. (11 interjú) Egy betegellátó osztályon például a kórlapot, ápolási dokumentációt, műtéti naplót kérik el. A kórházilag, előfordult, hogy csak azt észlelik, hogy az auditor a pecsétet és aláírásokat nézte meg a dokumentumokon, néhányan viszont azt is tapasztalták, hogy a dokumentumokat összevetik egymással. Az auditnak a külön betegdokumentáció-ellenőrzés szakaszáról az egyik auditori kíséző így számolt be:

„Akkor lejönnek ebbe a szobába, akkor nem zavarjuk őket és ők átnézik és megnézik, hogy vezetik-e, aláírják-e, ott van-e minden nyomtatvány, sorrendileg, főorvos aláírta, orvos aláírta, ápoló aláírta, át van adva, a beteg megkapta a gyógyszert. Tehát ez, ez az ő munkamódszerük, ezt én nem tudom, hogy ez miben rejlik. Én csak azt tudom, hogy mi az, amit körülbelül szoktak megnézni egy intézményben.” (interjú, auditori kíséző)

Egy másik jellemző dokumentumkör, amelyet el szoktak kérni, a dolgozókkal kapcsolatos (pl. munkaköri leírás). A dokumentumokon kívül az auditorok másik jellemző információszerzési módja a kérdezés.

Többen úgy fogalmaztak, hogy az auditorok egy kérdéssorral vagy egy ellenőrzési listával érkeznek. Vannak, akik szerint a kérdéseik is valójában a dokumentációhoz kapcsolódnak, többen olyan jellemző kérdéseket is említettek, amelyek viszont nem a dokumentációhoz kapcsolódnak. Néhány kórházi interjúalanyom szerint nem mindegy, hogy ki válaszol az auditorok kérdéseire, ugyanis előfordulhat, hogy nem mindenkitől kap teljes választ. A felsővezetők, auditori kísérők, minőségügyi vezető, belső auditorok például szolgálhatnak olyan háttér információkkal, amelyek fontosak lehetnek az auditorban kialakuló kép szempontjából.

A kórházak is észlelték, hogy az auditorok nem csak kérdeznek, hanem úgy is gyűjtenek információt, hogy türelmesen meghallgatják a vezetők mondanivalóját, és valószínűleg ebből gyűjtik ki a számukra hasznos információt. A kórházi szereplők eltérően értékelték az osztályos látogatás alkalmával készített interjúkat: Van, aki úgy értelmezte a vezetők meghallgatását, hogy az auditorok figyelme irányítható. Más viszont úgy észlelte, hogy az auditor célja az osztály működési logikájának megértése volt. Az egyik vezető ápoló mégis úgy érzékelte, hogy az auditorok nem látnak bele az osztály működésébe, hanem egy „*sablonnal*” érkeznek, és csak azt látják, hogy mi nem jó, és felesleges lenne nekik magyarázni, hogy ennek milyen okai vannak.

A betegellátó osztályokon az auditorok általában a főnővérrel „mennek körbe”, azonban az osztályos munkát nem figyelik meg. Több osztályvezető is említette, hogy a múltban még sosem jártak az auditorok.¹³⁰ Az egyik auditori kísérő is úgy fogalmazott, hogy „*nem vettem észre, hogy ilyen vizsla szemmel nézegetnének*” (interjú, auditori kísérő). Ugyanakkor a minőségügyi vezető szerint előfordul, hogy az auditorok megfigyelik az osztály működését, erre mondott is néhány példát: az egyik esetben egy új osztályt néztek meg, amelynek a működési rendjét előzetesen áttekintették az auditorok; a másik példában pedig az osztályon éppen infúziót bekötő ápoló munkaköri leírását kérték el. Ez utóbbi eset jó példa szerinte arra is, hogyan kötik össze az auditorok a megfigyelést és a dokumentumellenőrzést.¹³¹ A betegellátó osztályok esetében még többek által (7 interjú) kiemelt terület volt a gyógyszerek, kábítószeres dokumentációján kívül, azok lejáratának, és tárolásának (pl. raktár, hűtő) ellenőrzése. Páran említették még a veszélyes hulladékok kezelésének ellenőrzését is.

A kórház gazdasági és műszaki területein dolgozó interjúalanyaim is elsősorban a dokumentumok megtekintését, illetve még a gépek, műszerek kalibrálásának, hitelesítésének ellenőrzését említették. Az interjúk alapján ezeken a területeken az osztályvezetőkön kívül nem jellemző, hogy más dolgozóval is beszélne az auditorok, és helyszíni megfigyelés sincs. Egyedül egy diagnosztikai osztály vezetője fogalmazott úgy, hogy „*nem nagyon szoktak minket kihagyni belőle, mert ez látványos szokott lenni*” (interjú, osztályvezető főorvos).

A kutatói megfigyelésem alapján

Az auditorok szinte minden helyszínen (nyitó értekezlet, osztálylátogatás) először rákérdeztek a változásokra (pl. mi történt azóta? fejlesztések? beszerzések? működési rendet kellett-e változtatni?) vagy az osztály általános jellemzőire (pl. létszám? specialitás? ellátási kötelezettség? mennyi beteg? gazdasági osztállynál a munka szervezésére?). A főigazgató illetve az osztályvezetők változásokról,

¹³⁰ Ugyanakkor az egyik interjúalanyom beszámolt egy esetről, amikor az auditor a főműtősnővel végigjárta a helyiségeket, de ahol éppen műtöttek, oda nem mentek be.

¹³¹ A többi interjúalanyom közül egyedül egy ápoló vélte úgy, hogy az auditorok megfigyelték a munkáját (pl. kézmosást, beteggel való bánásmódot, kommunikációt). Ez az ápoló csak pár éve dolgozott ebben a kórházban.

fejlesztésekről vagy általában az osztályról szóló beszámolóit alatt az auditorok jegyzeteltek. Az auditorok ilyenkor az osztály problémáiról (pl. emberhiány, elhelyezés) is információt kaptak, amiket meghallgattak. Az egyes helyszíneken kívüli informális beszélgetések során is tájékozódhattak az új állapotokról, változásokról a szervezetben, a minőségügyi munka körülményeiről, nehézségeiről. Az auditorok néha rákérdeztek más helyszínen szerzett információkra, illetve más osztályok működésére is. Előfordult, hogy egyes folyamatokat (pl. beszerzés) más osztályokon is végigkövettek a dokumentumok elkérése és a magyarázatok meghallgatása révén.

Az auditorok, amikor egy-egy folyamatra vagy tevékenységre kíváncsiak, valójában dokumentumot kérnek (pl. beszerzési folyamat, képzés), amelyről lejegyzetelik a szükséges információt. A gazdasági, műszaki, diagnosztikai részen előfordult, hogy folyamatokra kérdeztek rá, és meghallgatták, hogyan szokták az adott munkát végezni. A betegellátó osztályokon közvetlenül a dokumentációt (pl. kórlapot, jegyzőkönyvet, munkaköri leírást, működési rendet, ÁNTSZ engedélyt) kérték, és a megfigyelésem alapján a betegellátási folyamatokra nem igazán kérdeztek rá. Néha a belső kommunikáció menetéről és a tájékoztatás dokumentáltságáról érdeklődtek. Megfigyeltem olyan típusú kérdéseket is, amelyek kevésbé voltak jellemzőek. Így például az osztálylátogatások során egyszer konkrétan úgy kérdezett az auditor, hogy volt-e minőségfejlesztés, amelyre az osztályvezető azt a választ adta, hogy tervezik az orvosok továbbképzését kompetenciafejlesztés formájában. A megfigyelésem során csak egy esetben fordult elő, hogy az auditor megkérdezett egy auditáltat (asszisztenst), hogyan végez el egy konkrét feladatot.

Az osztályos audit egy része arról szólt, hogy az auditor megnézte és jegyzetelt a dokumentumokról. Ha az auditorok valami hiányosságot vagy problémás részt találtak a dokumentumokban, akkor arra rákérdeztek, a magyarázatot meghallgatták. Az audit külön betegdokumentáció-ellenőrző részéhez összesen öt osztálytól öt beteg dokumentációját kérték el.

Az auditorok körbe szoktak nézni az osztályon, ami a következőt jelenti a megfigyelés alapján: A betegellátó osztályok esetében általában benéztek a nővérszobába, ahol megnézték, hogy a gyógyszerek, kábítószeresek tárolását hogyan végzik, pl. milyen gyakran ellenőrzik a lejárátát, esetleg rákérdeztek még az eszközök, műszerek állapotára, annak dokumentálására. A megfigyelt auditon az auditor jelezte, hogy a műtőt most nem nézik meg, csak a higiénikus ellenőrzésre kérdezett rá. Előfordult, hogy megnézték egy-egy kezelőt, vizsgálót, itt az általam megfigyelt esetekben egy kivételével nem folyt éppen munka. Az auditorok a nővérszobában, kezelőben is megnézték és jegyzeteltek (pl. azonosítót) az itt elérhető dokumentumokról vagy gépekről.

A egyik diagnosztikai egységben végigmentek a folyamaton, amit közben az osztályvezető elmagyarázott, hogy hol mi történik. Az auditor itt is jegyzetelt a dokumentumokról, megnézte a gépeket, külön rákérdezett a kalibrálásra, hitelesítésre, karbantartásra, a veszélyes hulladékok kezelésére és ezek dokumentáltságára. Az auditornak ezen az osztályon elvileg lehetősége volt a tényleges munkavégzés megfigyelésére is. A gazdasági és műszaki részen az általam megfigyelt esetekben nem volt helyszíni megfigyelés, csak az osztályvezetővel vagy a felelőssel találkoztak a szobájában.

Az audit ideje alatt az általam is megfigyelt 10 szervezeti egység meglátogatásakor két helyszínen fordult elő, hogy az auditor a munkavégzést is láthatta. Arról csak egy esetben van információ, hogy valamennyire meg is figyelte, mivel a diagnosztikai osztályon előfordult, hogy az auditor az egyik dolgozótól kérdezett valamit az éppen végzett tevékenységgel kapcsolatban.

A három adatforrás összevetése

Az auditorok információszerzési módjainak előbbi három különböző értelmezése, észlelése alapján a következőket lehet megállapítani. Az auditorok módszereit az auditáltak csak kívülről látják, így nem biztos, hogy értik, hogy miért azt és úgy kérdeznak, vagy például mi a dokumentumok „ellenőrzésének” a célja. (ld. pl. a korábbi idézetet az auditori kísértől) Az auditorok is jelezték, hogy nem minden látszik abból, ahogyan gyűjtik az információt (pl. van amikor csak hallgat és figyel). A kórházi interjúalanyok jó része a dokumentumok dominanciáját, és az ezekkel kapcsolatos visszajelzéseket (pl. aláírás és pecsét, nem egyezik a két dokumentum) érzékeli elsősorban. Úgy tűnik, hogy azok, akik a kórházon belül tájékozottabbak lehetnek az audit módszerével kapcsolatban, például részt vettek a kórház minőségügyi munkájában, több információval rendelkeznek (pl. említik, hogy folyamatokat néznek).

Összevetve a három nézőpontot érdekes különbséget találtam az információgyűjtés módjában az egyes kórházi területeken. A megfigyelés alapján az auditorok a támogató (diagnosztikai, műszaki, gazdasági) területek auditálása során tesznek fel folyamatokkal kapcsolatos kérdéseket és a dokumentumokat is ehhez kapcsolják. Sőt a diagnosztikai egységben ténylegesen végig is nézte az auditor a folyamatot az osztályvezető idegenvezetése mellett. Talán ennek köszönhető, hogy az ezeken a területeken dolgozó interjúalanyaim említették, hogy folyamatokat néznek. Míg a betegellátó osztályokon azt tapasztaltam, hogy a folyamatok említése nem jellemző, hanem inkább közvetlenül a dokumentumok kérését és egyes részterületek (pl. gyógyszerek) vizsgálatát figyelhettem meg, és az egyik auditor is megjegyezte, hogy egy kórlapból le lehet auditálni az egész osztályt. Talán ennek is szerepe lehet abban, hogy a betegellátó osztályokon dolgozók leginkább dokumentáció-ellenőrzésnek érzélik és értelmezik az auditot (ld. a 8.7. alfejezetben a szerepértelmezéseket).

A munkavégzés megfigyelését a kórház dolgozói nem igazán észlelték, de az auditorok sem emelték ki mint jellemző információszerzési módot, és a megfigyelésem alapján sem jellemző (kivéve diagnosztika). Tehát az auditorok a szabályozásokban előírtakat leginkább az auditáltak válaszaiból, beszámolóiból és a dokumentumok alapján vethetik össze a tényleges gyakorlattal.

Az ISO rendszere azt feltételezi, hogy a dokumentumok alapján vizsgálható a szabályozottság, és elvárja, hogy dokumentálják a tevékenységet. (interjú, Magyar Szabvány MSz EN ISO 9001) Ugyanakkor az audit során a dokumentáció alapú adatgyűjtés dominanciája a kórházi szereplők észlelését, a tanúsítás szerepének értelmezését és így a szervezetre gyakorolt hatását is jelentősen befolyásolja. (ld. ezzel kapcsolatban majd a 8.6. és 8.7. alfejezeteket)

8.4.3.4. Értékelési szempontok és eredmény

A minőségügyi vezető a minőségirányítási rendszer egyik értékelési szempontjaként említi, hogy „mindennek azonosítottak és nyomon követhetőnek kell lenni” (interjú, minőségügyi vezető). Van olyan felsővezető, aki úgy érzékeli, hogy csak ezt a dokumentáltságot nézik az auditorok, és a szabályozásoknak az a szerepe, hogy a külsők számára is látható legyen a kórház működése, és az auditoroknak az az elvárása, hogy az legyen a szabályozásokban, ami a fejekben van, azaz nem fordítva. Ugyanakkor a vezetők közül sokan említik (8 interjúalany), hogy az auditorok összevetik a szabályozásokat a működéssel. Az auditori jelentések közül valóban több így kezdődik: „A helyszíni audit alatt átvizsgálásra került, hogy mennyiben valósulnak meg a gyakorlatban az irányítási rendszer dokumentációjában és a vonatkozó szabályozásokban előírtak, és azok mennyire hatékonyak.” (jelentések)

A kórház nem kapja meg a tanúsítványt, ha egy szabványkövetelményt nem teljesítenek, azaz olyan súlyos eltérést találnak az előírások és a gyakorlat között az auditorok, amely a rendszer működését megakadályozza. Ilyen súlyos nemmegfelelőségnek¹³² számít például, ha nincs minőségpolitika vagy nincs belső audit vagy a mérőeszközök kalibrálásáról, hitelesítéséről nem rendelkeznek stb. Ha ilyen súlyos eltérést találnak az auditorok, akkor kap hat hetet a szervezet, hogy megoldja, és egy utóauditon leellenőrzik. (interjú, auditor) Az auditori jelentésekben a feltárt eltérések súlyosságától függően nemmegfelelőségek vagy megállapítások¹³³ szerepelnek. Amennyiben nem találnak az auditorok eltéréseket, lehetőségük van ajánlások¹³⁴ megfogalmazására, amelyeket a tanúsított szervezetnek nem kötelező bevezetnie. Ahogyan az információgyűjtés résznél írtam az auditoroknak az eltérések (nemmegfelelőségek, megállapítások) kiigazítását ellenőrizniük kell a kórházban. Az ajánlások bevezetésére is rákérdeznek, bár az egyik auditor szerint az ajánlások esetében elfogadják, ha nem vezették be (pl. ha nem voltak meg hozzá a megfelelő feltételek).

Az auditorok hozzáállását illetve a hosszútávú kapcsolatot elemző részekben (8.4.1. és 8.4.2. alpontok) már utaltam arra, hogy több kórházi szereplő szerint az auditoraik nem elég szigorúak, amelynek egyesek szerint a tanúsító cégek közötti versenyhelyzet is oka lehet, mivel elképzelhető, hogy ha szigorúbbak, akkor legközelebb a kórház nem őket választja. Ezek a körülmények az egyik minőségügyes szerint valószínűleg szerepet játszottak abban, hogy az auditorok újabban már csak ajánlásokat fogalmaztak meg, és nem az eltérésekre utaló megállapítást vagy nemmegfelelőséget. Ugyanakkor az auditor szerint a minőségirányítási rendszerek fejlődésének köszönhető, hogy más kórházakban is az ajánlások a jellemzőek, és már nem igazán találnak vagy jelentenek eltéréseket.

Az információgyűjtés módszere résznél is már írtam, hogy az egyik auditor szerint, ha eltérést találnak, akkor ki kell deríteniük, hogy kinek a hiányossága, ember vagy rendszer hiba. A kórház minőségügyi vezetője is úgy észlelte, hogy nem tekintik súlyos hibának az auditorok például egy osztályon feltárt súlyosnak is ítéltető eltérést, ha azt látják, hogy a kórháznak megvan rá a rendszere és az képes annak kiszűrésére, ha látják az auditorok, hogy szabályozva van, és van elhivatottság és tényleg odafigyelnek. Emiatt nagyon fontosnak tartja, hogy ő hogyan tudja prezentálni a rendszer működtetését, mert ettől függ a megítélés. (Ld. idézetet az 8.2.3. alpontban a minőségügyi vezető szerepénél.)

Az egyik auditor beszámolója alapján figyelembe veszik azokat a tényezőket, amiről nem a kórház tehet, és a helyzetet ennek megfelelően ítélik meg. Az auditori jelentésekben is szerepelnek olyan mondatok, amelyek arra utalnak, hogy az auditorok megértik a körülményekből (pl. finanszírozási vagy humán erőforrás problémák; minőségügyi vezetőváltás) fakadó következményeket és ezek figyelembe vételével ítélik meg a helyzetet. (Jelentes5a, Jelentes7a)

Az interjúk és a megfigyelés alapján az auditorok értékelő megállapításai (pl. eltérések, hiányosságok, ajánlások megfogalmazása) nem egyszerűen egy egyirányú információáramlás és -feldolgozás eredménye, hanem az auditorok és a kórházi dolgozók közötti iteratív folyamat eredménye. Az auditorok ugyanis már az audit során rákérdeztek egy-egy vélt hiányosságra, és meg is hallgatták az auditáltak

¹³² A nemmegfelelőséget „Ki kell küszöbölni, mielőtt döntenek a tanúsítvány kiadásáról.” (Jelentes9a)

¹³³ A megállapítást „Ki kell küszöbölni a következő audit időpontjáig.” (Jelentes9a)

¹³⁴ Az ajánlások: „Ezek a szabvány követelményekhez képest nem képeznek nemmegfelelőséget. A QM – dokumentáció és / vagy a QM – rendszer optimalizálásának lehetőségére utalnak.” (Jelentes9a)

magyarázatait.¹³⁵ Az ajánlásait sokszor már az osztályos látogatások alkalmával megfogalmazták, amelyre így lehetőségük volt a kórházaknak reagálni. A záró értekezleten a felső vezetőknek is elmondták az auditorok a feltárt hiányosságokat és ajánlásait, amelyeknek a jelentésbe kerülő megfogalmazását így a felső vezetők reakciói és javaslatai is befolyásolták. (megfigyelés, kórházi és auditori interjúk, jelentések) A korábbi főigazgató szerint nagyon fontos az őszinte kommunikáció a menedzsment és az auditorok között, szükség van egy tartalmas nyitó és záró értekezletre, az auditori javaslatok közös megvitatására. Ez utóbbi az auditor szerint is nagyon gyümölcsöző tud lenni. (interjúk, megfigyelés)

A 8.4.3. alpont alapján a tanulmányozott kórház esetében az audit a megismerési módszer szempontjából az **interpretatív** értékelési módszerekhez sorolható (ld. az osztályozási keretet a 4.2.2. fejezetben). Ugyanis az audit nem egy egyirányú értékelés, azaz nem egyszerűen arról van szó, hogy az értékelő begyűjti az információkat, amelyeket elemez, majd visszajelzi az értékelés eredményét, amelyre a kórházak ezután reagálnak, hanem az auditorok és a kórházak kölcsönösen hatnak egymásra, befolyásolják egymás észleléseit, értelmezését és így az értékelés eredményét is valójában közösen alakítják ki. Az értékelés eredménye (eltérés feltárása, ajánlások) a kórházak és az auditorok közötti interakció során alakul ki (pl. hiányosságok, ajánlások megbeszélése osztályos látogatásokon, záró értekezleten). Az információgyűjtés és értékelés szakaszai nem válnak külön. Az auditorok meghallgatják a kórházak magyarázatát, a folyamatok megértésére, az eltérések okainak (pl. ember vagy rendszer hiba) feltárására törekednek, a körülmények ismerete és figyelembe vétele jellemző. Bár néhány interjúalanyom említi a mintavételes eljárást – ez megfelelne a pozitívista módszer elvárásainak –, de ez az audit módszerére nem jellemző, ugyanis az osztályokat, dokumentumokat szűrőpróbaszerűen választják ki, amelyet még számos tényező befolyásol (pl. problémás területek beválasztása a kórházak javaslatára). Azaz az auditorok nem független értékelők, hanem részvételükkel befolyásolják az audit eredményét, és azt a kórházakkal közösen alakítják ki.

Ugyanakkor, ha a kórház auditjait más szempontrendszer alapján elemezzük, számos kritika fogalmazható meg. Néhány kórházi szereplő szerint az auditorok vezethetők, véleményük befolyásolható. A kórház minőségügyi munkájában résztvevő egyik vezető szerint az auditorok által vizsgált területek és a kérdéseik kiszámíthatóak:

„Az audit azért az mindig kicsit olyan kirakat. Tehát végig tudjuk vinni úgy az auditot, hogy egyetlen egy hibát se találunk. És hát akkor nyilván az a hátsó mozgató szála, hogy én tudom, hogy mit fognak kérdezni, nem azért, megbeszéljük előre, hanem egyszerűen ki lehet találni és azokra a dolgokra odafigyel az ember.” (interjú, minőségügyes)

Míg egyes interjúalanyok az őszinte és nyílt kommunikáció lehetőségét érzékelték, és hangsúlyozták, addig az előbbi véleményen lévők között volt olyan, aki nem konstruktív hozzáállásról beszélt, hanem inkább úgy érzékelt, hogy ők győzték meg az auditort az igazukról. (interjúk)

Néhány interjúalany szerint az audit módszere nem képes a színvonal megítélésére, azaz az összehasonlításra más kórházakkal. Az egyik felsővezető többször is említette az interjú során, hogy azt nem tudja megítélni, hogy módszertanilag az auditok megvalósítása jó-e (pl. milyen sűrűn, milyen

¹³⁵ Ennek ellentmond az egyik auditori kísérő véleménye, amely szerint az auditorok az osztálylátogatások alkalmával nem szokták elmondani a feltárt hibákat, azonban más interjúk, a megfigyelés és a jelentések is ennek ellenkezőjét igazolják.

mértékben, mennyire részleteiben). Viszont azt is megfogalmazta, hogy úgy érzi, hogy néha csak egy-egy kiragadott esetre hívják fel a figyelmüket („műbalhék”). Elmondása alapján az audit és a minőségirányítási rendszer módszereinek (pl. betegelégedettség, betegpanaszok) esetlegességével nincs megelégedve, szerinte ezek nem objektívek és manipulálhatóak. Egyik interjúalanyom kifejezetten hiányolja az olyan jellegű objektivitást, hogy konkrét számszerű adatokat gyűjtenének vagy az osztályokat pontoznák, egyedül a különböző mértékű hibák számolását figyelte meg. Ezek miatt ez utóbbi interjúalanyom szerint szubjektív a módszer, benyomások alapján döntenek.

Az előző kritikák alapján tehát az auditor nem marad független értékelő (mivel befolyásolható, kiszámítható), nem képes objektív módon megítélni a kórház működésének színvonalát. Azaz nem felel meg a pozitivista módszerek ezen kritériumainak.

Tehát elmondható, hogy az audit módszerének megítélése eltér attól függően, hogy milyen kritériumrendszer (pl. interpretatív vagy pozitivista) alapján próbáljuk meg értékelni.

Az eset tanulmányozása során az auditnak – mint sajátos értékelési módszernek – több olyan fontos jellemzőjét azonosítottam, amely befolyásolja azt, hogy milyen reakciókat, interakciókat vált ki a kórházi szereplőkben, és ennek milyen következményei vannak a szervezetre. (ld. 18. ábra)



Forrás: saját szerkesztés

A kiinduló feltételeket meghatározza a tanúsító szervezetek piaca (auditori „piac”), ahogyan a 8.4.1. alpontban bemutattam ez a hosszútávú kapcsolat kialakítása irányába hat és az interjúalanyaim feltételezése szerint befolyásolja az auditorok hozzáállását is. Az auditorok hozzáállása, szerepe (8.4.2. alpont) egy másik fontos befolyásoló tényező ebben a csoportban. Az auditoroknak vannak olyan szerepeik (értelmező, meggyőző szerep), amelyek arra utalnak, hogy az, ahogyan az auditorok értelmezik és megfogalmazzák a tanúsítás szerepét befolyásolja a kórházi szereplők értelmezését is (auditorok értelmezése és üzeneteik). Erre jó példa a KES illetve MEES egyik auditor¹³⁶ szerinti értelmezése, amely hozzájárulhatott a KES, majd a MEES rendszer kórházon belüli szerepének,

¹³⁶ A KES bevezetésekor a vezető auditor.

hatásának elsikkadásában. Az auditor szerint ugyanis a MEES-t nem lehet az ISO-tól elkülönítlen auditálni illetve

„[...] a MEES-nek a követelmény rendszere, az egy, az egy statisztikai alapokon feldolgozott törvény, semmi más. Tehát egyszerűen semmi olyan produktív dolgot nem vár el az egészségügyi szolgáltatótól, ami újat hozna, amivel ő a rendszerét fejleszteni tudná. Amivel ő jobbat tudna elérni. Egyszerűen azt várja el az egészségügyi intézménytől, hogy tartsa be a törvény által előírtakat, pont. Most ezért miért kell egy rendszert üzemeltetni. Nem értem.”

Az eset tanulmányozása során arra is találtam bizonyítékot, hogy nem csak az értékelés szempontjai és eredménye (pl. hibák feltárása, ajánlások visszacsatolása), hanem az információgyűjtés módja (pl. dokumentumokon keresztül) is befolyásolja a kórházi reakciókat, interakciókat. (8.4.3. alpont)

8.5. A tanúsítás és az auditok hatásmechanizmusa a kórházban

A tanúsítás és a kapcsolódó auditok a kórházi szereplők különböző reakcióit és interakcióit váltják ki, amelyek nem csak egymás között, hanem az előző alpontban bemutatott módszer eredményeképpen az auditorok és a kórházi szereplők között is tapasztalhatóak. Ezeket a folyamatokat hívom együttesen a tanúsítás és a kapcsolódó auditok hatásmechanizmusának. A hatásmechanizmust az alábbiakban a felkészülés, érzelmi hatás („vizsgadruk”), hibajavítás és az ellenőrzés lépéseken keresztül mutatom be.

8.5.1. Felkészülés

A tanúsítás kórházi történetét bemutató részben (8.2. alfejezet) utaltam rá, hogy az első auditokat (próbaaudit, tanúsító audit) intenzív felkészülési időszak előzte meg, amelyek része volt a helyzetfelmérés, a kórházi dolgozók (pl. minőségügyi vezető, folyamatgazdák, belső auditorok) képzése és a minőségirányítási rendszer kialakítása. Az egyik felsővezető célkitűzésként is megfogalmazta a helyzetfelmérést, amellyel az auditor szerint a folyamat kezdődik:

„Tehát amikor egy rendszer kiépítésre kerül, akkor ez úgy kezdődik, hogy helyzetfelmérés. Ahol elméletileg átvizsgálják a kórház tevékenységét, és akkor rájönnek arra, hogy eddig mi volt jó, mi volt rossz. Egy tanúsításra kész szervezetnél, ezek mind a helyére kerülnek.” (interjú, auditor)

A képzésekről pedig az egyik belső auditor a következőképpen számolt be:

*„Tehát tisztába kellett azzal lennem és jönnöm, hogy mik azok a kritériumok, amiknek meg kell felelni ahhoz, hogy a kórház ne csak megszerezze, hanem képes legyen meg is tartani ezt a tanúsítást.”
„[...] hosszú hónapokon keresztül járkáltunk itt helyben, a mi tantermünkben előadásokra, és vizsgáztunk, és nem könnyen vizsgáztunk. És munka mellett csináltuk mindezt, órákat ellopván a napi munkamenetből, ami hát nem könnyű dolog.” (interjú, belső auditor)*

A képzéseket követően a kórházban a felkészülési időszakban lefektették a szabályozási (pl. folyamatleírások, működési rendek) és a dokumentációs rendszernek az alapjait, amellyel párhuzamosan a felelősségi és hatásköröket (pl. munkaköri leírások) is rendezték. (interjúk, Jelentes4a, Jelentes14a) A kórház működéséről folyamatleírásokat kellett készíteni, amely az ún. folyamatgazdák feladata volt:

„Én nagyon nehéznek ítélttem meg először és akkor döbbsentünk rá a munka során, hogy tulajdonképpen mindenre, tehát mindenre van megoldás az intézményen belül, és mindent meg is csinálunk, amit kell, csak nincsen leírva.” (interjú, folyamatgazda)

El kellett készíteniük minden dolgozónak egységesen a munkaköri leírását (interjú, JK17), nyilvántartásba vették az összes nyomtatványt az intézményben, *„nem volt azért az egy olyan nagyon könnyű, rengeteg munka volt.”* (interjú, felsővezető) Ki kellett fejleszteni egy dokumentumkezelő rendszert is. Bár nagyon sok mindent már korábban is dokumentáltak (pl. betegdokumentáció, lázlap), és korábban is ellenőriztek (pl. gyógyszer lejárát), de nem mindent írtak le, ezért plusz dokumentációkat is be kellett vezetni. Az egyes osztályok szintjén is el kellett készíteni a működési rendet, leírni a folyamatokat, elkészíteni a különböző formanyomtatványokat. A kórháznak volt olyan területe, például az egyik diagnosztikai egység, amely a nemzetközi trendeket követve már előbbre járt a kórház többi egységénél, ahol *„mindig a pontosságra, a precíz munkára kellett”* törekedniük (interjú, osztályvezető főorvos), és itt a dokumentáció nem jelentkezett plusz teherként, mivel azt már a '90-es években folyamatosan kialakították.

A kórházi szereplők beszámolóí alapján a kezdeti időszak azért is nehéz volt, mert *„rengetek vita volt”, „berzenkedés, hogy minek”,* ezért akkoriban a vezetők sok időt töltöttek a munkatársak meggyőzésével. (interjú, felsővezető) A bevezetésben részt vevő egyik kórházi szereplő szerint: *„A belső ellenállás hatalmas volt. Tehát a dolgozók elképesztő módon ellenálltak.”* (interjú, osztályvezető főorvos) Az elején még nem értették a dolgozók, hogy

„[...] miért kell nekik egy ilyen nagyon nagymértékű plusz feladatot bevállalni. És nagyon nehéz volt megértetni velük, hogy semmivel nem kérünk többet, mint amit eddig is csináltak. Csak megmondjuk, hogy minek hívjuk azt, ahova leírjuk. És mi ezt összefoglaljuk, leírjuk, nem mi, ők megcsinálják, és azt kell csinálni, amit leírtak. Tehát ez az írd le, amit csinálsz, és csináld azt, amit leírtál. Tehát mire ezt átvittük, ugye kinek-kinek a maga szintjén, hogy értesse meg, hogy semmivel nem kérünk többet tőle.” (interjú, minőségügyes)

A felkészülés azonban nem csak az első auditot előzte meg, hanem minden évben a kórházi szereplők felkészültek a soron következő auditra, erre a vezetőségi átvizsgálás jegyzőkönyveiben is utaltak (JK12, JK3, JK8, JK9, JK10). A kórházi interjúk alapján a felkészülés legfontosabb elemei a belső auditok, amelyek a külső auditok előtt feltárják a hiányosságokat, hogy azokat még időben lehessen korrigálni. A felkészülésnek van egy ciklikus jellege, az auditok előtt mindig egy intenzívebb időszak van, amely a belső auditoknak, a vezetőségi átvizsgálásnak, a kórházi illetve osztályos szintű minőségügyi dokumentáció áttekintésének a külső audit időszaka előtti sűrűsödését jelenti.

„Ugye az ISO az jellemzően, irdatlan adminisztrációval jár. Na, most mi naprakészek vagyunk, én azt elmerem mondani, de más részlegek nem mindig. Tehát ilyenkor aztán dokumentációk ellenőrzése, irat halmazok és akkor mindenki próbálja utolérni magát, ami esetleg elmaradt.” (interjú, osztályvezető)

A felkészülés ciklikus jellegét volt, aki negatívan ítélte meg:

„Úgyhogy én úgy gondolom, hogy ezt nem utolsó pillanatra kéne hagyni, amikor már nagyon nincs idő, és akkor, de sokszor vagyunk úgy, hogy akkor kapkodunk, mert egyszerűen időnk nincsen arra, hogy összeszedjük ...” (interjú, belső auditor)

Ugyanakkor többen pozitívan értékelték ezt a hatást, mivel ez lendületet ad, és egy rendszeres igazodást eredményez.

„Igen, érdekes, tehát óriási felkészülés és pánik előzi meg ezeket az auditációkat. Nem értem igazán miért, mondom, tehát működünk, ugyanúgy működünk, mint bármikor máskor. [nagyot sóhajtot]
Ebből a szempontból, esetleg talán igen, azt lehet mondani, hogy hasznos.” (interjú, osztályvezető)

Tehát egyes kórházi szereplők nem negatívumnak látják azt, hogy az audit közeledtével kap egy lendületet a rendteremtés, és nem annak időszakos hatását hangsúlyozzák, hanem azt, hogy ezzel lehet mindig egyfajta lökést adni a dolgozóknak az igazodásra, a figyelemre.

Az osztályokon a felkészülés során megnézik, hogy rendben vannak-e a dokumentumok (pl. munkaköri leírások, kompetencialeírások, kórlapok), az anyagok tárolása. Ebben a tevékenységben gyakran a minőségügyi munkatárson kívül az osztály más (pl. beosztott) munkatársai is részt vesznek, illetve – ahogyan a minőségügyes szerepek bemutatásánál már írtam – a belső auditorok a saját osztályukon is tudnak segíteni a felkészülésben.

A kórház szintjén is rendbe rakják a minőségügyesek a dokumentáció-nyilvántartást, a befejezetlen elintéznivalókat (pl. nemmegfelelési jelentéseket) lezárják. Ugyanakkor a szabályozásokat folyamatosan aktualizálják a külső környezet (pl. jogszabályok) vagy a szervezeti működés változásának lekövetésére. (interjúk, jelentések, jegyzőkönyvek) Az egyik felsővezető szerint az auditoknak nagy és pozitív szerepe van abban, hogy a szervezeti változást a szabályozások követik. Az auditori jelentésekben a „Dokumentálási követelmények”, illetve „Dokumentumkezelés” címszó alatt az auditorok valóban nyomon követik az aktualizálásokat (jelentések), és ezzel kapcsolatban olykor elvárásokat is megfogalmaznak (pl. Jelentes1a). Így nem csak előzetesen a felkészülés révén hat az audit (JK1, JK2), hanem az audit kérésére is módosítanak szabályozásokat (interjúk, dok1, Jelentes1a, jegyzőkönyvek).

8.5.2. A „vizsgadrukk”

Szinte az összes kórházi interjúalanyom arról számolt be, hogy a kórház dolgozói idegesebbek, feszültebbek, amikor az audit közeleg, illetve az audit idején. Az egyik nem vezető beosztású dolgozó így fogalmazott:

„Nem tudom, én szerintem ilyen ez az ISO, ez olyan, mint az átlagembereknél mondjuk az APEH. Így kiejtjük, hogy ISO, és akkor én látom, ilyen para van az emberekben, hogy jön az ISO, de hát nem tudom.” (interjú, szakdolgozó)

Az izgalom vagy feszültség – az interjúalanyok saját magukra és másokra vonatkozó elmondásai, valamint a megfigyelésem alapján – mind a vezetőkre (pl. osztályvezető főnökök és főorvosok) és mind a nem vezető beosztásúakra jellemző néhány kivétellel, akik magukról azt állították, hogy ők nem izgulnak. Az egyik felsővezető szerint az első auditoknál ők is izgulnak, mert fontos volt és még ismeretlen az audit. A minőségügyi vezetőt is nagyon mélyen érinti, ha hiányosságot találnak az auditorok az osztályos látogatás alkalmával: *„Volt egy nagyon érdekes eset, ott majdnem szívrohamot kaptam konkrétan az egyik ilyen auditnál.”* (interjú, minőségügyi vezető)

Az interjúk alapján az izgalom és a feszültség fő oka az, hogy a dolgozók félnek attól, hogy az auditorok valamit nem találnak megfelelőnek, esetleg hibát találnak és annak valamilyen következménye lesz. Az egyik auditori kíséző megfigyelése: *„Én azt látom a kollegák arcán, hogy amikor a toll arrébb megy, és elkezd valamit felírni, akkor megijednek, hogy Jézusom, mi a hiba benne.”* (interjú, auditori kíséző) Az

audittal kapcsolatos negatív érzést okozhatja az is, hogy vannak, akik felesleges, időt rabló dolognak érzik, elvonja a dolgozók figyelmét a napi rutintól. (interjúk)

A kórházi és auditor interjúalanyok azonban arról is beszámoltak, hogy a legelső, illetve az első auditoknál sokkal nagyobb volt az izgalom, mivel akkor még nem tudták, mire számítsanak az auditon, és mi fog történni, ha valami nincs rendben.

8.5.3. A hibajavítás

Ahogy az audit módszerénél is írtam az auditorok az audit során talált eltéréseket, hibákat súlyosságuknak megfelelően nemmegfelelőségekként vagy megállapításokként jelentik. Amennyiben valamit úgy értékelnek, hogy nem tekinthető eltérésnek, akkor az adott problémára „csak” ajánlást fogalmaznak meg, amelyet a kórháznak nem kötelező megfogadnia.

Az auditorok által feltárt hiányosságok és ajánlásaik egyrészt közöttük és a kórházak közötti interakció során alakulnak, másrészt nem egyszeri alkalommal, a hivatalos jelentésben kerülnek visszajelzésre, hanem mind az audit során mind azt követően is vannak értékelő mozzanatok, azaz az auditorok értékelő jelzései és megállapításai hivatalos és informális módon is érkeznek a kórházi dolgozók felé.

Ha az auditorok egy hibát észlelnek, akkor annak javítása az értékelő folyamat különböző szakaszaiban is lehetséges. Vannak olyan hibák, amelyeket az audit során a kórházi dolgozók már az auditor felismerése vagy formális jelzése előtt maguk észlelnek és javítanak. (interjúk) Szintén léteznek olyan gyorsan korrigálható hibák, amelyeket az auditor felismert, de még az audit során javításra került, mert például a minőségügyi vezető nyomban intézkedett: „Még az audit lefolytatása közben felvette a kapcsolatot az illetékes osztályvezetővel, aki azonnal intézkedett, hogy a hiányosságot pótolják.” (JK1) Az audit során korrigált hibák egy része ajánlasként megjelenik az auditori jelentésben, más részük viszont nem kerül bele a hivatalos értékelő megállapítások közé (megfigyelés, interjúk, Jelentes1a). Az auditot követően a fontosnak ítélt, feltárt problémákra, hiányosságokra a kórházak akkor is keresnek megoldást, ha az a hivatalos jelentésben nem szerepel. Ha az auditor olyan mértékű eltérést talál, akkor a hivatalos eljárás szerint az auditor határidőt szab a probléma megoldására, és visszajelzést kér a kórháztól. Ezeknél a hivatalosan jelzett eltéréseknél az auditor kötelezően visszaellenőrzi, hogy végrehajtották-e a javasolt intézkedést, amelyhez felelőst és határidőt is rendeltek. (Jelentes13a, Jelentes12a)

A kórházban az utóbbi időben az auditorok nem jelentettek eltérést, viszont ajánlásokat fogalmaztak meg, amelyeket – bár nem kötelezőek – a kórházi interjúalanyok elmondásai (6 interjú) alapján igyekeznek megfogadni. Mindkét auditor és a minőségügyi vezető elmondása, illetve a jelentések alapján is az ajánlások megvalósítását is visszaellenőrzi a következő auditon. Az auditorok ajánlás formájában megfogalmazott elvárásai sokat számítanak:

„Hát különös tekintettel arra, hogy azért én figyelek arra, hogy az auditoroknak milyen elvárásaik vannak. Mert ajánlásokat szoktak megfogalmazni, hogy hát jó lenne, ha ezt így... Most ezek nem kötelező jellegűek, ezek ajánlások. Most az ember jó, ha megfogadja. Vezettem én be olyan dokumentációt, aminek semmi értelme nincs, és elvárom sajnos, hogy ezt használják. Mert ez volt egy olyan ajánlás, amit nem tudtam visszautasítani.” (interjú, minőségügyi vezető)

Ugyanakkor több kórházi szereplő (6 interjúalany) is úgy gondolja, hogy az auditori ajánlások nem mindig ésszerűek, életszerűek. Mivel az auditor nem látja úgy át a kórház működését, ahogyan a benne élők, ezért előfordul, hogy nem minden ajánlás „ül a helyén” (interjú, belső auditor). Van olyan auditori ajánlás, amelyre nem reagáltak, mert a minőségügyi vezető a jelenlegi megoldást tartotta célszerűnek. (JK1)

Az eltérések kiigazításának és az ajánlások megvalósításának, azaz a hibaelhárításnak a hivatalos menete egyrészt a vezetők hierarchiáján keresztül, másrészt a minőségügyi vezető személyes intézkedésének hatására valósul meg. Vannak pontok, ahol ez a kettő természetesen összekapcsolódik. Az auditot követően a minőségügyi vezető körlevelében, illetve a felső- és középvezetői értekezleteken visszacsatolnak az audit eredményéről és megköszönik a munkát. Az auditori jelentésben szereplő hiányosságok kijavítására, illetve ajánlások bevezetésére többnyire a minőségügyi vezető tesz intézkedéseket, illetve ha saját hatáskörben nem tud intézkedni, akkor a főigazgató illetve az igazgatók állásfoglalását kéri, és ők intézkednek. (interjúk, jegyzőkönyvek, dok1, dok2) Az osztályok szintjén az audit eredményeinek megbeszélése az utóbbi időben inkább informális jellegű, kivéve ahol hiányosságot találtak, ott az osztályos értekezleten hoznak intézkedéseket ezek kijavítására. A konkrét auditori ajánlások kapcsán a minőségügyi vezető is megbeszéli az érintett osztályvezetővel az intézkedéseket. (interjúk)

Ezek a „hivatalos” hatásmechanizmusokon kívül vannak olyan folyamatok is, amelyek az audit hatására spontán indulnak be a szervezetben. Ezek alatt azokat az intézkedéseket, szabálmódosításokat értem, amelyeket a kórházi szereplők annak ellenére megtesznek az észlelt hiányosságok kiküszöbölésére, hogy a hivatalos auditori jelentésben nem szerepeltek.¹³⁷ Ezek az audit hatására bekövetkező reakciók azért különösen érdekesek, mert ezekben az esetekben nincs meg a következő audit hivatalos visszaellenőrzése miatti kényszer, hanem a kórházak maguk érzik a problémát olyan súlyosnak, hogy intézkednek, módosítanak a szabályozásokon.

Érdemes még megemlíteni ezen a ponton a visszatérő ajánlások esetét, amikor az auditorok az egymást követő auditokon hasonló tartalmú ajánlásokat tettek (jelentések). Azaz az auditor újabb ajánlást fogalmazott meg, amikor úgy észlelte, hogy az általa javasolt ajánlást nem fogadták meg, viszont a területet problémásnak vagy fejlesztésre érdemesnek tartotta.¹³⁸ Az ajánlások visszatérő jellege azt is jelezheti, hogy a hibajavítás fentebb bemutatott menete nem minden esetben vezetett eredményre.

Az intézkedések érvényesítésére a tanúsítás és az audit hatásmechanizmusa, azaz a szereplők reakciója, interakciója az ellenőrzések fokozódását eredményezi, amelynek működését a következő alponthoz mutatom be.

8.5.4. Rendszeres ellenőrzések

A hibajavítás érdekében – például az auditori ajánlások hatására – tett intézkedések bevezetésének visszaellenőrzése elsősorban a minőségügyi vezető feladata. Az intézkedések eredményét általában a belső auditokon ellenőrizték, de előfordul, hogy más szervezeti ellenőrzéseket (pl. ápolási viziteket) illetve célzott ellenőrzéseket is alkalmaztak.¹³⁹ (interjúk, jegyzőkönyvek)

Az egyes intézkedéseket követő ellenőrzések gyakorisága és menete nagyon eltérő lehet, a következő két alponthoz erre mutatok be két eseményláncolatot.

¹³⁷ Egy ilyen esetre példa, amikor az audit során az egyik dolgozó olyan feladatot végzett, amelyre a munkaköri leírása alapján nem volt hatásköre, ezt a problémát az auditor észlelte, de nem írta le a jelentésbe.

¹³⁸ Erre példa többek között a kórlapellenőrzési lista bevezetésével, alkalmazásával kapcsolatos ajánlások sorozata. (Jenetes2a, Jenetes3a, dok1, JK1)

¹³⁹ Az ápolási vizitek ellenőrző szerepét felhasználták az auditokon talált hiányosságok (pl. lejárt gyógyszerek) ismételt leellenőrzésére. (interjú) A célzott ellenőrzésekre példa, amikor a próbaaudit után többek között a hűtőszekrényben a hitelesített hőmérők alkalmazását ellenőrizték. (JK16)

8.5.4.1. „Akció”

Az egyik osztályon úgy számoltak be, hogy ha probléma adódik, akkor van következménye az osztályon belül. Az auditok során kiderült, hogy a betegdokumentációról hiányzik néhol az orvosok aláírása és pecsétje. A minőségügyi munkatársnak nem sikerült egyedül megoldania a problémát, ezért a minőségügyi vezető és az osztályvezető főnövér segítségét kérte, és így együtt fellépve sikerült elérniük, hogy azóta az orvosok aláírják és pecsételik a dokumentumokat.

„Így van. Hogy többen odaálltak. Hát amikor először én mondtam egyedül, akkor az kevés volt. Tehát azt mondták, hogy nem jött ki igazgatói rendeletbe. Most, hát, nem kell mindenhez igazgatói rendelet, mert elég egy szabályzat hozzá, amit ugye nem igazgató szab meg, hanem megszabja az ISO. De ezt így, és ők ezt így nem, nem, nem, merthogy ugye ők az orvosok, és őket az igazgató utasítja. Mert ez így... [nevet] Így, igen ez, és akkor ez így működött.” (interjú, minőségügyi munkatárs)

Tehát az interjúalanyom szerint a közös fellépés hatására változott az orvosok gyakorlata, azonban ebben más tényezők is szerepet játszhattak, amelyekre még a 8.8. befolyásoló tényezőkről szóló alfejezetben visszatérek.

8.5.4.2. „Hadjárat”

Egy másik esetben az egyik osztályon a hibák kiküszöbölésére ismételt ellenőrzések és felszólítások történtek. A külső audit után a minőségügyi vezető a feltárt hiányosságokat visszajelezte, és egy belső ellenőrzést is lefolytattak ehhez kapcsolódóan, majd a minőségügyi vezető visszaküldte az ellenőrzés összefoglaló dokumentációját az osztályvezetőnek, és a főigazgatónak is, és egy felsővezetői értekezleten megtárgyalták a szükséges intézkedéseket. „A főigazgató felhívta az érintett osztályvezető figyelmét a pontos dokumentációvezetés szükségességére.” (JK2) Majd ezt követően újabb belső ellenőrzésre került sor, és a következő évi külső auditon ismét meglátogatták az osztályt. A minőségügyi vezető elmondása szerint az osztályok általában kétfévente kerülnek sorra a külső audit alkalmával, ezen az osztályon azonban az utóbbi években mindig jártak a külső auditorok. (jelentések)

Az adott osztályon az ismételt ellenőrzések a következőképpen csapódtak le: Azt jónak tartotta az osztályvezető főorvos, hogy az auditon ő is részt vesz és látja, hogy hol van elmaradásuk, ahol az adminisztrációra jobban oda kellene figyelniük. A feltárt hiányosságok elhárításáért ő a felelős, erről felszólító levelet is kapott. Saját maga a következő intézkedést hozta:

„Én elrendeltem azt, hogy hónap elejéig visszamenőleg az összes kórlapot elő kell venni és ledekurzálni rendesen a betegeket. Erre több kolleganőm azt mondta, hogy erre nem hajlandó, csak akkor, hogyha a menedzsment biztosít plusz adminisztrátort. Az ő munkaidejükbe ez már nem fér bele, ami egyébként 12 órás naponta. Ennyit vannak bent a 8 óra helyett, hogy a munkát elvégezzék.” (interjú, osztályvezető főorvos)

Két orvos az osztályon a következőképpen számolt be az intézkedésekről: „tehát most kaptunk egy csomó kórlapot, hogy akkor most tessék rendbe tenni.” (interjú, orvos) A másik orvos szerint „Hát az biztos, hogy időnként az osztályvezető figyelmeztet, hogyha valami lemarad, hogy az hogy történjen és akkor általában az emberek igyekeznek azt megcsinálni.” (interjú, orvos)

A külső audit során, a fenti osztályon feltárt hiányosságoknak további következményei is voltak. A problémával kapcsolatban más osztályokra is kiterjesztették a szűrőpróbaszerű ellenőrzéseket.¹⁴⁰ (dok1, dok2, JK1, JK2) Az átfogóbb ellenőrzés eredménye volt az is, hogy felismerték, a gyógyszerelrendelések gyakorlata nem egységes a kórházon belül, ezért erre egységes szabályozás megírását rendelték el. (JK2) Ez a példa azt is jelzi, hogy a külső audit nem csak a feltárt hibák kiküszöbölését célzó ellenőrzéseket generálhat, hanem más problémák felismeréséhez és szabályozásához is elvezethet. A fenti példák jól illusztrálják azt, hogy a külső auditok – amelyek maguk is rendszeres ellenőrzések – hatása tovább erősödik azáltal, hogy további belső ellenőrzéseket generál. A tanúsításnak a szervezet ellenőrzési mechanizmusaira gyakorolt hatásáról a 8.6.1. alpontban írok még részletesen.

A 8.5. alfejezetben bemutattam, hogy az auditok milyen reakciókat, interakciókat váltanak ki a szereplőknél (felkészülés, érzelmi hatás, hibajavítás, ellenőrzések). Az előző, 8.4. alfejezet elemzésének eredményét – azt, hogy az audit kapcsán inkább értékelő mozzanatokról, eseményekről beszélhetünk, mintsem egy különálló, egységes értékelésről – ez az alfejezet is megerősítette. Ugyanis az értékelés és hatása között nincs éles határ, azaz az értékelés nem választható el élesen a hatására bekövetkező reakcióktól és egyéb következményeitől, hanem ezek egyfajta állandó kölcsönhatásban alakítják egymást.

A 8.5. alfejezet alapján levonható az a következtetés, hogy az auditok hatásmechanizmusának fontos jellemzője az is, hogy ismétlődő értékelésekről, **rendszeres ellenőrzésekről** van szó. Azaz az értékelés hatása nem csak egy-egy értékelés következménye, hanem a kórházi szereplők tudatában vannak annak, hogy a következő értékelés („ellenőrzés”) alkalmával újra szembesülhetnek az auditorok elvárásaival. Tehát a kórházi reakcióit erősen befolyásolja az értékelést **követő intézkedés**, ami ebben az esetben elsősorban a szervezeten belüli követő ellenőrzéseket és a következő évi értékelést, auditot jelenti. (Az értékelést követő intézkedés természete mint az értékelési módszerek egyik lehetséges további osztályozási szempontja már a 4.2.2. alpontban is megjelent a disszertációmban.)

Az alfejezetben bemutatott felkészülés és érzelmi reakció a kórházi szereplők részéről az auditok **vizsga jellegét** sugallja, amely metaforát az auditora több interjúalanyom is használta. A vizsga jelleg jelzi az auditok jelentőségét a szervezetben, amely miatt a kórházi szereplők valóban hajlandóak a szükséges módosításokat (hiányosságok kiküszöbölését) elvégezni. A vizsga jelleg különösen az első audit alkalmával volt nagyon erőteljes, amit egy nagyon intenzív felkészülési időszak előzött meg.

A vizsga jelleg összekapcsolódva a rendszeres ellenőrzésekkel egy **ciklikus hatást** eredményez, amelyet a kórházak különbözőképpen ítélnek meg. Többek szerint ez egy pozitív hatás, mert a kórházi szereplőket az igazodásra készíti, a rend és a fegyelem megteremtésében látják az előnyét. A periodikusságot a kórház auditorai is nagyon pozitívan értékelik. A visszatérő auditok az ajánlások megvalósítását is előmozdítják.

Az ismétlődés mellett fontos megjegyezni azt is, hogy esetünkben a tanúsítás és a kapcsolódó auditok már régebb óta fejtik ki a hatásukat. A hosszútávúság valószínűleg befolyásolja a kórházi szereplők reakcióit és a szervezetre gyakorolt, felhalmozódó összhatást is.

A korábbi alfejezetek végén számos a hatásmechanizmust befolyásoló tényezőcsoportot bemutattam már. A reakciókat, interakciókat egyéni szinten jelentkező befolyásoló tényezők is alakítják, amelyeket az

¹⁴⁰ Az audit hatásaként az ellenőrzések fokozódását, a hibák kijavítására bevezetett szűrőpróbaszerű ellenőrzések megjelenését egy olyan interjúalanyom is visszaigazolta, aki ezt egy korábbi munkahelyén figyelte meg. (interjú)

8.8.1. alpontban ismertetek. A hatásmechanizmus tehát nem önmagában, hanem ezen befolyásoló tényezőkkel karöltve fejt ki hatását a szervezetre, ezeket a változásokat a következő alfejezetben rendszereztem.

8.6. A tanúsítás és az auditok hatása a szervezetre (észlelt változások)

A 8.6. alfejezetben az észlelt és/vagy dokumentált változásokat rendszerezem a kórházi interjúk és a dokumentumok elemzése alapján. A kórházi interjúalanyaim eltérően vélekednek arról, hogy a tanúsítás és az auditok változtattak-e a szervezet működésén. A tanúsítás jelentősége a kórház életében (8.3.2.) alpontban már utaltam arra, hogy a három betegellátó osztályt vezető főorvos interjúalanyom, és a gazdasági, műszaki terület öt osztályvezetője szerint a tanúsítás összességében nem igazán volt hatással a kórház belső működésére, ugyanis a külső szabályozások (pl. jogszabályok, szakmai protokollok) már eleve behatárolják a lehetőségeket, és véleményük szerint az auditok az ő szakmai tevékenységüket nem érintik. Más interjúalanyaim azonban jelentős, főként a tanúsítás kezdeti időszakában bekövetkező szervezeti változásokról számoltak be. A tanúsítás hatására történt változások az interjúalanyok észlelése alapján tartósak, maradandóak (9 interjúalany), bár a kezdeti változásokat leszámítva kevésbé lényegiek.

„Tehát azt gondolom, hogy az elején volt az, amikor tulajdonképpen ..., hát nyugodtan lehet mondani, hogy mindent másképp kellett csinálni. Merthogy nem voltunk ehhez hozzászokva. És ma már csak ilyen apró dolgokon lehet változtatni.” (interjú, felsővezető)

A kórház auditora szerint is egy működő minőségirányítási rendszernek a külső körülmények és a szervezet változását kell már csak lekövetnie, azaz egy reaktív változás jellemző.

8.6.1. A tanúsítás hatására kiépített rendszer

A tanúsítás és a kapcsolódó auditok annyiban speciális értékelési módszerek, hogy elvárják a szervezetben egy rendszer, a minőségirányítási rendszer kiépítését, és ennek működtetése a tanúsítás feltétele. Ennek a rendszernek az elemeit a kórházban az első auditra felkészüléskor vezették be (JK15, JK16). A rendszer elemei a szabályozási és dokumentációs rendszer, a PDCA ciklushoz kapcsolódó elemek, amelyek kórházi megjelenését ebben az alpontban elemzem.

8.6.1.1. A szabályozás és a felelősségi viszonyok

A szakértők és az egyik auditor szerint is a tanúsítás hatása lehet, hogy a szervezet működése, folyamatai szabályozottakká válnak, ha egy jól működő rendszerről van szó. A kórház esetében szabályozottá váltak a működési folyamatok azok szerint, akik az eredeti állapotokat is ismerték (5 interjúalany).¹⁴¹

Mit is jelent valójában ez a szabályozottság a kórház életében? Egyrészt a szabályozások megalkotását. A tanúsítás előtt voltak ugyan különböző utasítások, de nem egységes szemléletben, illetve nem

¹⁴¹ Csak egy interjúalanyom hangsúlyozta, hogy szerinte márpedig nem lett szabályozottabb a működés.

mindegyik osztálynak volt működési rendje és nem voltak folyamatleírások. Tehát a tanúsítás érdekében a szervezet szabályozó dokumentumainak (pl. folyamatleírások, működési rendek, munkaköri leírások) rendjét alakították ki, egységessé és teljeskörűvé tették. Nagyrészt az auditoknak köszönhetően a kialakított szabályozásokat folyamatosan aktualizálják a külső, illetve belső környezet változásait követve. (interjúk, dok7, jelentések, jegyzőkönyvek)

Mit is jelent ez a szabályozás a kórházi szereplők szemszögéből? Az emberek elolvassák a szabályzatokat és aszerint cselekszenek? Nem feltétlenül. Ebben egyrészt szerepet játszik az, hogy a kórházban a rendszer kialakításakor az volt az irányadó, hogy azt kell leírni, ami a gyakorlat, és utána viszont ettől nem szabad eltérni. Ugyanakkor az egyik orvos a szabályozások alkalmazásáról a következőt mondta:

„[...] le lehet róla térni, csak meg kell mondani, hogy miért. És ha az embernek meg kell mondani, hogy miért, akkor végig gondolja, hogy letér-e az útról, vagy nem. És ha letér, mert logikus, hogy letérjen, meg tudja védeni, túl van tárgyalva. Azzal semmi baj nincs, hiszen mindent szabályozni nem lehet.” (interjú, orvos)

A szabályozások többféleképpen hasznosulnak a kórházban: Hivatkozási alap lehet, például az ellenőrzések során ezekkel összevetve meg tudják nézni, hogy szabályosan működnek-e más osztályok. A panaszkezeléseknél is hasznos, hogy a szabályozások elérhetőek, hivatkozhatóak, lefedik a szervezet működését. Egy másik szerep lehet, ha egy kevésbé rutinos területen szeretnének a dolgozók tájékozódni, erre igénye lehet a vezetőknek vagy bizonyos munkakörökben dolgozóknak. Az új alkalmazottaknál hasznos, hogy szabályozott a „beavatási” folyamat és hogy megismerhetik a szervezet működését a szabályzatokból. Az egyik felsővezető a rendszer használatát a következőképpen jellemezte:

„Tehát én nem azt mondom, hogy minden dolgozó, merthogy félre ne értsen, tehát itt nem csupa elkötelezett és csupa zseni dolgozik, de azért azok az emberek, hogy mondjam, azok a rétegek, akik akár a vezetésben, vagy akár – már nem mi a felsővezetésben – az osztályok vezetésében részt vesznek és azok az ápolónők, vagy azok, akik a diagnosztikán vannak, azok ezt abszolút tudják alkalmazni. És az egy nagyon nagy dolog, hogy mindig tudom, hogy hova kell fordulni. [...] És ott, biztos, hogy le van írva és ha az ott le van írva, akkor azt úgy kell. Tehát szerintem ez nagyon sokat számít.” (interjú, felsővezető)

A szabályozás kihat a kórházi dolgozók felelősségvállalására és számon kérhetőségére is. Ugyanis ha vannak szabályok, például elfogadott eljárásrendek, akkor az egyén felelőssége csökken a variációk közötti választásban, és ha követi a szabályokat, akkor védve van abban a körben, akik a szabályokat jóváhagyták, legitimálták. A szabályok megadják a keretet, amely biztosítja a dolgozók számára a védetőséget, ha ezek szerint cselekednek. Ezzel csökken a munkavégzésük során a felelősségük azokban a döntési helyzetekben, amikor a szabályozás választ ad a követendő mintára. A tanúsításnak volt olyan hatása, amely rendezte a felelősségi viszonyokat, és lehetővé tette a számon kérhetőséget. (7 kórházi és két auditor interjúalany) Ehhez hozzájárult, hogy a felkészülési időszakban teljeskörűen és egységesített módon elkészültek a munkaköri leírások, amelyeket később kompetencia leírásokkal egészítettek ki. (interjúk, jegyzőkönyvek, dok1, dok10, Jelentes2a) A felelősségre vonhatóságot azonban nem csak a feladatkörök tisztázása, hanem az elvégzett vagy el nem végzett (pl. nemmegfelelőségek) feladatok dokumentációja is támogatja.

8.6.1.2. Dokumentáció

Az ISO 9001 szabvány elvárja a tevékenység dokumentációját, és ezt az auditorok is közvetítik a kórház felé (megfigyelés, interjúk, Magyar Szabvány MSZ EN ISO 9001). A dokumentáció kétélű fegyver: Egyrészt felelősségre vonható, ha nem csinálta vagy rosszul csinálta valaki. (5 kórházi vezető és egy auditor interjúalany) A minőségügyi vezető szerint a tanúsítás kapcsán a dokumentációs kötelezettség bevezetése eredményezett nagy változásokat.

„Tehát legyen ez dokumentálva. Ugyanis felelősség, csak ott van, ahol dokumentáció is van róla. Tehát, hogy szóban megbízni valakit, ő valamit válaszol, ott nincs felelősség, nem vonható felelősségre.” (interjú, minőségügyi vezető)

Másrészt a dokumentációt fel lehet használni arra, hogy igazolja magát az ember, hogy ő elvégezte a munkát, azaz védi őt. (6 kórházi és egy auditori interjúalany) A kórházilag eltérően ítélik meg ennek szükségességét:

„De ugyanakkor, ha ezt nézem, akkor meg az [a szerepe], hogy önmagamot igazoljam. Tehát így az ápolásban én úgy gondolom, hogy az.” (interjú, ápoló)

„... csak az az évek során bebizonyosodott, hogy azt soha nem tudnám bebizonyítani, hogy én azt akkor megcsináltam, ha nem lenne ott a papír. Ami egy nagyon, végül is egy borzasztó dolog, hogy csak papírral igazolható, amit az ember megcsinál ilyen helyen, mert énnekem nagyon, hát legalábbis furcsa.” (interjú, felsővezető)

A tanúsításnak valóban volt hatása a dokumentációra, az adminisztratív tevékenységre (20 interjúalany, jegyzőkönyvek, Jelentes1a, dok1). A kórházban a tanúsításra való felkészüléskor a korábban meglévő nyomtatványokat nyilvántartásba vették, egységesítették és rendszereztek, illetve az auditori ajánlások¹⁴² hatására kezdetben és még az utóbbi években is vezettek be újabb tevékenység-dokumentációt, ellenőrzési listát (interjúk, Jelentes2a, JK1, JK2, JK15, JK16).

A kórházi interjúalanyaim közül többen úgy fogalmaztak, hogy a tanúsítás hatására csak adminisztratív változások történtek. (7 interjúalany) A változás megítélése eltérő. Többek szerint a dokumentációs fegyverre a tanúsítás hatással volt, például a betegdokumentáció precizségére, teljességére. Míg a betegellátó osztályokon van, aki szerint az adminisztratív változásoknak csak negatív hatása van: teher, a szakmai munkában inkább „hátramozdító jellegűek” (3 interjúalany).

8.6.1.3. Ellenőrzés

A tanúsítás és a kapcsolódó auditok hatásmechanizmusát elemző 8.5. alfejezetben már bemutattam, hogy a kórházban a szervezeten belüli ellenőrzésekre is komoly hatással volt a tanúsítás, egyrészt újabb ellenőrzéseket vezettek be, másrészt a korábbiak szerepe is tovább erősödött. (interjúk, dok1, jegyzőkönyvek, jelentések) A kórház különböző szereplői (10 interjúalany) úgy gondolják, hogy a rendszeres ellenőrzéseknek pozitív hatásuk van, ugyanis segítségükkel állandóan éberem tartható a figyelem. Többen (5 interjúalany) úgy gondolják, hogy az ellenőrzések nélkül lazulna a figyelem, eleresztenék magukat az emberek. Viszont az is elképzelhető, hogy ennek csak azokon az osztályokon

¹⁴² A jelentésekben megjelenő auditori ajánlások között kiemelkedő számú – főleg a tanúsítás időszakának második felében – a dokumentációval kapcsolatosak. (Az auditori ajánlások tartalmáról részletes elemzést készítettem, amely a terjedelmi korlátok miatt a disszertációmban nem szerepel.)

van jelentősége, ahol „*alapjában problémák vannak*” (interjú, osztályvezető főnővér), ahol csak ezek az ellenőrzések a kényszerítő erő.

8.6.1.4. További rendszerelemek

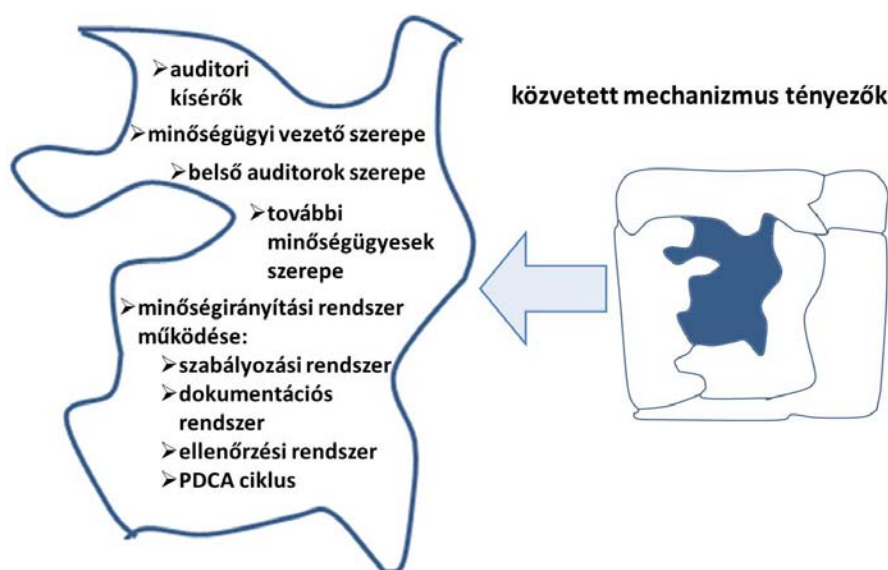
Az előzőeken kívül a minőségirányítási rendszernek további elemeit is elvárja a tanúsítás, amelyeket szintén már az első felkészüléskor bevezettek (JK15, JK16), például korábban nem volt a kórházban betegelégedettségi felmérés (interjú). Az auditorok ellenőrzik a minőségirányítási rendszer elemeinek meglétét, amelyek a szabályozási és dokumentációs rendszeren kívül a következők: minőségcélok, vezetőségi átvizsgálás (ennek jegyzőkönyve), betegpanaszok, elégedettség-felmérések, belső auditok, nemmegfelelőségi jelentések. (interjúk, megfigyelés) Az auditori jelentésekben is kiemelik az auditorok ezeket a rendszerelemeket az értékelési szempontok között. (auditori jelentések) A rendszerelemek alkalmazása az egyik auditor szerint egyfajta ciklikusságot eredményeznek a szervezetben:

„Mert ugye egy év alatt le kell folytatni egy belső auditot, megcsinálni a betegelégedettségi kérdőívet, meg kell csinálni a vezetőségi átvizsgálást, minden esetben, ha meg akar felelni annak a rendszernek, amit ő saját magának, ránézve kötelezőnek tart.” (interjú, auditor)

A minőségirányítási rendszerelemek a közvetett hatásmechanizmus befolyásoló tényezők közé tartoznak: Mivel ezen rendszerelemekkel kapcsolatos auditori elvárásokat a minőségügyi vezető észlelte, ezért az auditok közvetett módon ezen eszközök elvárásoknak megfelelő alkalmazása révén is hatottak a szervezetre. Az auditori megállapítások és ajánlások között számos olyan volt, amelyek ezen rendszerelemek alkalmazására vonatkoztak, és ezen keresztül azok szervezetre gyakorolt hatását is befolyásolták. (jelentések, jegyzőkönyvek)

A közvetett hatásmechanizmus tényezőkhöz tartoznak tehát a 8.6.1. alpontban bemutatott rendszerelemek is a korábban (8.2.3. alpont) már elemzett minőségügyhöz kapcsolódó kórházi szerepeken kívül. (ld. 19. ábra) A közvetett hatásmechanizmus tényezőcsoportot kiegészítő elemek tehát a következők: szabályozási és dokumentációs rendszer, ellenőrzési rendszer illetve a minőségirányítási rendszer azon elemei, amelyekből felépíthető lenne egy PDCA ciklus (pl. célmeghatározás, nemmegfelelőségi jelentések, belső auditok, elégedettség-felmérések, panaszkezelés, vezetőségi átvizsgálás).

19. ábra: Közvetett mechanizmus tényezők



Forrás: saját szerkesztés

A kiépített rendszer közvetett hatásmechanizmusának szerepét az elvárt és a tényleges szervezeti gyakorlat közötti eltérés csökkentésében így összegezte az egyik auditor:

„[...] tehát ez mind azt jelzi, hogy a rendszerek tökéletesednek, és a lényege is az, tehát hogy próbáljuk meg minél kevésbé, minimalizálni az eltérések lehetőségét, és ez szerintem, az auditokon be is jön, ahol jól csinálják.” (interjú, auditor)

Tehát amellet, hogy ezek a szervezeti szerepek és minőségirányítási rendszerelemek a tanúsítás hatására létrejöttek és az egyes auditokon adott ajánlások hatására tovább alakulnak, elvileg maguk is folyamatosan alakítják a szervezetet. Ugyanakkor nem mindegyik tényező ugyanolyan erővel hatott a szervezetre, míg a dokumentációs rendszernek volt hatása például a számonkérhetőség és a védelem szempontjából, addig a PDCA ciklusnak nem mindegyik eleme érvényesült a kórházban. A minőségügyi vezető a szabályozási rendszert folyamatosan karbantartja a külső környezeti és a szervezeti változásokhoz igazítva (?Plan), és az ajánlások hatására is megtörténnek az intézkedések (Do), amelyek végrehajtását később (pl. belső auditok alkalmával) rendszeresen ellenőriznek (Check), és szükség esetén újból intézkednek (Act).

Azonban a minőségügyi vezető szerint a betegelégedettségi felméréseknek nem igazán volt következményük, hiába derült ki belőlük korábban is már, hogy például a takarítással probléma volt. (interjú, JK1) Azaz különböző elemzési lehetőségeket (pl. belső auditok eredményeinek, betegelégedettségi felméréseknek, panaszoknak oki elemzése) nem igazán használták ki a kórházban, a célok nem ezen elemzések eredményeképpen születtek meg, és a célok megvalósításának szisztematikus értékelése sem történt meg. Azaz a PDCA ciklusnak elsősorban a Plan szakasza sérült, így a minőségirányítási rendszer eredményeképpen egy reaktív változás, egy folyamatos szinten tartás lehetővé vált, de a rendszer előretekintő, proaktív változtatási (fejlesztési) potenciálját nem használta ki a kórház menedzsmentje. (A közvetett hatásmechanizmus fejlesztésre gyakorolt hatását a 8.9. alfejezetben részletesebben elemzem.)

A 8.6.1. alpontban bemutatott szervezeti rendszerszintű változásoknak több következménye is volt az interjúalanyok észlelése alapján. A tanúsítás egyik hatása az, hogy rendet teremtett és ezáltal **átláthatóbb és rendezettebb lett a kórház működése** (4 interjú, közöttük két felsővezető).¹⁴³ A tanúsításnak ezt a hatását az auditorok is megerősítették. A rendezettség megnyilvánul a különböző szabályozásoknak, a tevékenység dokumentációjának elérhetőségében, abban hogy mindig minden megtalálható, ha valamilyen információra van szükség.

Szintén a tanúsítás eredménye több interjúalanyom (6 interjúalany) szerint, hogy **a kórháznak javult a védhetősége**, amelynek jogi szempontból vannak előnyei. Az egyik minőségügyes szerint:

„Az a tapasztalatom, amikor valami fajta zavar van a rendszerben, akkor ez egy nagyon jó mankó, mert ugye sajnos a kórház, mint minden kórház esetében is, ugye egyre másra vannak feljelentések. A feljelentések túlnyomó többsége arra vezethető vissza, hogy valami fajta olyan hibát vagy fedeznek föl, vagy vélnek ugye a feljelentők, amiről ők úgy gondolják, hogy valami rosszul működik a kórházban. Na, most ilyenkor azt a folyamatot, amiben a hibát vélték fölfedezni, elővesszük és azt látjuk, hogy tulajdonképpen mindenki jól dolgozott, akkor ez azért jó, mert ilyen szempontból sokkal védhetőbb a kórház különböző ilyen ügyvédi praktikákkal szemben.” (interjú, minőségügyes)

Az egyik felsővezető egy példával is illusztrálta, hogyan tudta megvédeni a kiépített rendszer egy feljelentés kapcsán a kórházat és dolgozóit a vádemeléstől. Két további kórházi szereplő (egy felsővezető és egy minőségügyes) már szkeptikusabb: Szerintük bár a tanúsítás hatására kialakított rendszernek van valamekkora szerepe a kórház védelmében, de ez nem elegendő, azaz nem védi meg minden esetben a kórházat és dolgozóit.

8.6.2. Észlelt változások a működési folyamatokban

Működési folyamatok alatt itt az alapfolyamatokat (betegellátás), illetve a támogató folyamatokat (pl. diagnosztika, műszaki-gazdasági terület) értem, azok változása alatt pedig a munka menetét érintő konkrét változásokat (tehát nem az általános jellegű, pl. szabályozásra, dokumentációra vonatkozó változásokat). A kórházban a konkrét működési folyamatokat érintő változásra már jóval kevesebb példát találtam az interjúk és a dokumentumok elemzése során az előző alpontban ismertetett rendszerszintű illetve dokumentációs változásokhoz képest. A megemlített és a dokumentumokban fellelt változások a következő területeket érintették: leltározás, selejtezés (pl. gyógyszerlejárát ellenőrzése); raktározás, tárolás folyamata (pl. előírás szerinti tárolás; hűtőszekrényben hőmérők alkalmazása; veszélyes hulladékok kezelése, tárolása); mérőeszközök nyilvántartása, kalibrálása, hitelesítése, műszaki feltételei. (interjúk, jegyzőkönyvek) A folyamatokban történt előző változások inkább a tanúsítás kezdeti szakaszában jelentkeztek, és bár egy része a betegellátó osztályokon történt (pl. gyógyszerek tárolása, veszélyes hulladékok kezelése), nagyobb részt a támogató tevékenységeket illetve területeket érintették (pl. műszak, raktározás).¹⁴⁴ Az interjúalanyok észlelése alapján a saját szakmai munkájukat nem érintették az auditok hatására bevezetett változtatások sem a betegellátó részekben, sem a támogató területeken. (A támogató területeken ez amiatt is lehet, hogy a gazdasági-műszaki területeken dolgozó interjúalanyaim a kezdeti időszakban még nem dolgoztak a kórházban, így nem észlelheték a változást.) A minőségügyi vezető szerint a betegellátás területén a checklisták alkalmazása révén kevésbé

¹⁴³ Csak egy olyan kórházi interjúalannal (osztályvezető főorvos) találkoztam, aki jelezte, hogy ezzel nem teljesen ért egyet.

¹⁴⁴ Az egyik auditor szerint ez általában is igaz a tanúsításnak a kórházakra gyakorolt hatására.

valószínű, hogy kimarad egy-egy olyan lépés a folyamatból, ami esetleg a betegnek is fontos, ugyanakkor a betegellátásban részt vevő interjúalanyaimtól erre vonatkozó utalást csak egy esetben hallottam. Két felsővezető véleménye teljesen eltér abban, hogy a tanúsításnak milyen területen volt hatása, míg az egyik szerint a változások minden területet érintettek, addig a másik szerint egyáltalán nem hatott a munkafolyamatokra az audit.

Ugyanakkor többen (a korábbi főigazgató, egy másik felsővezető, a minőségügyi vezető, a rendszer működtetésében aktívan részt vevő orvos és ápolók) úgy gondolják, hogy a tanúsításnak van valamennyi szerepe a betegellátás színvonalában. Ez azonban nem feltétlenül jelent a betegellátási folyamatokban bevezetett konkrét változásokat, hanem a rendszerszintű változások eredménye is lehet.

„Hát én szerintem mindenképpen a kórház szakmai színvonalának egy meghatározó eleme a tanúsítás, amellyel a kórház minden szinten tudja azt igazolni, hogy a szervezetségnek egy meghatározott fokán áll. Ugye a szervezetség a betegbiztonságot szolgálja, és ebből a szempontból, ezért alapvetően fontos. Maga a tanúsítvány hozzájárul természetesen a minőségnek az emeléséhez is, nem kizárólagos eleme egyébként, nem kizárólagos eleme a szakmai színvonalnak.” (interjú, felsővezető)

8.6.3. Egyes érintettekre gyakorolt hatás

Ebben az alponban két olyan területet mutatok be, amelynek audit hatására történő változásáról eltérőek voltak a kórházi interjúalanyaim válaszai: az egyik a kórházi szereplőkre, a másik pedig a betegekre gyakorolt hatás.

8.6.3.1. Hatás a kórházi szereplőkre

Egymásnak ellentmondóan észlelték az érintettek, hogy a kórházi szereplőkre (magatartásukra, munkavégzésükre, hozzáállásukra) hatással volt-e a tanúsítás. A dolgozók tényleges munkavégzésére vagy arra, hogy mennyire figyelnek oda a munkájukra 11 kórházi interjúalanyom szerint hatással volt. A kórházi dolgozóknak bár eleinte nehéz volt a változtatások szerint végezni a munkát, de idővel ezek a változtatások (pl. hulladékkezelés) rutinszerűvé váltak (5 interjúalany, JK8, Jelentes9a). Az auditoknak van egy olyan hatása is, hogy jobban odafigyelnek a megfelelő munkavégzésre (pl. leltározás, selejtezés pontosabb végzése, hűtőben hőmérő, betegdokumentáció – ezek olyan területek, amelyekről tudták, hogy az auditorok meg szokták nézni). (5 interjúalany)

A fentiekől eltérő véleményen van 6 kórházi interjúalanyom, ugyanis szerintük a dolgozókra, magatartásukra, munkavégzésükre nem volt hatással a tanúsítás. Egy interjúalanyom szerint pedig a tanúsításnak egyértelműen negatív hatása volt a dolgozókra, ugyanis a plusz dokumentáció frusztráltságot okoz. A többlet dokumentációs terhet természetesen más interjúalanyaim is tapasztalták és ezt a következményt a kórház minőségügyi vezetője is látja, és a dolgozókról így számolt be:

„Türelmetlenek, ugye mindent le kell írni. Most hiába van valakinek rutinja ebben, iszonyú sok időt vesz el. Tehát elveszi az időt a tényleges betegellátástól. És miután a feladat nem kevesebb, ezért, ha valaki szeretné jól ellátni azt a feladatot, amit egyébként ő vállalt, akkor igyekszik és szerintem frusztrálja is bizonyos tekintetben, hogy nincsen ideje.” (interjú, minőségügyi vezető)

Szintén a kórházi szereplőkre gyakorolt hatásnak tekinthető az, hogy változott a hozzáállásuk. Kezdetben ellenállás volt tapasztalható, amelynek változásáról több interjúalanyom is beszámolt. Több felsővezető szerint is a szemléletváltás annak volt köszönhető, hogy rájöttek mi az értelme, és erre a dolgozókat is rávezették, így ők is megértették, és ezzel változott a hozzáállásuk. Az ellenállás azonban

nem csak kezdetekben, hanem az utóbbi időkben is tapasztalható, amelyet szintén hasonló eszközökkel (pl. meggyőzés a változtatás értelméről) sikerült egyes esetekben felszámolni. Azonban az audit hatása fordított is lehet. Például az egyik osztályvezető főorvos beszámolója szerint kezdetben nagy várakozás volt bennük, hogy mit fog hozni a tanúsítás, az első audit tapasztalatai alapján azonban nagyot csalódtak.

8.6.3.2. Interjúalanyaim véleménye a betegekre gyakorolt hatásról

Az interjúalanyaim közül a betegellátó osztályokon dolgozók többsége (7 interjúalany) és a minőségügyi vezető egyetértett abban, hogy a tanúsítás nem hatott a betegekkel való bánásmódra, a velük való kapcsolatra. A tanúsításnak nincs igazán hatása a betegek részéről érzékelt minőségre, nem befolyásolja a kórházválasztást.

„Tehát a beteg nem választ úgy intézményt, hogy van-e tanúsítványa, vagy nincs. Nem is tudja mi az. Tehát ez csak a mi számunkra fontos. És ő érzékeli, de igazából ő nem tudja megmagyarázni, mi az, amit érzékel. Ő azt mondja, hogy ő a Nagy doktort nagyon szereti, és ő a Nagy doktorhoz akar jönni, mert itt de jó volt az ellátás, meg szép volt a kórterem. Nem szempont, kiemelten nem szempont, ha nem lenne minőségirányítás, akkor sem lenne szempont. Nekem a magánvéleményem az, hogy több lenne a per, mert a beteg más irányból látja ezt a dolgot. Tehát nem nézi meg, hogy ez most tanúsított, vagy nem. Ha nem azt a szolgáltatást kapja, akkor eddig elszomorodott, most meg feljelent. Tehát ennyit változott ez a dolog.” (interjú, minőségügyi vezető)

Ebből az idézetből azonban az is látszik, hogy a minőségügyi vezető szerint a tanúsításnak a betegek által indított perek megelőzésében viszont van szerepe, azaz szerinte a betegek elégedettségi szintjére mégis lehet valamilyen hatással a tanúsítás. A betegekkel kapcsolatos egyik kezdeti változásnak talán az tekinthető, hogy lehetőségük lett a véleményük kifejezésére a betegelégedettségi felméréseken, kórtermekben elhelyezett füzetekben panaszok, dicséretes bejegyzésével. A betegek szempontjából azonban negatív hatása van több interjúalanyom (5 interjúalany) szerint a dokumentációra fordított időnek, ugyanis ez a betegellátástól és a betegekkel való kommunikációtól veszi el az időt. Ugyanakkor az egyik minőségügyes ápoló szerint a dokumentációnak van pozitív oldala is a betegek szempontjából, mivel nekik is hasznos, ha precízen dokumentálják az ellátásukat és azt kézhez is kapják.

8.6.4. Negatív következmények

A tanúsítás negatív hatásainak egy részéről az előző alpontokban már írtam, most ezeket összefoglalom, illetve kiegészítem.

A tanúsításnak a dokumentációs teherként jelentkező negatív hatását 13 interjúalanyom említette, ugyanakkor közülük hatan elfogadhatónak tartják ezt, mert egyrészt látják a pozitív oldalát, az előnyeit is, másrészt a változtatások a rutinná válás után nem jelentenek plusz terhet. Öt interjúalanyom (három osztályvezető főorvos, egy vezető ápoló és egy osztályos orvos) értékelte egyértelműen negatívan a dokumentációs terhet, ők arról számoltak be, hogy nem látják az értelmét, feleslegesnek vagy túlzásnak érzik a plusz dokumentációt. A dokumentációs pluszterhet feleslegesnek érző öt interjúalanyom közül hárman ugyanazon az osztályon dolgoztak. Ugyanakkor azzal egy másik osztály vezető ápolója is egyetértett, hogy a dokumentációnak vannak felesleges részei, amelynek ő sem látja az értelmét. Ilyen terület volt, amelyet mindkét osztályon említettek az a duplikáció, amikor valamit az orvosnak és az ápolónak is dokumentálnia kell. Az adminisztrációs tehernek további negatív következménye a dolgozók frusztráltsága és az, hogy a betegellátásra kevesebb az idejük, illetve a többlet dokumentáció a

papírfogyasztást is növeli. (A gazdasági vezető szerint ez utóbbi csak a rendszer bevezetésekor jelentős, később beáll egy elfogadható szintre.) A konkrét kérdésekre, hogy volt-e az auditnak negatív, nem kívánatos vagy nem szerencsés hatása 12 interjúalanyom és a csoportos interjúban résztvevő interjúalanyaim azt válaszolták, hogy nem volt vagy nem tudtak ilyet mondani.

A 8.6. alfejezetben rendszereztem a tanúsítás hatására bekövetkezett észlelt vagy dokumentált változásokat. Ezek elsősorban a kezdeti időszakban jelentettek jelentős változásokat a szervezet szabályozottsága, átláthatósága szempontjából. A működési folyamatokat érintő észlelt konkrét változások is elsősorban az időszak elején voltak és a támogató tevékenységeket érintették. A dokumentációval kapcsolatos észlelt változások azok, amelyek a tanúsítás egész időszaka alatt jelentkeztek, és amelynek további pozitív (pl. számonkérhetőség, védelem) és negatív (pl. dokumentációs teher) következményeiről az interjúalanyok nagy része beszámolt.

8.7. A tanúsítás és az auditok szerepe a kórházban

Az esettanulmány korábbi alfejezeteiben elemeztem az auditok módszerének jellemzőit, a kórházon belül kiváltott hatásmechanizmust és hogy ezek milyen észlelt változásokat eredményeztek a szervezetben. Ezeket a folyamatokat különböző (pl. szervezeten kívüli és belüli) tényezők befolyásolják, amelyek egy részét az előző alfejezetekben szintén ismertettem. Kérdés azonban, hogy mindezek hatására a kórházon belüli érintettekben milyen kép alakul ki a tanúsítás és az auditok kórházon belüli szerepéről. Ezek a szerepértelmezések visszahatnak a kórházi érintettek hozzáállására, reakcióira, azaz az egész hatásmechanizmusra és így a szervezeti változásokra. (ld. a 14. ábrát a 8.1. alfejezetben)

Ebben az alfejezetben a kórházi szereplők általi tanúsítás szerepértelmezéseket rendszerezem és összevetem azokat a kórház auditorainak és a szakértő interjúalanyaimnak az értelmezésével.

8.7.1. A kórházi interjúalanyok szerepértelmezései

Kórházi interjúalanyaim az 17. táblázatban bemutatott értelmezéseit adták a tanúsítás és az auditok kórházon belüli szerepének. A táblázatból is látszik, hogy a kórházi szereplők mellett, hogy különböző értelmezéseket adtak, vannak közöttük domináns értelmezések, illetve bizonyos körökben jellemző értelmezések. Az egyes szerepértelmezéseket az alpontokban részletesen bemutatom.

17. táblázat: A tanúsítás szerepének értelmezései

A tanúsítás és/vagy auditok szerepértelmezése	kórházi interjúalanyok száma	interjúalanyok jellemzői
Vizsga (metafora)	2	vezetők
Ellenőrzés: dokumentáció ellenőrzés	12	➤ betegellátó osztályok osztályvezető főorvosai, orvosai, vezető beosztású ápolók és két felsővezető
folyamatellenőrzés	7	➤ minőségügyesek, támogató területek osztályvezetői
Szabályozás	9	vegyes (a kórház különböző területeiről és hierarchiaszintjéről)
Rendszer	5	vegyes
Rend és fegyelem	9	vezetők, régi minőségügyesek (nincs közöttük betegellátó osztályról (fő)orvos)
A kórház védelme	3 (+4)	➤ minőségügyesek, felsővezetők, osztályvezető főorvosok
és a dolgozók védelme	3	➤ ápolók, minőségügyi vezető
A hibák feltárása, javítása, megelőzése	6	vegyes
Fejlesztés	3	orvosok (közülük kettő felsővezető)
A „diploma”	4	vezetők
„Lyuk a rendszerben”	6	orvosok

Forrás: saját szerkesztés

8.7.1.1. Vizsga

Az audit vagy a tanúsítás jellemzésére interjúalanyaim több metaforát is használtak. Ilyenek voltak az auditall kapcsolatban a „vizsga”, a „kísérlet”, a „kirakat” vagy a tanúsítványra utalva a „diploma”. Már az auditok hatását jellemzi a „személytelen vezető”, a „tavaszi nagytakarítás” vagy a „cipő” metafora. Ezek mind különböző szempontokból jellemzik a tanúsítást vagy az auditokat, amely metaforákat a dolgozat megfelelő részeinél bemutatok. Ezek közül az audit szerepére a kórház életében két interjúalanyom is többször a „vizsga” metaforával utalt, amely jól jellemzi az auditall járó érzelmi hatásokat (ld. 8.5.2. alpontban), és azt, hogy a vizsgának van egy eredménye, a tanúsítvány. Az egyik vezető például az auditról így nyilatkozott:

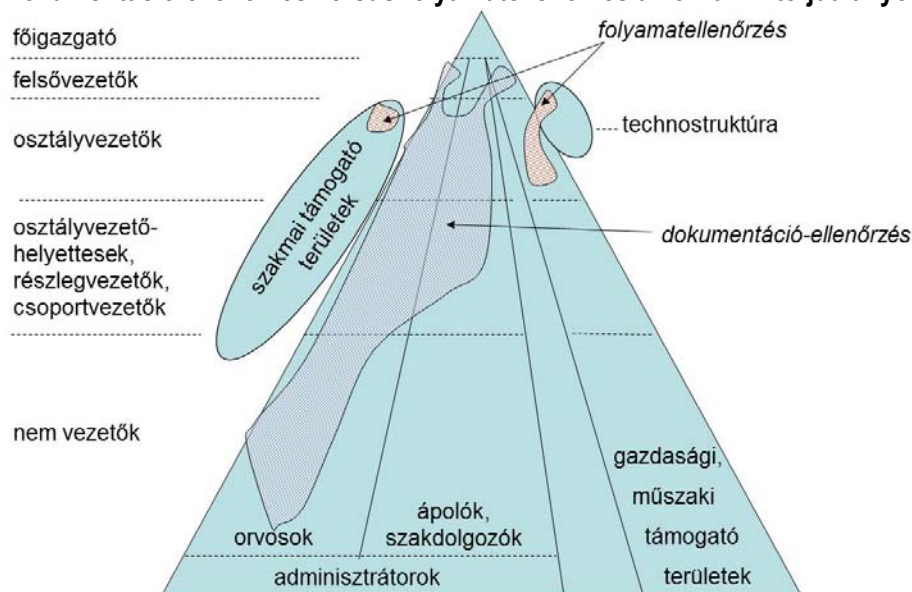
„Hát én büszke vagyok, az az igazság, úgyhogy... Például az ember egy vizsgán átmegy, vagy egy feladatot jól megold, én büszke vagyok és elégedett akkor.” (interjú, diagnosztika osztályvezető)

8.7.1.2. Ellenőrzés

A tanúsítás és a kapcsolódó auditok a kórházi dolgozók számára egyfajta rendszeresen ismétlődő ellenőrzést jelentenek. „Ugye, mert hát végeredményben az audit az nem más, mint egy ellenőrzési forma.” (interjú, felsővezető) Az interjúalanyok közül többen (5 interjúalany) úgy érzik, hogy szükség van valamilyen kontrollra a szervezetben, és ezt a szerepet töltik be az auditok. A vezetők között viszont van olyan, aki bár elismeri az auditnak ezt a szerepét, kételkedik abban, hogy feltétlenül erre az eszközre van szüksége a kórháznak, szerinte nagyon sok minden a vezetőkön múlik. Egy másik vezető viszont – bár ez utóbbival egyetért – úgy érzi, hogy az auditok szerepe a „személytelen vezető”.

„Igazából azt kell mondjam, hogy ilyen szempontból az egész auditnak a hatása leginkább ahhoz hasonlítható, hogy egy ilyen... minthogyha lenne plusz még egy ilyen személytelen vezető, aki mindig számon kér, csak hát nincsen mögötte ember.” (interjú, osztályvezető)

20. ábra: Dokumentáció-ellenőrzés versus folyamatellenőrzés a kórházi interjúalanyok körében



Forrás: saját szerkesztés

Dokumentáció-ellenőrzés

A kórház dolgozói körében a domináns szerepértelmezés (12 interjúalany): az audit dokumentáció-ellenőrzés, azaz a dokumentáltságot és a dokumentumokat ellenőrzi. (Id. 20. ábrát) Többen ezt az adminisztratív jellegét az auditnak kiemelték azzal, hogy a szakmai munkát viszont nem ellenőrzi. Ezen a véleményen voltak interjúalanyaim közül a betegellátó osztályok osztályvezető főorvosai és osztályos orvosai egy kivételével, aki a minőségügyi munkában régebb óta aktív szerepet vállal. (7 interjúalany) Az osztályon dolgozó orvosok többsége szóvá tette, hogy az audit főként a pecsétek és az aláírások meglétét nézi a dokumentumokon. (5 interjúalany) Az audit dokumentáció-ellenőrzés jellegét mindhárom megkérdezett, betegellátó osztályt vezető főorvos negatívan ítélte meg.

Az interjúalanyaim közül a vezető beosztású ápolók (4 interjúalany) mindegyike a dokumentáció ellenőrzését emelte ki az auditok kapcsán, azonban ezt egy kivételével nem negatívként értelmezték. Az egyik ápoló az adminisztrációs terhet mint negatív hatást említette, bár ő is úgy fogalmazott, hogy az adminisztrációra szükség van. A másik három viszont úgy gondolja, hogy náluk nem szokott probléma lenni az auditok kapcsán, és az adminisztrációs fegyelmre maguk is nagyon odafigyelnek.¹⁴⁵

A felsővezetők között van két interjúalanyom, aki az auditnak tulajdonít dokumentáció-ellenőrzés szerepet is, azonban ezt egyikük sem tekinti az auditok elsődleges vagy kizárólagos szerepének.

Folyamatellenőrzés

Az auditoknak a folyamatellenőrzés szerepét jóval kevesebb kórházi szereplő (7 interjúalany) említette meg. (Id. 20. ábra) Elsősorban a kórház minőségügyesei és a támogató (diagnosztikai, gazdasági, műszaki) területek osztályvezetői válaszoltak úgy, hogy a folyamatok szabályozásában és ennek ellenőrzésében van a tanúsításnak illetve az auditoknak szerepe. Ugyanakkor a gazdasági és műszaki

¹⁴⁵ Itt meg kell jegyezni, hogy a kutatásom egyik korlátja, hogy csak kevés nem vezető beosztású ápolóval készítettem, osztályos adminisztrátorral pedig egyáltalán nem készítettem interjút. Emiatt elképzelhető, hogy ezért nem hangsúlyosabb az audit negatív szerepértelmezése a dokumentáció ellenőrzésében.

terület osztályvezetői is hangsúlyozták a dokumentáltság szerepét az ellenőrzéskor. Az interjúalanyaim közül a diagnosztikai osztályvezető úgy fogalmazott, hogy az audit a folyamatokat ellenőrzi és nem a szakmai tevékenységet.

8.7.1.3. Szabályozás

A kórház különböző területein és a hierarchia különböző szintjein dolgozók közül többen (9 interjúalany) is megfogalmazták, hogy az auditok azt ellenőrzik, hogy a szabályozások szerint végzik-e a munkájukat, azaz a tanúsításnak a szabályozásban van szerepe. A minőségügyi vezető szerint a tanúsítás hatására kiépített rendszer teszi lehetővé, hogy tudják mit és mikor kell elvégezniük, és ezt egymástól is elvárhatják (h14):

„[...] a dolgozóknak megkönnyíti a dolgát azzal, hogy ad egy iránymutatást, azzal már nem kell foglalkozni. Tehát amit mi megadtunk szabályt, hogy ennek a nyomán kell haladni, annnyival kevesebb az ő feladatuk.” (interjú, minőségügyi vezető)

A minőségügyesek közül többen megemlítették, hogy az auditnak „az a szemlélete, hogy valójában azért kell rögzíteni az életszerű működést, hogy attól ne térjünk el” (interjú, minőségügyes), azaz azt írják le, ahogyan működik a kórház, és utána pedig eszerint működjenek. Ennek a hátulütőjét az egyik osztályvezető főorvos úgy fogalmazta meg, hogy ezáltal nincs ösztönzés a fejlődésre, a folyamatok javítására. Egy másik osztályvezető főorvos elhatárolta magát a szabályalkotóktól, amikor arra válaszol, hogy mi a tanúsításnak, az auditoknak a szerepe a kórház működésében: „Feltételezem, hogy leellenőrizték, hogy az általuk leírt szabályoknak megfelelünk-e.” (interjú, osztályvezető főorvos) Az egyik osztályos orvos pedig így fogalmazta meg a szabályozás szerepét:

„Mondták, hogy akkor bevezetik az ISO-t, ennek következtében össze kellett írunk egy csomó marhaságot, másrészt pedig ugye közölték, hogy bizonyos feltételeket, amit részben magunknak támasztunk, részben meg kötelezően támasztanak, annak meg kell felelni.” (interjú, orvos)

Az egyik gazdasági, műszaki terület osztályvezetője – bár úgy gondolta, hogy a tanúsítás nélkül is ugyanúgy működne – a szabályozást mégis hasznosnak találta:

„Hát a kórház célja az ISO minősítéssel szerintem ugyanaz, mint gyakorlatilag az ISO rendszer üzemeltetésének a célja. Az, hogy a folyamatok egyértelműen le legyenek szabályozva, egyértelműen megtalálható legyen a felhasználó és az ellenőrző részére is. Tehát a folyamatok nyomon követhetőek és számon kérhetőek legyenek. Egyértelműen, objektíven le legyen deklarálva az, hogy bizonyos dolgoknak hogy kell történniük, és ezeket úgy lehessen ellenőrizni, számon kérni és betartani természetesen.” (interjú, osztályvezető)

Két osztályvezető főorvos bár a szabályozást fontosnak tartotta, a tanúsítás hatására bevezetett rendszert mégsem ítélik meg pozitívan. Egyikük szerint túladminisztráláshoz vezetett, a másik szerint pedig bár az lett volna a célja, de nem lett szabályozottabb a működés. Az egyik minőségügyes szerint a szabályozásra szükség van a kórházban, mert a jogszabályok szerinti működés nem elegendő, mégis úgy látja, hogy nem elég eredményes a szabályozás, és a tanúsítást egy szükséges rossznak tartja. Az előzőekből is látszik, hogy a tanúsítás szabályozás szerepét a kórház dolgozói különbözőképpen ítélik meg.

8.7.1.4. Rendszer

A tanúsításnak, az auditoknak a „rendszer” kialakításában is szerepe van többek szerint. Interjúalanyaim nem használták a minőségirányítási rendszer kifejezést, kivéve a minőségügyi vezetőt, ugyanakkor a „rendszert” jelző nélkül használták. (5 interjúalany) *„Tehát mindenünk volt, de semmink nem volt rendszerbe téve, mint ahogy egy auditálással van.”* (interjú, felsővezető) Ez a rendszer egy keretet ad, amelynek összefogó ereje van és áttekinthetőbbé teszi a kórház működését. Van olyan osztályvezető főorvos a kórházban, aki úgy látja, hogy e nélkül a rendszer nélkül is el tudna egy kórház működni, de hozzáteszi, *„hogya fölülről nézem egy menedzserként, vagy külső ellenőrként, akkor egyszerűbb ez által egy intézményt átvilágítanom”.* (interjú, osztályvezető főorvos) Valóban az egyik felsővezető meg is állapítja, hogy mivel rendszerben van az egész, így áttekinthetőbb a kórház működése, bár véleménye szerint ez nem csak a menedzsmentnek jó, hanem a dolgozóknak is (pl. az új belépőknek, akiknek már ez lesz a természetes közeg). A kialakított rendszernek erre a szokást átörökítő szerepére más is utal, kihangsúlyozva, hogy a fluktuáció miatt ennek még nagyobb szerepe van.

8.7.1.5. Rend és fegyelem

Az interjúalanyaim közül sokan (9 interjúalany) egyetértettek abban, hogy a tanúsításnak és a kapcsolódó auditoknak szerepük van a rend és a fegyelem megteremtésében a kórházban.

„Én azt gondolom, hogy így utólag visszatekintve, tényleg rendet teremt a rendszerben.” (interjú, felsővezető)

„Gatyába rázta magát a házat, és azóta pedig arra jó, hogy a gatyá ne essen le.” (interjú, minőségügyi)

Az egyik osztályvezető a „tavaszi nagytakarítás” metaforájával írta le azt a részéről pozitívan értelmezett folyamatot, amit az audit vált ki a szervezetből. Az auditoknak a ciklikus hatása a dolgozókat az igazodásra, a fegyelemre készíti.

A menedzsment nagy többsége egyetértett abban, hogy a tanúsításnak és a kapcsolódó auditoknak rendteremtő hatása van. Szintén ezen a véleményen voltak a kórház minőségügyi rendszerének működtetésében régóta résztvevő interjúalanyaim. Viszont a betegellátó osztályok osztályvezető főorvosai és osztályos orvosai (6 interjúalany) nincsenek közöttük. Pedig az interjúk és az osztályon dolgozók elmondásai alapján közöttük is van olyan osztályvezető, aki a rendet és precizitást fontosnak tartja, mégsem gondolták úgy, hogy az auditoknak erre hatása lenne.

8.7.1.6. A kórház és a dolgozók védelme

A kórház minőségügyi rendszerében szerepet vállaló vezetők (3 interjúalany) rámutattak a tanúsításnak arra a szerepére is, amit a kórház és a dolgozók védelmében játszik. Azaz, hogy a hatására kialakított szabályozott és ellenőrzött működés és a tanúsítással legitimált irányítási rendszer védelmet nyújthat a kórház és a dolgozók számára. Az egyik felfogás szerint a kialakított rendszer alkalmas lehet a kórházzal szembeni panaszok és perek megelőzésére, például azáltal, hogy egy jogszabályi megfelelést biztosít. Az orvosok (2 felsővezető és 2 középsővezető) körében is van egy olyan vélekedés, hogy védelmet nyújthat a támadásokkal, perekkel szemben. A rendszer hatásossága azonban ezen a területen nem egyértelmű ezen interjúalanyok szerint.

A kialakított rendszer a dolgozóknak is védelmet nyújt azáltal, hogy az előírásoknak megfelelően elvégzett tevékenységet dokumentációval lehet bizonyítani. (h14, 3 interjúalany) Ezzel több ápoló

interjúalanyom is egyetértett. A gazdasági, műszaki terület egyik osztályvezetője szerint: „[...] az egész úgy néz ki, mint hogyha én fedezni próbálnám saját magamat bizonyos papírokkal.” (interjú, osztályvezető)

8.7.1.7. A hibák feltárása, javítása, megelőzése

Hat interjúalanyom kiemelten utalt arra, hogy az auditok egyik szerepe a kórházban a hibák feltárása és javítása. Az első auditokat követő vezetői értekezletek jegyzőkönyveiből is az derül ki, hogy „A [...] próba audit igen sok hibát tárt fel és ezzel újabb energiákat szabadított fel ezek kijavítására. [...] Rendkívül tanulságos vizsgálat volt, összpontosította legfontosabb javító, helyesbítő tevékenységek irányát.” (JK16) „A legfontosabb megelőző tevékenységnek az auditálásra kerülő, integrált minőségirányítási rendszerünket, ill. annak hatékony működését tartom.” (JK11) (A jegyzőkönyvet készítőként a korábbi minőségügyi vezető írta alá.) A jelenlegi minőségügyi vezető szerint:

„És a felülvizsgálat, meg arra szolgál, hogy ha eltérünk, vagy a végeredmény nem azonos, vagy nem azt értük el, akkor azonnal avatkozzunk közbe, nézzük meg, hogy miért nem jutottunk el oda, ahova szerettünk volna, és javítsuk ki a hibákat.” (interjú, minőségügyi vezető)

Az egyik belső auditor szerint a tanúsítás és a hatására kialakított rendszer alkalmas arra, hogy ébren tartsa a figyelmet, a visszasságot, hibát feltárja, és ezután azt ki lehessen javítani, „[...] egyszerűen be kell látni, hogy ez egy hasznos dolog, mert így lehet szárazon tartani a puskaport.” (interjú, belső auditor) Az egyik felsővezető úgy fogalmaz, hogy „... ez a legjobb kísérlet, aminek két napon belül lelete van. Tehát zárójelentést kapunk róla, hát persze, hogy az ember ott van.” (interjú, felsővezető) Azonban ehhez hozzáteszi, hogy bár az elvvel nincs gond, a gyakorlatban nem biztos, hogy teljesíti a külső audit a hibafeltáró szerepét.

8.7.1.8. Fejlesztés

A tanúsításnak és a kapcsolódó auditoknak a fejlesztő szerepéről három olyan orvos számolt be az interjúk során, akik a rendszer (ki)alakításában a kezdetektől részt vettek, közülük kettő a menedzsmentnek is tagja:

„Tehát van egyfajta jobbitó szándék. Eleve az a célja, tehát én úgy gondolom, hogy az auditnak ez kell, hogy legyen a deklarált küldetése is és a gyakorlati küldetése is, biztos. Különben nem lenne a jobb, a javító vagy a minőség ellenőrző és javító szándék és eredmény, nem is lehetne beszélni róla.” (interjú, egyik felsővezető)

„[...] az egésznek az a lényege, hogy ne álljunk le, hanem az, amit elfogadtattunk, azt inkább továbbfejlesszük” (interjú, másik felsővezető)

A harmadik interjúalany szerint: „Tehát igen, az audit azért jó, mert az embernek meg kell tudnia írnia mindazt, hogy hogyan optimális az egész kórház működése. Minél inkább tudunk ehhez közelíteni, annál inkább teljesítjük [...]” (interjú, minőségügyes) Ebből a részletből és az interjú többi részéből arra a következtetésre jutottam, hogy ez az interjúalanyom – a korábbiakban leírtaktól eltérően –, azt gondolta, hogy nem azt kell a szabályozásokban leírni, ahogyan éppen a kórház működik, hanem az eredményez fejlesztést, ha annál többet, az optimálisat írják le. Ez egyébként összecseng az egyik osztályvezető főorvos véleményével, aki szerint az nem ösztönöz fejlesztésre, ha azt írják le, ahogyan működik a

kórház. A többi interjúalanyom közül csak egy dolgozó – aki pár éve dolgozik a kórházban – említette, hogy az auditnak szerepe lenne a fejlesztésben.

8.7.1.9. A „diploma”

A kórházon belül vannak olyan vezetők (4 interjúalany), akik a tanúsítás elsődleges szerepét abban látják, hogy a külvilág felé igazolni tudják, hogy nekik ez is megvan.

„Tehát egyszerűen egy olyan kényszer, hogy mint amikor valakinek kell egy diploma ahhoz, hogy valamilyen pozíciót betöltsön.” (interjú, minőségügyes)

A kezdeti időszakban például az a hír járta, hogy kelleni fog az OEP szerződéshez vagy az ÁNTSZ engedélyhez, később feltételként szerepelt a pályázatoknál. Több vezető szerint a kórház külső megítélése, presztízse miatt is jó, hogy van tanúsítvány. *„És egyfajta igényességet jelez az, hogy ilyen is van, ezt is megszerezte az intézmény.” (interjú, felsővezető)*

8.7.1.10. „Lyuk a rendszerben” – amire nem vonatkozik a tanúsítás

Az interjúalanyaim körében több olyan kórházi szereplő is van, akiben hiányérzet alakult ki az auditokkal kapcsolatban (6 interjúalany), amely vagy a saját területükhöz vagy a tanúsítással kapcsolatos korábbi be nem teljesült elvárásaikhoz kapcsolódik. Ők mindannyian orvos végzettségűek. Szerintük az auditok során nem támasztanak elvárásokat és nem nézik azt, hogy például milyenek a kórházi higiénés állapotok, a műtők, a kifelé történő kommunikáció. Az elvárások be nem teljesülésével kapcsolatos érzéseket, a csalódást jól tükrözi például a következő idézet:

„[...] nem tudom, de ami nagyon fáj, és azt hiszem, tehát ami azt hiszem, hogy nem helyes: hogy a műtőt sose ellenőrizték.” (interjú, osztályvezető főorvos)¹⁴⁶

Egy másik interjúalanyom, akkor látná értelmét az auditoknak és a rendszernek, ha az a kórházi működés racionalizálásához, egyszerűsítéséhez vezetne, viszont szerintem ennek az elvárásnak egyáltalán nem felelt meg. Egyesekben frusztráltságot okozott, hogy bár nevében minőségellenőrzésről van szó, szerintük a színvonal megítéléséhez semmi köze az auditoknak.

Szintén a rendszerben lévő lyukként értelmezhető, hogy az auditok nem nézik a szakmai szempontokat. (8 interjúalany) Ezt sokszor inkább csak tényként állapították meg, és nem is várták el ettől a típusú ellenőrzéstől. Közöttük szerepel az összes olyan orvos (osztályvezető és osztályos orvos), aki nem tagja a menedzsmentnek és nem vesz részt aktívan a minőségirányítási rendszer működtetésében. Ebből is látszik, hogy az interjúalanyaim között elsősorban az orvosok számára fontosak a szakmai szempontok. Viszont érdekes az, hogy a gazdasági és a műszaki területekről is megjegyezte egy-egy osztályvezető, hogy az ő szakmai területüket nem vizsgálta az audit, de ezt egyébként ők sem várták el tőle.

8.7.2. Szervezetten belüli mintázatok

A kórházon belül az egyes szerepértelmezések megjelenésében különböző mintázatokat fedeztem fel az elemzés során. Az alábbiakban bemutatom ezeket a közös értelmezéseket, amelyek egy-egy jól definiálható körre jellemzőek: a minőségügyi rendszer alakításában kezdetektől résztvevő „értők”

¹⁴⁶ Ugyanakkor az interjúk alapján van olyan osztály, ahol jártak az auditorok a műtőblokkban.

csoportja és az „elégedetlenek” csoportja. Rajtuk kívül bemutatam még a tanúsítás hatását meghatározó szerepük miatt a menedzsment és a minőségügyi vezető értelmezéseit is.

A menedzsment valamennyi tagjánál megjelent a tanúsítás és a kapcsolódó auditok rendteremtő hatása, bár különböző mértékben. A rendteremtésen túl két-két felsővezető interjúalanyom egyetértett azzal, hogy fegyelmező ereje lehet, illetve eredményeképpen jobban átlátható a rendszer, szabályozottabb és szervezettebb működést tesz lehetővé. A felsővezetők közül ketten fontosnak tartják a tanúsítás és az auditok fejlesztésben játszott szerepét, azonban a másik két felsővezető szerint az auditnak inkább dokumentáció-ellenőrzés szerepe van.

A kórház minőségügyi vezetője szerint a tanúsítás és a kapcsolódó auditok szerepe a kórház működésében, hogy iránymutatást adjon a megadott szabályok révén a dolgozóknak. Ez teszi lehetővé, hogy tudják mikor és mit kell tenniük, és ezt a többiektől is elvárhatják. A dolgozók számára védelmet nyújt a támadásokkal szemben, ha az előírásoknak megfelelően végzik munkájukat, és ezt dokumentumokkal tudják igazolni. (interjú, h14) A minőségügyi vezető fontosnak tartja az elvárásoknak és a jogszabályoknak való megfelelést, és a minőségügyi rendszer szerinte segíthet abban, hogy a panaszok és a perek száma csökkenjen. Hangsúlyozta azt is, hogy az auditorok a kórházon kívülről jönnek, ez szerinte egyfelől fegyelmező erővel bír a kórházi dolgozók körében, erősíti a szabályok betartásának fontosságát, másfelől egy külső szem meglát olyanokat is, amit a benne élők, a rutinszerűen dolgozók nem vesznek észre. Az auditok segítenek feltárni az esetleges eltéréseket, hibákat, amelyeket ezután javítani lehet.

A szerepértelmezéseket elemezve fény derült arra, hogy a minőségügyi rendszer alakításában kezdetektől résztvevő interjúalanyaim (7 interjúalany) több értelmezésben is egyetértenek. Mivel interjúalanyaim közül ezek a kórházi szereplők azok, akik látták az elejétől és aktívan részt is vettek a kórház minőségügyi rendszerének kialakításában, azt lehet mondani, hogy ők az ÉRTŐK csoportja.¹⁴⁷ Ugyanis nekik van összehasonlítási alapjuk a tanúsítás előtti időszakkal és rálátásuk a minőségügyi rendszer működésére. Szerintük a tanúsítás hozzájárult a rend és a fegyelem megteremtéséhez a kórházban. Közöttük van az a három minőségügyes interjúalany, aki szerint a tanúsításnak a kórház védelmében, azaz a perek és feljelentések megelőzésében van szerepe, illetve az a három is, akik szerint a fejlesztés is szerepe. Ahogyan korábban említettem a kórházban az egyik domináns szerepértelmezés a dokumentáció-ellenőrzés, azonban ezen interjúalanyaim közül senki sem gondolja úgy, hogy az auditoknak ilyen szerepe lenne. Az itt felsorolt közös jellemzők más interjúalanyaimra nem érvényesek.

A kórházi interjúalanyaim közül még egy homogén csoport emelkedik ki, ők pedig az a hat betegellátó osztályon dolgozó orvos, akik a minőségügyi munkában aktívan nem vesznek részt. Ezt a csoportot leginkább az ELÉGEDETLENEK szóval lehetne jellemezni, ugyanis nincs közöttük olyan, aki szerint a tanúsítás hozzájárult volna a rend és fegyelem megteremtéséhez, a hibák javításához, ugyanakkor mindegyikük szerint a tanúsítás az dokumentáció-ellenőrzés. Közülük azok, akik az elejétől láthatták a rendszer bevezetését, úgy gondolják, hogy vannak hiányosságok (ld. „lyuk a rendszerben”). További

¹⁴⁷ Az ÉRTŐK hét fős csoportjából az egyik minőségügyes interjúalanyom lóg csak ki abból a szempontból, hogy bár egyetért a többiekkel, de ugyanakkor egy kicsit kritikusabb is a minőségügyi rendszerrel kapcsolatban (pl. szerinte van „lyuk a rendszerben” és a tanúsítvány valójában egy „diploma”). Rajta kívül a többieket az elkötelezett értőknak lehetne hívni.

közös jellemzőjük, hogy mindannyian említették, hogy az auditok nem érintik a szakmai tevékenységüket, amelyet ugyanakkor nem is vártak el tőle.

8.7.3. Az auditorok és a kórházi dolgozók értelmezésének összevetése

A kórház auditorai első körben abban látják a tanúsítás és az auditok szerepét, hogy rendet terem, átláthatóbbá és szabályozottabbá teszi a rendszert. Az egyikük szerint ez a rendezés a tanúsításra felkészítéskor történik meg, azaz kezdetben jelent változást és csak a jól működő rendszerek esetében igaz. A kórházi interjúalanyok között is többen tulajdonítanak ilyen szerepet a tanúsításnak, így például a kórház felsővezetői – különösen azok, akik már bevezetéskor is a menedzsment tagjai voltak – egyetértenek ezzel.

Szerepe van a tanúsításnak abban is, hogy „*el tudjuk várni a dolgozóktól, hogy az előírtak szerint tegyék a dolgukat*”. (interjú, auditor) Mindkét auditor szerint a rendszer segítséget nyújt a vezetők számára, például azáltal, hogy a felelősségek meghatározását, a számon kérhetőséget előmozdítja. Egyikük az ápolás szakmában úgy látja, hogy ezt a dokumentáltság is elősegíti. Ugyanakkor a másik auditor a dolgozók oldaláról is megfogalmazta ennek az előnyét, azaz hogy a megfelelő munkavégzés dokumentálása védelmet nyújt számukra. Ezeket az előnyöket a kórház minőségügyi vezetője is látja.

Az auditoknak a hibafeltárás és -javítás szerepét a két auditor eltérően értékeli: Amíg az egyik fontosnak tartja az eltérések javítása érdekében a javaslatok (ajánlások) megfogalmazását. Addig a másik auditor elsősorban nem a hibafeltárásban, és -javításban látja a külső audit célját, hanem abban, hogy „*egy jól működő minőségirányítási rendszer legyen*” (interjú, auditor), és ezért például egy külső auditon kiemelt feladat szerinte a belső auditok működésének értékelése.

Mindkét auditor szerint a tanúsítás a folyamatok rendezésében, ellenőrzésében játszik szerepet: „*alapvetően az ISO olyan folyamatokat felügyel, ami reprodukálható, ellenőrizhető és mérhető*” (interjú, auditor). Fontosnak tartják a tevékenységek, folyamatok fejlesztését. Ebben egyikük úgy gondolja, hogy közvetlenül vállal szerepet a külső auditori javaslatokkal. Másikuk pedig úgy értelmezi, hogy a minőségirányítási rendszer vizsgálatán, fejlesztésén keresztül hat erre, hiszen valójában a rendszernek a PDCA ciklus megvalósításával a feladata, hogy a kórházon belüli döntéshozók folyamatosan foglalkozzanak a problémák, javítandó folyamatok feltárásával és erre megoldást keressenek. Az auditorok a kórházvezetők fejlesztő hozzáállását is pozitívan értékelik az auditori jelentésekben (Jelentes7a, Jelentes7b). A három kórházi interjúalanyom – aki kiemelte a tanúsításnak és az auditoknak a fejlesztésben játszott szerepét – azonban nem csak a tanúsítás hatására generálódó folyamatként írták le a fejlesztést, hanem más tényezők által is befolyásolt, a tanúsítások hatásával inkább összefonódó jelenségként értelmezték.

8.7.4. A szakértők és a kórházi dolgozók értelmezésének összevetése

A szakértői interjúk alapján az ISO és a KES/MEES rendszereknek is az egyik nyilvánvaló szerepe a szabályozás, amely a szakértők szerint csak ott működik ténylegesen, ahol valóban elkötelezettek voltak a rendszer kiépítése és működtetése iránt. Kórházunkban a tanúsítás szabályozásban játszott szerepét viszonylag sokan látják. A szakértők szerint a másik egyértelműen megjelenő lehetőség a minőségfejlesztés, azonban esetünkben ez csak néhány kórházi szereplő szerint célja és feladata a tanúsítás hatására kiépített rendszernek. Ez azonban nincs ellentmondásban a szakértők véleményével, ugyanis közülük is többen úgy gondolják, hogy a gyakorlatban valójában a tanúsításnak nincs ilyen szerepe a kórházakban. A szakértők a gyakorlati tapasztalatokkal kapcsolatban megemlézték a

tanúsítás rendteremtő hatását, illetve az ISO esetében a nagy dokumentációs terhet. Ezek a hatások ebben a kórházi esetben is viszonylag sok interjúalany szerint jelentkeztek.

A szakértők közül többen említették, hogy az ISO valójában keretet, vázat ad, amelyet az egészségügy-specifikus tartalommal a standardrendszerek segítségével lehet feltölteni. Ebben a viszonylatban a KES/MEES rendszerek pozitívan jelennek meg. Ugyanakkor az esetünk nem támasztja alá ezt a szimbiózist, ugyanis ebben a kórházban bár a szabályozási rendszerre hatással volt a KES bevezetése, de a gyakorlatban ezt a kórházi szereplők nem érzékelték, a meghatározó a már korábban bevezetett ISO rendszere volt.

A szakértők által említett szerepek a vezetői döntéstámogatásban, betegbiztonság fejlesztésében, költségmegtakarításban nem igazán jelentek meg a vizsgált kórházban. Ugyanakkor megjelenik az egyik szakértő által említett védelmi szerep.

A kórházi interjúalanyaim a tanúsításnak és az auditoknak többféle szerepét fogalmazták meg, amelyek részben átfedtek a kórház auditorai és a szakértők által megfogalmazott szerepekkel. Ugyanakkor feltehetnénk a kérdést, hogy kinek van igaza a kórházon belül, a tanúsítás és az auditok valójában mely szerepeket töltik be a sok közül. A válaszom erre a kérdésre, hogy a saját szemszögéből nézve minden kórházi szereplőnek igaza van. Az, hogy ki milyen szerepét látja a tanúsításnak függ a saját helyzetétől a szervezetben és a minőségügyi rendszerben (ld. 8.2.3. alpontot a kórházi szerepekről) és attól is, hogy egyéni szinten milyen befolyásoló tényezők hatottak rá. Ez utóbbiakról a következő alfejezetben írok, amely némi magyarázatot adhat a különböző értelmezésekre.

Összességében tehát azt gondolom, hogy a kórházak által tapasztalt szerepek mind jellemzőek az esetre, és ezt legjobban a „hagyma” metaforával tudom érzékeltetni: A hagyma ebben az esetben a tanúsítás és az auditok szerepe a kórház életében. A hagyma levelei az egyes szerepértelmezések. Attól függően, hogy ki hol helyezkedik el a szervezetben, egyesek csak a külső értelmezési lehetőségeket (hagymaleveleket) láthatják (pl. dokumentáció-ellenőrzés), míg azok, akik a tanúsítást közelebbről szemlélnek a mélyebb szerepértelmezéseket is ismerik (pl. védelmi szerep).

8.8. Befolyásoló tényezők

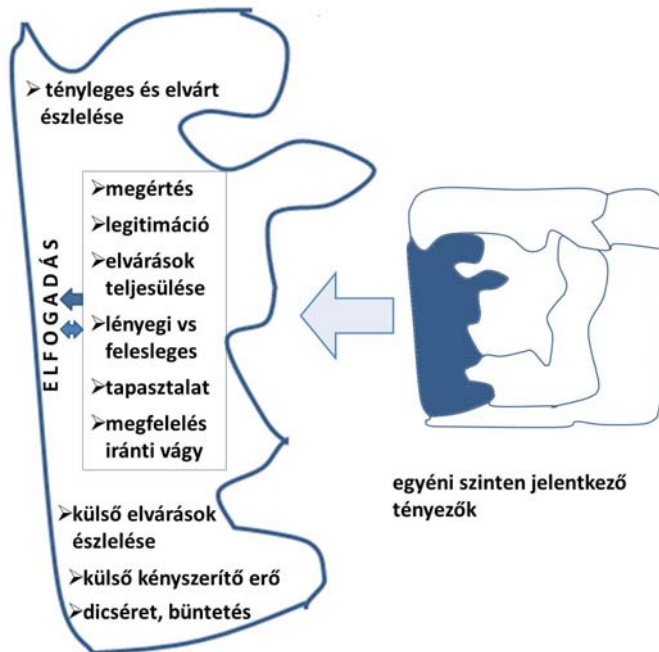
A 8. fejezet egyes alfejezeteinél már számos olyan tényezőt azonosítottam, amely a tanúsításnak és a kapcsolódó auditoknak a szervezetben tovagyrűző hatását (hatásmechanizmusát) és így a szervezeti változásokat befolyásolják. A következő alpontban a korábban még nem elemzett egyéni szinten jelentkező tényezőcsoportot elemzem, amely jelentősen befolyásolhatja nem csak az egyének reakcióit, hanem az előző alfejezetben ismertetett tanúsítás szerepértelmezéseket is. Majd az esettanulmány beágyazott eseteit felhasználva illusztrálom a befolyásoló tényezők hatását.

8.8.1. Egyéni szinten jelentkező befolyásoló tényezők

A külső értékelés (tanúsítás, auditok) hatására a kórházi szereplők eltérő módon és intenzitással reagálnak és különbözőképpen érzékelik, értelmezik a kórházon belüli szerepét. Azt, hogy az egyes szereplők mennyire járulnak hozzá a külső elvárásoknak való megfeleléshez számos tényező befolyásolhatja. (21. ábra) Egy részük elfogadja a tanúsítás vagy auditok általuk észlelt, kórházon belüli szerepét, amely elősegíti az elvárásoknak való megfelelést. Ugyanakkor vannak kritikusok is, akik

bírálják a tanúsítás vagy auditok bizonyos jellemzőit, elemeit, mégis úgy gondolják, hogy más okok miatt a tanúsításnak, auditoknak meg kell felelni. Ez utóbbi esetben azonban elképzelhető, hogy a megfelelés csak formális, látszati.

21. ábra: Az egyéni szinten jelentkező befolyásoló tényezők



Forrás: saját szerkesztés

A kórházi szereplők reakcióját természetesen befolyásolja, hogyan észlelik a tényleges és az elvárt magatartás, gyakorlat közötti különbséget. A korábbi fejezetekben említettem, hogy több kórházi szereplő szerint valójában a rendszer kiépítésekor azt írták le a szabályozásokba (pl. folyamatleírásokba), ahogyan egyébként is végezni szokták a munkát. „*És hogyha jól volt leírva, akkor mindenki azzal szembesült, hogy jó, hát ebben nincsen semmi újdonság, hiszen így szoktuk csinálni.*” (interjú, minőségügyes) Ebben az esetben a tényleges és az elvárt között nem észlel eltérést a kórházi szereplő. Az egyik felsővezető az auditorok elvárásait úgy észlelte, hogy a szabályozásokban kell annak lennie, ahogyan ők végzik, gondolják, és nem fordítva.

Az elvárt és tényleges magatartás közötti különbség azonban nem csak a szabályozásokkal kapcsolatban érdekes, hanem a kórházi szereplők az audit során az auditori elvárásokat illetve az audit után az ajánlások visszacsatolását is észlelik. A kórháziak reakcióiból (pl. ajánlások megvalósítása) látszik, hogy ezek az észlelések fontos befolyásoló tényezők.

Az elfogadást és így a megfelelést erősítheti a megértés, azaz ha a kórházi szereplő úgy gondolja, hogy érti a tanúsítás, audit szerepét, célját. Ugyanakkor, ha valaki nem érti a célokat, nem látja az értelmét az értékelés hatására bevezetett intézkedéseknek, akkor ez akadályozza az elfogadást és így a megfelelést. Itt fontos megjegyezni, hogy a különböző szereplők különböző értelmet adhatnak a külső értékelés szerepének, azonban az elfogadást és így az elvárásoknak való megfelelést ez a saját megértés is erősíti.

A megértés jelentőségét a minőségügyi vezető is hangsúlyozza. Szerinte a kezdetekben még senki nem értette hogyan működik a rendszer és a felkészüléskor, illetve a próbaauditok alkalmával azt próbálták az

auditorok és a belső felkészítők megértetni a dolgozókkal, hogy miért van rá szükség. Az egyik felsővezető szerint, az értette meg, hogy ez miért fontos, aki jelen volt a rendszer bevezetésénél. A megértés jelentőségét a következő példával illusztrálta egy másik felsővezető:

„[...] mi rájöttünk, hogy ugye cipőt kell hordani, hogy ne törje a lábunkat a kavics, és erre rá kell vezetni a dolgozókat, hogy cipőt húzzon, hogy ne törje a lábát a kavics, de rájött, hogy ez marha jó, hogy nem töri a lábát a kavics.” (interjú, felsővezető)

Az auditor szerint a felkészítés alatt, de akár még az auditok során is van arra lehetőség, hogy rávezessék a kórházi dolgozókat a minőségirányítási rendszer, az auditok értelmére (pl. hogy miért kell a mérőberendezéseket ellenőrizni).¹⁴⁸ Az audit során az ajánlások konstruktív megbeszélésével is rá lehet vezetni a dolgozókat arra, hogy miért hasznos az számukra. Az auditor magyarázatát (pl. dolgozók védelme) egy konkrét ajánlással kapcsolatban az egyik kórházi interjúalanyom a megfigyelt audit után valóban vissza is jelezte, hogy ez az értelme. Az auditok során feltett kérdések több felsővezető és a minőségügyi vezető szerint is rávezethetik a dolgozókat arra, hogy megértsenek valamit.¹⁴⁹

Két belső auditor szerint is a dolgozók nem mindig értik, hogy miért van a tanúsításra, vagy egyes szabálmódosításokra szükség.

„Tehát ugye, aki egy idősebb nővér, akkor az megtanult ápolni és annál többet nem, és őneki ez már egy teher, hogy ő átlássa, hogy értse. Mert ezt érteni is kell szerintem.” (interjú, belső auditor)

A későbbi módosításoknál, az ajánlásokhoz kapcsolódó intézkedéseknél is fontos szerepe van annak, hogy a dolgozók megértik-e, hogy miért van egy módosításra vagy egy plusz adminisztrációra szükség. Egy vezető ápoló beszámolója rávilágít a probléma lényegére:

„Nem, nem, nem tudjuk igazán hova tenni és akkor úgy érzi az ember, hogy egy plusz, fölösleges újabb papír, újabb plusz munkát ráronni akár a nővére, akár az orvosra, akár bárkire, ezt megint egy butaságnak tartom.” [...] „Tehát a legrosszabb az egészben az, hogy nem látjuk igazán az értelmét, hogy ezt miért kell. Tehát hogy ennek mi a lényege, hogy miért kötelező ezt megcsinálni. Hát, ha kötelező, meg kell, megpróbáljuk követni és megpróbáljuk, beleteszük. De ez nem jelenti azt, hogy a következő auditnál ez már tökéletesen fog működni.” [...] természetesen elmondjuk, meg leírjuk, a nővéreknek próbáljuk elmondani, hogy ezt most akkor innentől kezdve így. De hát ez is ugye nehéz, mert ha nem értjük, tehát úgy a legrosszabb elmondani egy ilyet, hogy ha mi magunk sem értjük, akkor hogy tudom elmondani valakinek, hogy ezt azért kell, és azért kell így [...]” (interjú, vezető ápoló)

Azaz, ha nem értik, nem látják az értelmét, akkor felesleges tehernek érzik, és akkor továbbadni sem tudják úgy a többi dolgozónak. Még ha valaki nagyrészt (pl. belső auditor) látja az értelmét a rendszernek, akkor is zavarja az a része a dokumentációnak, amit nem ért, hogy miért szükséges (például miért kell ápolási diagnózist felállítani, ha az orvos úgymint kikérdezi a beteget; vagy például miért kell egy csomó mindent kinyomtatni, ha az nem éppen papírtakarékos). A megértés elősegítését, a magyarázatadást egy minőségügyi munkatárs a saját kommunikációjában is gyakorolja:

¹⁴⁸ Az auditor elmesélt egy történetet is, amikor felkészítéskor sikerült meggyőznie egy doktornőt a rendszer értelméről, úgy hogy az ő javaslatára egy probléma megoldásával tapasztalatot szerzett a hatásosságáról.

¹⁴⁹ A minőségügyi vezető elmesélt egy példát, hogyan értették meg az osztályokon, hogy mire jó a gyógyszerlejáratos ellenőrző lap: az ellenőrzések alkalmával, ha lejárt gyógyszert találtak, kérdéseikkel rámutattak arra, hogy fontos az, hogy számon tudják kérni az osztályos vezetők, ha a gyógyszerellenőrzést valaki nem végezte el vagy nem megfelelően.

„[...] és akkor én, próbáltuk arra is vezetni, hogy hát figyelj, a receptedet se adják úgy ki, hogyha nem pecséteted le, [mosolyog] és nem írod alá. Szóval ez ugyanúgy gyógyszerrendelésről van szó. Ugyhogy, azóta írják.” (interjú, minőségügyi munkatárs)

Egy másik osztályról az egyik orvos kételkedik abban, hogy az ISO szabványok előírnák, hogy a lázlapra hova kell pecsételni és aláírni, és nem érti, hogy ezt miért találták ki, és ha eddig nem volt gond, akkor most miért szükséges. Egy ápoló pedig egyenesen úgy számolt be, hogy pozitívan fogadja az auditot, ha látja az értelmét, például azt hogy az auditorok javító szándékú javaslatokkal jönnek. Szerinte a dokumentáció szükségességét is meg lehet érteni:

„Az elején úgy érzi az ember, hogy teher, amikor a szabadnapjáról jön be. De utána elgondolkodik az ember, amikor vannak abszurd esetek, hogy igen, kell. Kell, mert hogyha nem dokumentálunk, nem ellenőrizzük, meg hogyha nem írjuk le, akkor bizony ott, ott annak nyoma van és minket is véd, és azért, azért kell.” (interjú, ápoló)

A külső értékelés és a hatására bevezetett intézkedések elfogadását segíti, ha a kórházi szereplők legitimnek tekintik azokat. Így például, ha azt látják, hogy a hierarchiában felettük lévő főigazgató, igazgató (pl. orvosigazgató, ápolási igazgató) fontosnak tartja a megfelelést a tanúsításnak, az auditorok elvárásainak, akkor könnyebben elfogadják a rendszert és a hatására bevezetett intézkedéseket. Ugyanakkor, ha ezt nem érzékelik, akkor valószínűleg könnyebben megkérdőjelezzik. Jó példa a legitimáció hiányára, amikor az egyik osztályon a minőségügyi munkatárs próbálta rávenni az orvosokat, hogy mindig legyen aláírás és pecsét a dokumentumokon, ahol azt „megszabja az ISO” (interjú, minőségügyi munkatárs). Az orvosok erre „*azt mondták, hogy nem jött ki igazgatói rendeletben. [...] De ezt így, és ők ezt így nem, nem, nem, merthogy ugye ők az orvosok, és őket az igazgató utasítja.*” (interjú, minőségügyi munkatárs). Végül a minőségügyi munkatárs úgy érzékelte, hogy meggyőzéssel (ld. az előző, megértés szakaszban az idézetet), illetve a minőségirányítási rendszer „erődemonstrációjával” (a minőségügyi vezető és az osztályvezető főnövér is a minőségügyi munkatárs mellé állt) sikerült elérni az orvosok igazodását a szabályhoz. Az ugyanezen az osztályon dolgozó orvos interjúalanyom azonban úgy fogalmazott az aláírásokkal és a pecséttel kapcsolatban, hogy az osztályvezető főorvos utasította őket, azaz a hierarchiában felette álló személy jóváhagyásával lett legitim.

A tanúsítás előtt a kórházi szereplőknek voltak bizonyos elvárásai az auditokkal, a bevezetendő rendszerrel szemben. A külső értékelés illetve a rendszer elfogadását az sem segíti elő, ha ők úgy érzik, hogy ezek a várakozásaik nem teljesültek. Erre jó példa az egyik osztályvezető főorvos beszámolója:

„Azt hiszem, hogy egy helyes dolog volt, akkor nagyon sokat reméltünk. Tehát én is, talán többet reméltünk attól, hogy ez a rendszer sok mindent fog, hát úgy rendezni, hogy tényleg mindenféle módon, jobban beszabályozza a világot. És amikor jött az ellenőrző, jött a vizsgálat, akkor kellett látnunk azt, hogy alapvetően ez nem erről szól, hanem arról, hogy most nekünk kell papírokat, hogy le lehessen pecsételni. Ez egy elég nagy csalódás volt így.” [...] „Tehát nem volt igazán nagy felszabadulás, nem volt igazán komoly, olyan élmény az egész, hogy most valamit tettünk a dolgok érdekében.” [...] „Tehát igazából én azt hiszem, hogy borzasztó, de nem történt semmi.” (interjú, osztályvezető főorvos)

Interjúalanyaim közül a három betegellátó osztályt vezető főorvos esete különböző, de az közös bennük, hogy mindhármuknak van egy olyan elvárása, amit a tanúsítás és a hatására bevezetett rendszer nem teljesít, és így inkább csak nyűgnek, tehernek érzik.

A kórházi szereplők különböznek abban is, hogy a tanúsítás hatására bevezetett rendszert és annak következményeit lényeginek vagy feleslegesnek érzik-e. Ez utóbbi esetben az egész csak egy

többletterheként csapódik le az érintettekben, nem érzékelik annak pozitív oldalát, így ők kevésbé fogadják el a rendszert és kevésbé motiváltak a megfelelésre. A betegellátó osztályt vezető főorvos interjúalanyaim feleslegesnek érzik ezt a rendszert, számukra a szakmai munka a lényeges, és szerintük ez azt nem érinti.

A minőségügyi vezető szerint is csak akkor változik a gyakorlat, ha jelentős problémáról van szó (pl. perek miatt esetleg anyagi vonzata lehet), mert ebben az esetben ők is jobban odafigyelnek és így változik a hozzáállás. Ugyanakkor, ha elenyésző problémáról van szó (pl. nem volt kifüggesztve a házirend), akkor kevésbé valószínű, hogy az audit hatására változik a gyakorlat. Tehát ebben az értelmezésben arról van szó, hogy a minőségügyi vezető lényegesnek ítéli-e meg a problémát, és ha igen, akkor „beindítja a rendszert”, amely újabb tényezők (pl. belső ellenőrzés) révén befolyásolja a kórházi szereplőket.

A kórházi szereplők reakciója azon is múlik, hogy az audit által bevezetett rendszer mennyire hoz számukra újat és ez az új számukra pozitív vagy negatív tapasztalat. A negatív következmények között legtöbbször a dokumentációs terhet említették. Ahol a plusz dokumentációs terhet kevésbé jelentkezik, ott ez nem vezet a változásokkal szembeni ellenálláshoz. Ezt viszont befolyásolja – a korábban jelzett megértés mellett – például az is, hogy kinek milyen tapasztalatai vannak.

Abban a szervezeti egységben, ahol korábban is jelen voltak már a tanúsítás hatására jelentkező elvárások, például a dokumentációs kötelezettség, ott ez nem jelent plusz terhet, ezt természetesnek tekinthetik. Ez adódhat például a szervezeti egység vezetőinek elvárásaiból, de a szervezeti egység jellegéből is. Ilyen szervezeti egység lehet, az egyik interjú alapján az egyik diagnosztikai egység: *„Hát adminisztráció, az mindig rengeteg van és mondjuk én itt megszoktam [...] szóval nekem, nekem mindig dokumentálnom kellett ezt.”* (interjú, osztályvezető főorvos) Amennyiben ezt az elvárást nem érzik a szereplők teherként, akkor elképzelhető, hogy csak a pozitív hatásait (pl. rendezettebb, nyomonkövethető, számonkérhető munkavégzés) érzékelik a tanúsításnak, így a változásokat jobban elfogadják.

Ugyanakkor olyan környezetben, ahol ez nem volt jellemző, teherként jelentkezhet a plusz dokumentációs kötelezettség, és amennyiben nem látják az értelmét, hasznát, akkor feleslegesnek érzik: *„tehát azt gondolom, hogy ez maga a környezet is ilyen, hogy nem szoktuk meg, hogy mindig mindent írással kell dokumentálni.”* (interjú, felsővezető) Több interjúalanyom azonban arról számolt be, hogy csak kezdetben jelent nagy terhet a változások bevezetése, később megszokják és rutinszerűvé válik, tehát a tapasztalat végül itt is az elfogadáshoz vezet. Azon dolgozók esetében, akik már ebben a „rendszerben” vagy ugyanilyen (vezetői) elvárások mellett kezdték a munkájukat, ezek a szokások a természetesek („átörökítés”).

A tapasztalatszerzés azonban nem csak a megszokást vagy az átörökítést jelentheti, hanem a rendszernek egy gyorsabb elfogadását is eredményezheti: Például, amikor a kórházi szereplők megtapasztalják, hogy milyen előnyei lehetnek a bevezetett változtatásoknak (pl. átláthatóság, számonkérhetőség, védekezés). Ez nem csak spontán módon, hanem rávezetéssel is történhet például a külső auditorok vagy a kórházon belüli minőségügyesek akciói révén.

Ha a megfelelés iránti vágy erős, akkor ez is egy hajtóerő lehet. A megfelelés iránti vágyra jó példa az egyik auditor következő beszámolója:

„[...] és itt az orvosokat vegyük külön, meg a szakdolgozókat. Mert a szakdolgozók, azok egészen más típus. Ők lelkiismereti problémát csinálnak belőle, főleg a főnökök, hogy milyen, hogy rendbe

legyen minden. Mert nagyon sokszor volt már, hogy valahol az ember talált valami kisebb eltérést, és akkor teljes lelkiismeret-furdalása volt a főnövének.” (interjú, auditor) ¹⁵⁰

A kórházban az egyik felsővezető is arról számolt be, hogy a szakmai önbecsülés szempontjából sokat számít az auditon megfelelés:

„Emlékszem egy olyan esetre sok-sok évvel ezelőtt, hogy egész véletlenül kikerült egy infúziós zacskó a folyosóra. És az adott főnövé, az adott osztálynak a főnövére, az, hát az, az hát az valami döbbenetes, hogy milyen negatívumként élte meg azt, hogy ez így történt. Bántotta, lelkiismeret-furdalása volt. [...] Úgy hogy, hát attól féltünk, hogy öngyilkos lesz, úgy hogy... tehát adott esetben ennyre, a szakmai önbecsülését bántotta.” (interjú, felsővezető)

A megfelelés iránti vágy már átvezet a személyiségjegyek világába, ami szintén befolyásolja a tanúsítás hatására adott reakciókat (pl. rendszeretű), ahogyan erre több interjúalanyom is utalt.

A külső elvárásoknak való megfeleléshez nincs mindig szükség arra, hogy a kórházi szereplők elfogadják az értékelési módszert és a bevezetett rendszert.

Azok a kórházi szereplők, akik kritikusak a tanúsítással, auditokkal vagy a hatására bevezetett rendszerrel szemben, előfordul, hogy ennek ellenére a megfelelés bizonyos szintjéhez hozzájárulnak, ha például úgy érzik, hogy a tanúsításra szükség van más külső érintettek elvárásai miatt (pl. pályázati feltételek). Az egyik osztályvezető főorvos például arra a kérdésemre, hogy a tanúsítás elérte-e szerinte a célját, így válaszolt: „Olyan szempontból igen, hogy a kórháznak van tanúsítványa, ezt kiírhatja és rettenetes nagy súlya van a külső világ felé.” (interjú, osztályvezető főorvos) Emiatt szerinte nem lehet lemondani a tanúsításról, mert annak súlyos következménye lenne például a médián keresztül. Azzal az egyik felsővezető is egyetért, hogy a tanúsítvány megszerzése és annak a külvilág felé demonstrálása az alapvető cél.

Ezekben az esetekben azonban előfordul, hogy csak a formális megfelelés a cél (ld. „kirakat” metaforát) vagy a papír megszerzése (ld. „diploma” szerepértelmezést a 8.7.1. alpontban).

Természetesen attól függően, hogy az auditokat a kórházi szereplők mennyire érzik egyfajta külső kényszerítő erőnek, szintén a megfelelés irányába hat az ismétlődő ellenőrzés és vizsga jellege miatt. Az egyik felsővezető így fogalmazott: „Hát én azt hiszem, hogy az nagyon lényeges, az a tudat a hosszú távú viselkedés szempontjából, hogy itt az ellenőrzésnek számos formája van.” (interjú, felsővezető) Interjúalanyaim szerint vannak olyan osztályok, ahol csak azért igazodnak az elvárásokhoz, mert tudják, hogy ellenőrizni fogják, és ha a külső auditok elmaradnának, akkor itt lazulna a fegyelem. A „vizsga” jellegét jól illusztrálja a következő idézet az auditor szerepéről:

„Tehát innentől kezdve, mondom, az auditornak a szerepe ilyenkor azért értékelődik fel abban az adott szituációban, amikor az audit tart, akkor egészen más pozíció [...] Ami óhatatlanul, egy próbatétel a kórház számára, egy vizsga vizsgadrukkal, meg mindennel. És egy megfelelt vizsga után sokkal jobban fel tud lélegezni az ember. De ott, azon a vizsgán a vizsgáztató személye az mindig egészen máshogy tűnik fel.” (interjú, auditor)

Az audit körüli egyéb jelenségek (pl. felkészülés, izgalom) is arra utalnak, hogy a kórházak komolyan veszik az auditorokat, a „vizsgát”, ugyanakkor ennek mértéke egyénenként eltérő lehet, ahogyan erre a minőségügyi vezető is utalt. Mivel az auditorok elvárásainak szeretnének megfelelni, ezért az audit során

¹⁵⁰ Az auditornak az az általános tapasztalata, hogy a főnövékre jellemzőbb az is (és nem az osztályvezető főorvosokra), hogy ha hibát találtak, akkor vissza is hívják őt, mert nekik fontos, hogy rendben legyen.

nem csak az auditor gyűjt információt a szervezetről, hanem az auditáltak is észlelik (megfigyelik, meghallgatják), hogy milyen elvárásai vannak az auditornak. Mivel egy ismétlődő „vizsgáról” van szó, ezért az auditor észlelt elvárásait, ami lehet az audit során megfigyelt, meghallgatott elvárás vagy az auditori jelentésben megfogalmazott ajánlás, megpróbálják teljesíteni a 8.5. alfejezetben leírt szervezeten belüli hatásmechanizmuson keresztül. Az egyik auditor szerint a periódikusság, azaz az ismétlődő jelleg okozza a kényszert, hogy teljesítsék az elvárásaikat a következő alkalomra.

A szervezeten belül valószínűleg a megfeleléshez vagy éppen a meg nem feleléshez kapcsolódó dicséretnek illetve büntetésnek is van valamekkora ösztönző hatása. Erre utal a minőségügyi vezetőnek az a megjegyzése, amely szerint a dolgozókat frusztrálja, hogy nincs elegendő idejük elvégezni a vállalt feladatot, mert még ott van a dokumentáció is, amely ha nincs jól kitöltve, még baja is lehet belőle. A büntetés motivációs hatása azonban nem mindig egyértelmű. Például az egyik főnövér úgy érzi, hogy bár az adminisztráció szükségességét elfogadja, az ellenőrzések utáni jegyzőkönyv büntetés számukra. Egy osztályvezető főorvos pedig így fogalmaz: „*Ugye megdicsérni nem dicsérem meg érte, csak ha hiba van, akkor tolnak le.*” (interjú, osztályvezető főorvos) Az egyik orvos pedig úgy emlékszik, hogy kezdetekben még egy körlevél is jött, „*hogy aki miatt levonást kap, és emiatt ..., akkor az aztán, majd nagyon szégyelli magát és mit tudom én mi jön. Aztán ez egy úgy elmúlt, mert nem olyan éles a dolog, mert már elvileg egy beindított, vagy bejáratott rendszer van.*” (interjú, orvos) A dicséret illetve a büntetés hatásosságára nem találtam példát az eset tanulmányozása során.

Az egyéni szinten jelentkező befolyásoló tényezőkkel együtt a 8. fejezetben bemutattam az általam tanulmányozott eset kapcsán azonosított befolyásoló tényezőket, amelyeket a 18. táblázatban foglalok össze (a 15. ábrához hasonló elhelyezésben). A következő alpontban ezek hatását illusztrálom a beágyazott esetek példáin keresztül.

18. táblázat: Az esettanulmányban feltárt befolyásoló tényezők

Külső értékelési tényezők: <ul style="list-style-type: none"> • auditori „piac” • auditorok hozzáállása, szerepe • auditorok értelmezése és üzeneteik • információgyűjtés módja • értékelés szempontjai és eredménye 		Elméleti tényezők: <ul style="list-style-type: none"> • ISO illetve KES/MEES rendszerről elérhető információk, interpretációk • fejlesztők, támogatók értelmezései és üzenetei 	
Egyéni szinten jelentkező tényezők: <ul style="list-style-type: none"> • tényleges és elvárt észlelése • elfogadás • megértés • legitímáció • elvárások teljesülése • lényegi vs felesleges tapasztalat • megfelelés iránti vágy • külső elvárások észlelése • külső kényszerítő erő • dicséret, büntetés 	Közvetett hatásmechanizmus tényezők: <ul style="list-style-type: none"> • minőségügyi vezető szerepe • belső auditorok szerepe • további minőségügyesek szerepe • auditori kísérők • minőségirányítási rendszer működése: <ul style="list-style-type: none"> ○ szabályozási rendszer ○ dokumentációs rendszer ○ ellenőrzési rendszer ○ PDCA ciklus 	Szervezeti adottságok tényezők: <ul style="list-style-type: none"> • menedzsment szerepe • középvezetők szerepe • felelős / tapasztalt személy • előzmények hasonló funkcióval (pl. KES/MEES előtt ISO tanúsítás) 	Szervezeten kívüli tényezők: <ul style="list-style-type: none"> • tulajdonos észlelt elvárásai • egészségügyi ágazatvezetés észlelt elvárásai • pluszforrás lehetősége (pl. pályázatokból) • többi kórház tanúsítása • munkaerőhiány, fluktuáció • perek, feljelentések • szakmai irányelvek, protokollok • jogszabályok, hatósági elvárások

Forrás: saját szerkesztés

8.8.2. A befolyásoló tényezők hatása a beágyazott eseteknél

Az esettanulmány elemzése nem csak a szervezet szintjén történt, hanem beágyazott esetekként kiválasztott szervezeti egységeket is vizsgáltam. Az ezen a szinten elvégzett elemzés részletes bemutatására terjedelmi okok miatt nincsen lehetőségem. Egyes befolyásoló tényezők lehetséges hatásának illusztrálására azonban ezeket a szervezeti egységeket használom. A módszertani részben már említettem, hogy öt szervezeti egységet választottam ki beágyazott esetnek, amelyek közül három betegellátó osztály, kettő pedig a támogató (diagnosztikai illetve gazdasági/műszaki) területhez tartozik. A 19. táblázatban néhány befolyásoló tényezőt emeltem ki az öt beágyazott esethez kapcsolódóan.

19. táblázat: Beágyazott esetek elemzése

	A betegellátó osztály	B betegellátó osztály	C betegellátó osztály	D diagnosztikai egység	E gazdasági/műszaki területről osztály
Audit jellemzői: információgyűjtés módja	dokumentumok interjúk	dokumentumok interjúk	dokumentumok interjúk	megfigyelés dokumentumok interjúk	dokumentumok interjúk
Hatás-mechanizmus	rendszeres ellenőrzés, vizsga	rendszeres ellenőrzés, vizsga (pl. önkéntes akció)	rendszeresebb ellenőrzés, vizsga (pl. hadjárat)	rendszeres ellenőrzés, vizsga	ritkább ellenőrzés, vizsga
Befolyásoló tényezők					
- osztályvezetők	elkötelezett (ápoló)	támogatók	nem támogató	elkötelezett	semleges
- felelős/tapasztalt személy	van (2)	van (1)	nincs	van (2)	(nincs adat)
- megértés	(ápolói vonalon) értő	(ápolói vonalon) értő	(ápolói vonalon) nem értő	értő	tanuló
- elvárások teljesülése	(orvosi vonalon) nem teljesült	(orvosi vonalon) csalódás	(orvosi vonalon) nem teljesült	teljesült	(nincs adat)
- lényegi, hasznos vs felesleges	hasznos (ápolói vonalon) lényegtelen (orvosi vonalon)	hasznos (ápolói vonalon) lényegtelen (orvosi vonalon)	nem hasznos (ápolói vonalon) felesleges (orvosi vonalon)	hasznos	nem érinti
Az interjúk alapján a tanúsítás, auditok kórházon belüli szerepének értelmezései	ápolói vonalon: dokumentáció-ellenőrzés (pozitív), hibajavítás, védelem,	ápolói vonalon: dokumentáció-ellenőrzés (pozitív), szabályozás, rendszer, rend és fegyelem, hibajavítás,	ápolói vonalon: dokumentáció-ellenőrzés (negatív)	folyamat- ellenőrzés, rendszer, rend és fegyelem	nincs szerepe
	orvosi vonalon: dokumentáció-ellenőrzés (negatív), „diploma”, „lyuk a rendszerben”	orvosi vonalon: dokumentáció-ellenőrzés (negatív), rendszer, „lyuk a rendszerben”	orvosi vonalon: dokumentáció-ellenőrzés (negatív), „diploma”, „lyuk a rendszerben”		

Forrás: saját szerkesztés

A három betegellátó osztály közül az A és a B minőségügyi szempontból „aktívnak”, míg a C „passzívnak” mondható. (interjúk) A táblázatból látható, hogy az osztályvezető főorvos

interjúalanyaimnak mindhárom osztályon hasonló módon nem teljesültek az elvárásai, van, aki közöttük kifejezetten csalódott, amelyben szerepet játszottak a tanúsítással, auditokkal kapcsolatos tapasztalatok. Továbbá mivel a szakmai munkát nem érinti, az orvosok mindhárom osztályon a lényegi dolgokat nem érintőnek tartják az auditok hatását. A C osztályt vezető főorvos egyenesen úgy fogalmazott, hogy felesleges az osztály belső működése szempontjából, ez az osztályvezető főorvos nem nevezhető a tanúsítást és a hatására bevezetett rendszert támogató személynek. A három betegellátó osztályon az orvosok tanúsítás szerepértelmezései nagyon hasonlóak. A fő különbség azonban ezeken az osztályokon a felelős vagy tapasztalt személy jelenlétében illetve az ápolói vonalon van. A C osztályon ugyanis tartósan nem volt rendezett a minőségügyi munkatárs személye, és a nem vezető beosztású interjúalanyaim nem is tudták, hogy kié ez a feladat az osztályon, illetve ebben a szervezeti egységben belső auditor sincsen. Továbbá ezen az osztályon a vezető ápoló interjúalanyom arról számolt be, hogy nehézséget jelent számára a tanúsítással kapcsolatos változások átadása az osztály többi dolgozója számára, mivel maga sem érti, hogy az egyes, többlet dokumentációs terhet jelentő változtatásokat miért kellett bevezetni. Így ezeknek a változásoknak a többi osztályon megkérdezett ápolótól eltérően nem látta az értelmét, hasznát. A C osztályon azt tapasztaltam, hogy más ápolók tanúsításhoz való attitűdje is negatív volt. Ezek a tényezők valószínűleg hozzájárultak ahhoz, hogy az ápolók a C osztályon a tanúsítás dokumentáció-ellenőrzés jellegét negatívan ítélték meg, míg az A és B osztályon ennek megítélése pozitív volt. A C osztályon megjelenő szerepértelmezések és a befolyásoló tényezők hozzájárultak ahhoz is, hogy a tanúsítás, auditok hatásmechanizmusa eltérő volt ezen az osztályon, azaz az osztályon dolgozók reakciója, illetve az azon kívüli minőségügyesek (pl. minőségügyi vezető, belső auditor¹⁵¹) reakciója és a közöttük lévő interakciók eltértek. A dolgozók reakciójára példa, hogy a más osztályokon „*nüanszyninak*” minősített változásokat is a következőképpen értékelte az egyik osztályos szereplő: „*Ez egyszerűen, hogy is mondjam, ez irreális kérés. Irreális.*” (interjú, osztályvezető főorvos) A kórháziak közötti interakcióra példa a rendszerezőbb ellenőrzések ezen az osztályon (ld. „*hadjáratot*” a 8.5.4.2. alpontban). Ehhez képest a B osztály esetében az önkéntes akció (ld. 8.5.4.1. alpont) a minőségügyi munkatárs kezdeményezése volt, amely az osztályon belüli minőségügyi aktivitást is jelzi.

A betegellátó osztályok működésétől jelentősen eltérő, támogató területeken működő szervezeti egységeknél egészen másképpen csapódik le a tanúsítás hatása. A diagnosztikai (D) egységben az auditorok információgyűjtési módja is más, itt jellemző volt a megfigyelés. A D egységben több minőségügyi szempontból tapasztalt személy is volt, akik aktívak voltak ezen a téren, és a rendszer működését értékelték. A D egységben egyértelműen az auditoknak a folyamatellenőrzés szerepe jelent meg.

Szintén eltérő volt a befolyásoló tényezők alapján a helyzet az E szervezeti egységben (gazdasági/műszaki terület). Itt az általam megfigyelt audit volt az első, amelyet az osztályvezető tapasztalt a kórházban, pedig már 8-9 éve a kórházban dolgozott.¹⁵² Az osztályvezető osztotta azt a gazdasági/műszaki területen az osztályvezetők körében jellemző hiedelmet, hogy a tanúsítás, az auditok őket nem érintették, hanem inkább a kórház betegellátó területeire vonatkoztak.¹⁵³ A tanúsítás

¹⁵¹ Az osztályok szempontjából az őket ellenőrző belső auditor hasonló szerepet tölt be mint az egész szervezet szintjén a külső auditorok.

¹⁵² Ez a kijelentés a külső auditokra vonatkozik, a belső audit ebben a szervezeti egységben is rendszeresen volt.

¹⁵³ Ezt más, nem egyéni szinten jelentkező tényezők is befolyásolhatják, például a jogszabályok és hatósági ellenőrzések domináns szerepe ezeken a területeken.

hatásmechanizmusa az E egységben valóban eltért annyiban a többi vizsgált egységtől, hogy itt ritkábbak a tanúsításhoz kapcsolódó ellenőrzések (külső auditok). Azaz ezen az osztályon kevés volt az auditokkal kapcsolatos tapasztalat (ez a 19. táblázatban nem szereplő befolyásoló tényező), amely a közösen osztott hiedelemmel együtt hozzájárulhatott ahhoz, hogy a tanúsításnak ezen az osztályon nincsen szerepe.

Az eset kapcsán természetesen nem biztos, hogy az összes befolyásoló tényezőt feltártam, így például a beágyazott esetek kapcsán lehet, hogy szerepet játszik az osztályokat különbözőképpen érintő munkaerőhiány és fluktuáció, amelynek megítélésére azonban az általam gyűjtött adatok nem adnak elegendő bizonyítékot.

Az eset vizsgálatával a 8. fejezet eddigi részeiben választ adtam kutatási kérdéseimre, azaz arra, hogy hogyan hat az ISO 9001 illetve a KES/MEES szerinti tanúsítás a kórházon belül a szervezeti szereplők magatartására. Mindeközben törekedtem arra is, hogy elemezzem, hogy a tanúsítás hatására a szervezetben beinduló folyamatok, a szereplők reakciója, interakciója milyen módon befolyásolja a szervezeti változtatásokat. Az eredeti kutatási kérdésemben a fejlesztési törekvések jelentek meg fókusként, amelyek a szervezeti változtatásokon belül értelmezhetők, azonban a kórház szereplői a tanúsítással kapcsolatos változásoknak nem mindegyikét észlelik fejlesztésként. A következő alfejezetben a fejlesztés kórházon belüli értelmezését elemzem.

8.9. A tanúsítás szerepe a fejlesztésben

A tanúsítás és a kapcsolódó auditok hatásmechanizmusa (8.5. alfejezet) és a kórházi szervezetre gyakorolt hatása (8.6. alfejezet) alapján a tanúsítás többféle módon is hozzájárulhat a fejlesztéshez:

Egyrészt a kezdeti felkészülési szakaszban és a „rendszer” kiépítésekor több nagyobb változáson is keresztülment a szervezet. Egy új szabályozási rendszerrel egészült ki a szervezet irányítása, amihez kapcsolódóan egy kiterjedt dokumentációs rendszert vezettek be, és a tanúsítás hatására a szervezet ellenőrzési folyamatai is tovább erősödtek. A felelősségi és hatáskörök tisztázódtak, amely hozzájárult a számonkérhetőséghez és a dolgozók oldaláról nézve pedig a védelmükhöz. Elsősorban a felsővezetők szemszögéből átláthatóbb lett a kórház működése, és azok között, akik az elejétől kezdve látták a változást, többen úgy gondolták, hogy a folyamatok is rendezettebbek, szervezettebbek lettek.

Másrészt a változások beindításában fontos szerepet játszanak az auditorok elvárásai, ajánlásai, amelyek szintén eredményezhetnek különböző területeken fejlesztési lépéseket.

Harmadrészt pedig a rendszer egyes elemeinek kiépítésével a közvetett hatásmechanizmuson keresztül (ld. 8.6.1. alpontot) lehetősége lenne a szervezetnek a fejlesztési potenciálját növelni.

A kérdés azonban az, hogy ezek a változások valóban fejlesztésnek tekinthetőek-e. Természetesen ez függ attól, hogy hogyan definiáljuk a fejlesztést, mit tekintünk annak.

Ha a dokumentumokban fellelhető „tényeket” nézzük, akkor a tanúsítás és a hatására kialakított rendszer hasznos szerepet játszott a fejlesztésben: „Az évek óta jól működő rendszert folyamatosan fejlesztik. Az auditon elhangzott javaslatokat beépítik a fejlesztéseikbe. A rendszer adta lehetőségeket a vezetés kihasználja a továbbfejlesztésre.” (Jelentes2b) A kórházi szereplőkkel készített interjúk alapján nem feltétlenül ilyen szoros a kapcsolat a tanúsítás és a fejlesztés között. Többen (3 interjúalany) az audittal kapcsolatos fejlesztésekre vonatkozó kérdésemről a nagyobb léptékű szakmai fejlesztésekre (pl.

technológiafejlesztés) vagy az infrastruktúrafejlesztésekre asszociáltak. A kórház régebbi dolgozói (3 interjúalany) beszámoltak arról, hogy a kórház menedzsmentje mindig is támogatta a fejlesztési elképzeléseket, ez benne van a kórház szellemiségében. A kórház vezető auditora is úgy fogalmazott, hogy a tanúsítást és a fejlesztéseket mindenki összekapcsolja, és az előző évi fejlesztések összemosódnak a minőségüggyel. Ez az értelmezés megengedi a tanúsítás és a fejlesztés egymás melletti párhuzamos létezését.

Bár az egyes helyszíneken az auditorok rákérdeztek a fejlesztésekre, változásokra, a kórházi interjúalanyaim többsége mégsem emelte ki, hogy ez fontos szempont lenne az auditok során. Ugyan a korábbi főigazgató utalt erre, viszont elmondása alapján úgy tűnik, hogy ő sem érzékelte, ennek mi a jelentősége, szerepe a tanúsításban. A többi interjúalanyom közül csak az egyik osztályvezető fogalmazta meg, hogy tőle leginkább a változásokra kérdeznek rá, illetve a minőségügyi vezető említette, hogy az ajánlások megvalósítására mindig rákérdez a vezető auditor. A megfigyelés alapján az auditorok a fejlesztéssel kapcsolatos kérdéseiket – a minőségügyi vezetőtől kérdezetteket kivéve – általánosan teszik fel, és nem tapasztaltam, hogy megpróbálnák vizsgálni, hogy a változásokban, fejlesztésekben van-e szerepe a minőségirányítási rendszernek. Így az osztályon dolgozók nem biztos, hogy érzékelik a kapcsolatot ezen kérdések és a tanúsítás vagy a minőségirányítási rendszer szerepe között, ahogyan ez a változásokkal, fejlesztésekkel kapcsolatos kérdéseimre adott válaszaikból is látszott.

Az interjúk (9 interjúalany) és a megfigyelt audit során több olyan fejlesztési törekvést is említettek, amelyek az auditoktól, a minőségirányítási rendszertől függetlenül indult kezdeményezések voltak a kórházban. A régebbi jegyzőkönyvekben szerepelt általános, sablonszerű beszámoló a kórház fejlesztési terveiről. (jegyzőkönyvek) Tehát ezek a fejlesztések nem a tanúsítás vagy a bevezetett rendszer hatására történtek, mégis az auditokon illetve a kapcsolódó dokumentumokban megemlégték őket. Sőt az auditorok jelentésének elején általában szerepelt egy utalás a kórházban történt vagy tervezett infrastruktúra-fejlesztésekre, illetve a menedzsment szervezetfejlesztési lépéseire és terveire, és fejlesztésként kiemelték az eszközpark bővítését is. (jelentések)

A három interjúalanyom, akik a tanúsításnak fejlesztői szerepet is tulajdonítottak (ld. 8.7.1. alpontot), különbözőképpen értelmezték ezt a kapcsolatot. A korábbi főigazgató szerint a tanúsítás és a minőségfejlesztés „*az adott jelenség természetéből adódóan, mindig ilyen párhuzamosan, vagy ikerként merült fel.*” (interjú, korábbi főigazgató) Egy másik felsővezető szerint – aki szerint egyébként a tanúsítás lényege az, hogy fejlesztésre törekedjenek – a kórházban zajló fejlesztések (pl. infrastruktúra, technológia) és a tanúsítás hatása összefonódtak, kiegészítették egymást, egy-egy fejlesztés több tényező együttes hatása volt. A harmadik interjúalanyom szerint – aki szintén látta a tanúsítás fejlesztő szerepét – az infrastruktúrafejlesztések teremtették meg valójában a feltételeit annak, hogy meg tudjanak felelni a minőségirányítási rendszerben meghatározott elvárásoknak.

„Tehát az irodai munka, az adminisztrációs fegyelem betartása és betartatása, ez mind annyira mondvacsínált és csak papíron működő dolog volt, amit fizikailag meg se lehetett oldani. Na, most erről annak idején írni folyamatszabályozásokat, hát egy vicc volt. Mert leírhatom én azt, hogy így meg úgy lehet valamit csinálni, amikor fizikailag lehetetlen volt.” (interjú, minőségügyes)

Szerinte a tanúsítás előmozdítja a fejlesztést azáltal, hogy olyan elvárásokat fogalmaz meg, amelyek teljesítéséhez fejlesztések szükségesek. Ezzel az értelmezéssel azonban szöges ellentétben van az egyik osztályvezető főorvos tapasztalata:

„Mert a vélemény az ISO-ról egyébként, egyáltalán erről a minőségbiztosítási rendszerről, hogy úgyis azt nézik csak, amit mi leírunk, tehát olyat írunk le, amit kvázi tudunk teljesíteni, ezáltal nincs ösztönzés arra, hogy javuljanak bizonyos folyamatok.” (interjú, osztályvezető főorvos)

Többen (8 interjúalany) kihangsúlyozták, hogy a gyógyító folyamatokra nincsenek fejlesztő hatással az auditok. Ennek különböző magyarázatait adták: például a szakmai fejlődés e nélkül is megvan; ez nem rajtuk múlik; a szakma szabályai és fejlődése kívülről adottak, amelyekhez igazodnak; illetve a tanúsítás az ipari szervezetekre lett kifejlesztve, az egészségügyre kevésbé alkalmazható.

„A szakmai részébe ez nem nagyon szól bele. Tehát a szakmai protokollokat nem az ISO írja, azt a szakmai társaságok írják, amiket mi egyrészt olvasunk, tanulunk, vizsgálunk, betartjuk.” „[...] attól jó egy osztályvezető, hogyha ezeket a szakmai dolgokat folyamatosan újítja, fejleszti és mennek a szakmával együtt előre. Engem például soha nem segített ebben az ISO rendszere, soha.” (interjú, osztályvezető főorvos)

Az egyik belső auditor, aki osztályvezető is egyben, pedig így reagált a tanúsítás fejlesztésre gyakorolt hatásával kapcsolatos kérdésemre:

„Nem tudom mennyivel, függ össze a fejlesztés az audittal. Ez tényleg, ez nagyon jó kérdés. [nevet] Soha nem gondoltam még ilyen szempontból erre. Igen, mindig tanul az ember valamit. De nem, nem tudom megragadni az audit és a bármilyen irányú fejlesztésnek az összefüggését. Ez nagyon érdekes kérdés, [nevet] de tényleg nem, nem, nem tudok rámutatni erre.” (interjú, belső auditor)

A kórház felsővezetői és osztályvezetői közül azonban többen (3 interjúalany) példákat is említettek, hogy a tanúsítás milyen területeken járult hozzá a szervezet fejlődéséhez: a folyamatok le szabályozása, a dokumentációs és ellenőrzési folyamatok fejlesztése, amely például hozzájárult a kórház jobb védhetőségéhez. Ezek a példák elsősorban a kezdeti rendszerszintű szervezeti változásról szóltak. A tanúsításnak az alfejezet elején azonosított másik két hatásmódját (auditori elvárások, közvetett hatásmechanizmus) a következő szakaszokban elemzem

Az auditori elvárások, ajánlások szerepe a fejlesztésben:

A vezető auditor a „tanácsadói” szerepfelfogásából eredően stimulálta az auditori javaslatokon, ajánlásokon alapuló fejlesztést. Egyrészt már az audit során számos jobbító szándékú javaslatot tett az auditáltaknak. Megpróbált más intézményekben szerzett tapasztalatokat, előremutató megoldásokat továbbadni a megfogalmazott ajánlásokban. „Hátha vevők rá.” (interjú, auditor) Az auditori ajánlások szerepe mindkét auditor szerint a tanúsítás hatására bevezetett rendszer fejlesztése. (interjú, dok6)

„[...] tehát ha az auditor úgy áll hozzá, hogy ő azt szeretné, hogy segítsen, hogy megadni minden olyan segítséget, amivel a rendszer további fejlesztéséhez hozzájárul, akkor ez egy jó audit.” (interjú, auditor)

Az egyik auditor szerint ezen rendszerek fejlődése meg is mutatkozik abban, hogy egyre kevesebb eltérést találnak az auditok során. Az ajánlások fejlesztő szerepét az is sugallja, hogy a jelentésekben az ajánlások az utóbbi években a következő felvezetés alatt szerepeltek: „Útmutatás a fejlesztési lehetőségekre”. (jelentések) Ennek ellenére nagyon kevés kórházi interjúalanyom értelmezte az ajánlásokat fejlesztési lehetőségekként. Az ápolók között előfordult ilyen, például az egyik osztályvezető főnővér az auditokat követően a minőségügyi vezetővel szokott beszélgetni: „Hogy kinél milyen hiba lehetett esetleg, és hogy abból mit tanulunk, mit tudunk tovább vinni, hogyan lehetne fejleszteni.” (interjú,

osztályvezető főnővér) Egy másik ápoló szerint az auditok szerepet játszanak abban, hogy *„felmérjük a hibáinkat, hogy mi miket próbáljunk kijavítani, és akkor milyen távlati célokat is fogalmaz meg nekünk, hogy végezzük még jobban a munkánkat.”* (interjú, ápoló) Ugyanakkor az utóbbi interjúalanyom a fejlesztésre adott példa (betegekkel való bánásmód) kapcsán úgy fogalmazott, hogy az nem a tanúsítás, hanem az osztályvezető főnővérük és az ő csapatuk hatása volt. Az ápoló végzettségű belső auditorok véleménye az auditok fejlesztő hatásáról bizonytalanságot tükrözött. Ugyanakkor közülök többen beszámoltak arról, hogy az osztályukon voltak fejlesztési javaslatok, amelyek közül volt, amit meg is valósítottak.

„Ha teszünk a főnővérrel egy javaslatot, hogy ezt így könnyebb lenne, ez így szervezettebben menne, akkor működik. Tehát és az orvosok is átgondolják.” (interjú, ápoló)

Az interjúban azonban megerősítették, hogy szerintük ezek a fejlesztések nem az auditok és nem a minőségirányítási rendszer hatására indultak el.

A közvetett hatásmechanizmus szerepe a fejlesztésben:

Az egyik külső auditor megfogalmazta a tanúsítás fejlesztésre gyakorolt közvetett hatását is. Szerinte az ISO rendszernek éppen az a nagy előnye a MEES-hez képest, hogy elvárja az egészségügyi szolgáltatótól, hogy fejlessze a rendszerét. Az auditor szerint az egésznek a mozgató rugója a PDCA ciklus, amelyet a következőképpen írt le:

„Tehát egy csomó olyan vezetési elem, vagy minőségirányítási elem, ami az egész információt feldolgozza, és ugye ezt a PDCA modellbe beilleszti. Mert nekem, szerintem ez az egésznek forgató rugója. Az, hogy ne úgy döntsék, hogy hasra ütök, hanem először vizsgáljam meg azt, hogy mik a ..., tehát hogy mennek a folyamatok, ezt ellenőrizem. Számszerűen, vagy nem számszerűen, teljesen mindegy. Tehát valamilyenfajta vizsgálatokkal ezt próbáljam meg objektívizálni. Akár belső audittal kötelező módon, akár egy betegelégedettséggel kötelező módon. Akár pedig a vevői reklamáció, vagy panaszok kezelésével kapjak információt, hogy na szóval így működik a rendszer. És akkor ezt vigyem oda a vezetőség elé, legalább évente egyszer és mondjam azt, hogy emberek, így működünk, teljesen függetlenül attól, hogy milyen a finanszírozás, függetlenül attól, hogy most milyen a területi ellátási [kötelezettség], sok mindentől. Így működik a rendszer. Tehát a folyamataink ilyenek. Ezen lehet változtatni, megpróbáljuk követni, mi. És akkor erre hozunk döntéseket, hogy most mit kéne máshogy. És hogyha bejönnek a döntések, és a visszaellenőrzés már nem probléma, tehát ez viszi előre, ebben különbözik az ISO például a MEES-től, vagy más standardon, standard alapokon nyugvó rendszerektől, hogy kötelezően elvárja azt, hogy folyamatosan foglalkozzák a problémával, és folyamatosan próbáljam valahogy megoldani, megkeresni a megoldást rá.” (interjú, auditor)

Tehát a tanúsítás a minőségirányítási rendszeren (PDCA cikluson) keresztül közvetett módon az egész szervezet fejlesztésére hathat. A fenti értelmezés egybecseng az egyik szakértő interjúalanyomnak azzal a szerepértelmezésével, hogy a kiépített rendszer egy döntéstámogató eszköz a vezetők kezében.

A kórházban bevezetett minőségirányítási rendszernek a PDCA logika szerinti működését már röviden jellemeztem a 8.6.1. alpontban a közvetett hatásmechanizmus tényezők között. Ott megállapítottam, hogy a PDCA ciklusnak elsősorban a „plan” szakasza működött hiányosan a kórházban, ugyanis a minőségirányítási rendszer adta elemzési lehetőségeket nem használták ki a felsővezetők. Bár a jegyzőkönyvekben megtalálhatóak voltak a következő évre kitűzött célok és az azok teljesítésére vonatkozó értékelések, és szintén olvashatóak összegzések a különböző rendszerelemek (betegelégedettség felmérések, panaszkezelés, belső auditok) segítségével gyűjtött információkról,

azonban a célok az elemzési eszközökkel való összekapcsolódása a jegyzőkönyvek alapján nem volt jellemző. A kitűzött célok a minőségirányítási rendszeren kívülről érkeztek, a felsővezetők szándékain, és nem a különböző rendszerelemek által gyűjtött információk elemzésén alapultak. Erre jó bizonyíték az általam is megfigyelt audit után készült jelentésben az egyik ajánlás: „a minőségfejlesztés érdekében meghatározott feladatok nevesítése „minőségcélként” szükséges.” (Jelentes1a) Ez az ajánlás azért került bele a jelentésbe, mert bár számos fejlesztési törekvés volt az adott évben a kórházban, ezek nem jelentek meg a vezetőségi átvizsgálás jegyzőkönyvében kitűzött célként. Azaz ez az ajánlás arról szólt, hogy a felsővezetők által kitűzött célok szerepeljenek a jegyzőkönyvben, bár ezek nem a minőségirányítási rendszer eredményeképpen születtek.

Ugyanakkor a célkitűzésekre valószínűleg mégis volt valamilyen hatása a tanúsításnak: Az egyik felsővezető szerint a tanúsításnak az a kapcsolata a fejlesztésekkel, hogy elvárja, hogy a kórház rendszeresen meghatározza a céljait, a stratégiáját, bár a stratégiaalkotás folyamata volt, hogy az audittól függetlenül zajlott. Továbbá a legutóbbi jegyzőkönyvekben megjelentek már a minőségügyi vezető tapasztalatain alapuló intézkedési javaslatok, célkitűzések, és ezeket az egyik belső auditor interjúalanyom a fejlesztésekre adott példaként meg is említette.

Összegezve az érintettek szerint a tanúsítás elsősorban a rendszer kiépítésekor volt fejlesztő hatással a szervezetre. Az audit közvetlen fejlesztő hatása (pl. auditori ajánlások bevezetése) elsősorban a kiépített rendszert érintette, amelyből a kórházi szereplők általában csak a dokumentáció változtatását érzékelték, azonban ezt nem igazán értelmezték fejlesztésként. A tanúsításnak a rendszeren keresztül kifejtett közvetett hatása pedig nem egy proaktív fejlesztési potenciált jelentett a szervezet számára, hanem egyfajta reaktív hatást eredményezett, azaz a szervezeten kívüli (pl. jogszabályváltozás) vagy más tényezők (vezetői fejlesztési törekvések) hatására bekövetkezett változásokat követte le. Azaz nem motorja volt a fejlesztésnek, hanem arra volt alkalmas, hogy a más eredetű fejlesztések miatti változásokat beépítse a szabályozási rendszerbe, és ily módon rögzítse, átörökítse az új állapotokat.

9. A kutatás eredményeinek összefoglalása

A disszertációm 7. és 8. fejezetében az empirikus kutatásom elemzéseit mutattam be, az ezek alapján levonható legfőbb következtetéseket a 9.1. alfejezetben foglalom össze. A kutatásom eredményeit a szakirodalommal is összevettem, amely elemzést a 9.2. alfejezet tartalmazza.

9.1. Fő következtetések

Ebben az alfejezetben összefoglalom, hogy kutatásomnak melyek a főbb eredményei, melyek azok a következtetések, amelyeket a disszertációm korábbi részeiben bemutatott elemzések alátámasztanak. Fontos kiemelnem, hogy az általam vizsgált esetben az ISO 9001 és a KES, majd a MEES szerinti tanúsítás hatása nem választható szét. Az interjúk alapján a korábban bevezetett ISO rendszer volt a meghatározó, azonban az integrált ISO-MEES audit és rendszer már évek óta működik a kórházban, így következtetéseim nem a két különböző külső értékelésre vonatkoznak, hanem egy olyan esetre, amikor a két módszer összefonódva jelenik meg.

A 4.2.2. alpontban bemutatott osztályozási keretrendszer dimenziói szerint a tanúsítás és a kapcsolódó auditok az interpretatív és formatív külső értékelési módszerek közé sorolhatóak az általam vizsgált esetben.

A tanúsítás mint külső értékelési módszer ebben a kórházi esetben interpretatív módszernek tekinthető a megismerés módszere dimenziója szerint. Ezt az állításomat a következők támasztják alá:

- Az auditokhoz kapcsolódó információgyűjtés és értékelés nem egymást követő és jól elhatárolható lépések, hanem az egyes értékelési mozzanatok, visszacsatolások az információgyűjtés közben (az audit során) is előfordulnak és befolyásolják a gyűjtött információk tartalmát.
- Az audit eredményét nem csak az auditor objektív külső értékelése alakítja, hanem az értékelésben maguk a kórházi szereplők is részt vesznek (pl. az auditorok konstruktív hozzáállásának köszönhetően, a kórházi szereplők az ajánlásokra reagálnak, azokat az auditorokkal megbeszélik).
- Az audit módszerével az auditoroknak lehetőségük van a körülmények figyelembe vételére, az okok feltárására, és ezzel a lehetőséggel élnek is, például meghallgatják a magyarázatokat és a körülményekről a beszámolókat.
- Az audit módszere nem mintavételes eljárás, hanem szűrőpróbaszerű, amelyet az auditorok és a kórházi szereplők szempontjai befolyásolnak.

Az osztályozási keretrendszer másik dimenziója, azaz **az értékelés szerepe alapján** a vizsgált esetben **a tanúsítás formatív jellegű.** Ezt az állításomat a következők támasztják alá:

- Az auditorok bár törekszenek arra, hogy a szabvány elvárásainak megfelelést nézzék, ugyanakkor hozzáállásukat elsősorban a segítő, fejlesztő szándék vezeti.
- Az auditorok az auditnak akkor látják értelmét, ha az hozzájárult a rendszer fejlesztéséhez.

- A kórházi szereplők az auditorok hozzáállását segítőkésznek és konstruktívnak tartják. Úgy értékelik, hogy nem feltétlenül a hibákat keresik, hanem a segítő szándék vezeti őket, és ha hibát találnak, akkor arra fejlesztő szándékú javaslatot tesznek.
- A kórházi szereplők értelmezésében a tanúsítás és az auditok szerepe a kórházban többek között a hibák feltárása, javítása, megelőzése illetve a fejlesztés.
- A tanúsítás mint külső értékelés ebben az esetben nem alkalmas a szummatív (összegző) szerepre. Bár megjelenik szerepértelmezésként a „*diploma*”, amely arra az értelmezésre utal, hogy a tanúsítványra szüksége van a kórháznak bizonyos lehetőségek megszerzéséhez (pl. pályázatoknál feltétel), amelyhez egyfajta összegző típusú értékelésre lenne szükség. Ugyanakkor az audit módszere több kórházi szereplő szerint – köztük van olyan is, aki a „*diploma*” szerepértelmezést említette – nem alkalmas a színvonal megítélésére, más kórházakkal való összehasonlításra. Azaz bár bizonyos pályázatoknál feltételként szerepel a tanúsítvány, a kórházi és auditori interjúk alapján a kórház szummatív megítélésére mégsem alkalmas vagy nem ez a szerepe a tanúsításnak. (Az, hogy a tanúsítvány meglétét a külső érintettek felhasználják bizonyos képességek megítélésére, nem jelenti azt, hogy alkalmas erre, és hogy valóban szummatív az értékelés.)

Az előző megállapítások alapján a 4.2.2. alponban javasolt osztályozási keretrendszer használható az alkalmazott külső értékelési módszerek osztályozására. A keretrendszer érvényességének tesztelésére további kutatások szükségesek.

A kutatásom során azt is megértettem, hogy az eredetileg javasolt dimenziók közül a megismerés módszere alapján, azaz az interpretatív vagy pozitívista módszerhez nem egyszerűen besorolni célszerű az egyes módszereket, hanem mindkettő nézőpontból megítélhetőek, és az ezekhez illeszkedés alapján lehet azt mondani, hogy elfogadhatónak tartjuk egyik vagy másik szempontból az adott módszert. Ez nem azt jelenti, hogy ezzel elfedhetőek lennének egy alkalmazott módszer gyengeségei. Az interpretatív nézőpontból ugyanúgy lehetnek hiányosságai a módszernek, például esetünkben az auditorok nem használják ki az audit adta információgyűjtés minden lehetőségét: a dokumentumok dominanciája és az interjúk mellett a megfigyelés erősíthetné következtetések helytállóságát, úgyszintén az egyes adatforrások (pl. dokumentumok és interjúk) még intenzívebb, alaposabb összevetése (trianguláció) is hozzájárulna ehhez.

A 4.2.2. alponban javasolt további osztályozási szempontok egyike az **önkéntes vagy kötelező** külső értékelés megkülönböztetése volt. A tanulmányozott eset jó példa arra, hogy megmutassa ez milyen összetett kérdés, ugyanis az első tanúsító audit vállalása az akkor döntési pozícióban lévő menedzsmenttagok beszámolója alapján önkéntes volt, bár bizonyos elvárásoknak való megfelelés már ekkor is szerepet játszott. A tanúsítvány fenntartása azonban több kórházi interjúalanyom szerint is már inkább egy kényszerpálya, mert ha nem újítanak meg, az presztízaveszteség lenne a kórház számára. A szakértői interjúk is azt támasztják alá, hogy az elvárásoknak és más feltételeknek (pl. pályázati feltételeknek) való megfelelés fontos motiváció lehet a tanúsítvány megszerzésében, amely már inkább kényszer és nem feltétlenül jár együtt a belső motivációból (pl. szervezetfejlesztés) eredő önkéntes vállalással. Ezek alapján az önkéntes vs kötelező jelleg alapján nem lehet egyértelműen besorolni az értékelési módszereket, nem egy dichotom változóról van szó, hanem inkább egy skáláról, amely a belső

motivációból eredő önkéntes vállalástól a kötelező, akár – nem teljesítés esetén – büntetést is maga után vonó értékelési módszerekig (pl. jogszabály alapján kötelező) terjedhet.

Kutatási célom volt a tanúsítás és a kapcsolódó auditok mint külső értékelési módszer hatásmechanizmusának feltárása a szervezeten belül zajló folyamatok, a szereplők reakciója és egymás közötti interakciója megértése révén. Ennek eredményeképpen a következő megállapításokat teszem.

A tanúsítás és a kapcsolódó auditok hatásmechanizmusának a kórházi esetben feltárt jellemzői:

1. **A rendszeres ellenőrzés:** A 4.2.2. alpontban bemutatott külső értékelések osztályozási szempontjai közül ez a jellemző a követő intézkedések/ösztönzők közé sorolható. Azaz az auditok közbeni és utáni visszajelzéseknek azért (is) lehet hatása a szervezetre, mert később ismételt ellenőrzik, és a szervezet tagjait, a kórház szereplőit ez (is) motiválja a hiányosságok kijavítására, az ajánlások megvalósítására. A tanúsítás módszeréhez kapcsolódó rendszeres ellenőrzések nem csak a külső auditok ismétlődését, hanem a belső auditokat is jelenti, amelyet a külső auditorok elvárnak, illetve további célzott ellenőrzések is megjelentek. A vizsgált esetben ezek az ellenőrzések a szervezeten belüli más ellenőrzésekkel együtt tovább erősítik egymás hatását.
2. **A vizsga jelleg:** Ezt támasztják alá a kórház esetében az auditot megelőző felkészülés és a kórházi szereplőknél az esemény jelentőségét jelző érzelmi hatások (pl. izgalom). Az audit vizsga jellege a kórházi szereplőket a felkészülésre inspirálja, amely a rendszeres ismétlődéssel együtt egyfajta ciklikus hatást eredményez. Az audit vizsga jellege az ismétlődés nélkül is jelentkezik, ehhez elegendő csak az első audit előtti felkészülésre gondolnunk, amely a kórházi és az auditori interjúalanyaim észlelése alapján a tanúsításnak a szervezetre gyakorolt legnagyobb változását eredményezte a többi audithoz képest.

Úgy gondolom, hogy a tanúsítás hatásmechanizmusának ezek a jellemzői – különösen összekapcsolódva a formatív jelleggel – hatásos szervezeti tanulási folyamatot eredményezhetnek. Az egyes fejlesztő célzatú ajánlások bevezetésével, ellenőrzésével, majd ismétlődő ellenőrzésével ugyanis ezek a változások rögzülnek a szervezetben, rutinszerűvé válnak. A tanúsításnak és a kapcsolódó auditoknak az esetben feltárt hatásmechanizmusát további kutatások keretében érdemes összevetni a tanulás elméleteivel (ld. pl. Argirys, 1994; Bakacsi, 2000).

Az esettanulmány alapján megállapítható, hogy **a módszer jellemzői és az észlelt változások is befolyásolják** azt, hogy a kórházak **hogyan értelmezik a tanúsítás szerepét (szerepértelmezések)**. Az auditorok és a kórházi szereplők tanúsítás **szerepértelmezései pedig visszahatnak** reakcióikra és interakcióikra, azaz **a hatásmechanizmusra és ennek eredményeképpen az észlelt változásokra**. (22. ábra)

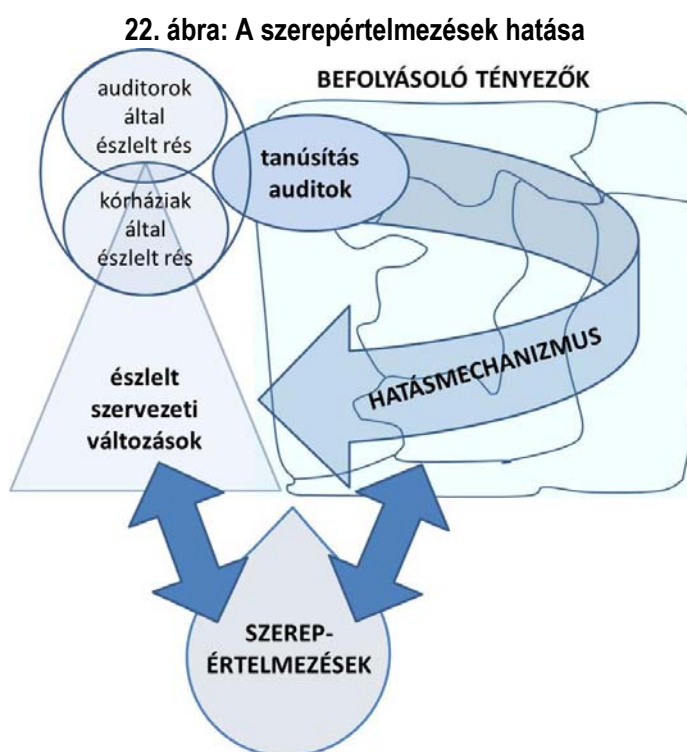
Az auditorok információgyűjtési módjai közül a kórházi szereplők többsége a dokumentáció ellenőrzését észleli leginkább és az észlelt szervezeti változások között is a dokumentációval kapcsolatosak a hangsúlyosak, a tanúsítás a szakmai munkának is csak a dokumentációval kapcsolatos részét érintette a kórházi interjúalanyok beszámolója alapján. Az ISO rendszerét eredetileg természetesen a szervezetek fő tevékenységének szabályozására alakították ki, és a hazai kórházak számára 2003-tól elérhető ISO 9001 egészségügyi értelmezése szerint is az egészségügyi szolgáltatási (diagnosztikus, terápiás,

rehabilitációs, gondozási, szűrési) folyamatokat – mint a szervezet fő, szakmai folyamatait – azonosítani, tervezni és szabályozni kell (ESZCSM, 2003). A kórházi szereplők és az auditorok mégis természetesnek tartják, hogy a tanúsítás a szakmai folyamatokat nem érinti, és a kórházi szereplők értelmezései között domináns az auditok dokumentáció-ellenőrzés szerepe, amely a módszer előbb említett jellemzői (pl. az információgyűjtés jellemző módja a dokumentáció-ellenőrzés) és az észlelt szervezeti változások tükrében nem meglepő.

Az egyes szereplők elképzelései a tanúsítás szerepéről szintén visszahatnak a módszer érvényesülésére (hatásmechanizmus, észlelt szervezeti változások). Például a KES/MEES bizonyos elemei nem érvényesülhetnek, ha az auditor nem közvetíti elvárásként a szervezet felé, mert úgy gondolja, hogy a standardok csak azt várják el, amit egyébként is előírnak a törvények. Továbbá hiába gondolja úgy az auditor, hogy a tanúsítás a minőségirányítási rendszer fejlesztésén keresztül hozzájárul a szervezet folyamatos fejlesztéséhez (ld. PDCA ciklus), ha a felsővezetők nem ismerik fel a tanúsításnak a döntéstámogató szerepét a kórházon belül.

Az esettanulmányban számos befolyásoló tényezőt azonosítottam, amelyek kihatnak a módszer hatásmechanizmusára és így az észlelt szervezeti változásokra (ld. 22. ábra), illetve az előbbeikben bemutatott oda- és visszahatás eredményeképpen a tanúsítás szerepének értelmezésére is. Az azonosított és csoportosított **befolyásoló tényezőket** a 18. táblázat tartalmazza a 8.8.1. alpont végén, amelyek közül itt a következőket emelem ki:

- szakmai protokollok, irányelvek,
- jogszabályok, hatósági ellenőrzések,
- közvetlen vezetők szerepe,
- perek, feljelentések,



Forrás: saját szerkesztés

- menedzsment szerepe,
- felelős/tapasztalt személy jelenléte,
- megértés és tapasztalat,
- fejlesztők, támogatók értelmezése és üzenetei.

Az esettanulmány eredményei összhangban vannak Mintzberg (1991) szakértői bürokráciákra (pl. kórházakra) vonatkozó egyes megállapításaival. A szervezeten kívüli tényezők közül a **szakmai irányelvek, protokollok** Mintzberg (1991) koordinációs mechanizmusai között is megjelennek, ugyanis a szakmai protokollok a szakmai képzéssel együtt a szakismeretek standardizálása koordinációs mechanizmusnak feleltethetőek meg. Ez a Mintzberg szerint domináns koordinációs mechanizmus az, amely miatt a kórházakat a szakértői bürokráciák közé sorolja. Az esettanulmány megerősítette ennek a külső szabályozó erőnek a fontosságát az orvosoknál. A kórház esetében azonban más külső szabályozók is meghatározóként jelentkeztek, elsősorban a műszaki, gazdasági támogató területeken a **jogszabályok és a hatósági ellenőrzések**. A kórháznak ezen a területein dolgozó interjúalanyaim szerint a jogszabályok már olyan mértékben leszabályozzák a tevékenységüket, hogy a tanúsítás és a hatására kiépített szabályozó rendszer az ő munkájukra nincs hatással, sokkal nagyobb jelentőséggel bírnak a különböző hatósági ellenőrzések.

A szervezeti adottságok befolyásoló tényezők közül a **közvetlen vezetők szerepe** tényező szintén megtalálható Mintzberg (1991) koordinációs mechanizmusai között közvetlen felügyelet néven. Az esettanulmány alapján a közvetlen vezetők elvárásai meghatározóak és emellett a tanúsítás hatása kevésbé jelentős. A kórházi interjúalanyaim közül többen úgy gondolják, hogy egy osztály működését alapvetően az osztályvezető elvárásai határozzák meg. A kórházban kiépített ISO (minőségirányítási) rendszer elvárásait van, aki csak akkor érzi legitimnek, ha a közvetlen vezetője is kiáll az adott elvárás mellett. Mintzberg alapján a minőségirányítási rendszer szabályozó szerepe a munkafolyamatok standardizálása koordinációs mechanizmushoz sorolható. Azaz valójában a közvetlen felügyelet és a folyamatstandardizálás koordinációs mechanizmusok – vagy az én szóhasználatomban befolyásoló tényezők – birkóznak egymással, azaz hogy elfogadják-e a kórházi dolgozók az utóbbit az előbbi megerősítése nélkül. A két koordinációs mechanizmus támogathatja is egymást, ahogyan erre a kórház esetében is találtam példát, amikor az osztályvezető ápoló maga is fontosnak tartotta a minőségirányítási rendszer elvárásait, és saját vezetői elvárásaival közvetítette is ezt a dolgozók felé. A kórházban voltak olyan vezetők is, akik a minőségirányítási rendszer egyes elvárásait (pl. precíz dokumentáció) már eleve elvárták beosztottaiktól, így ezen a téren az „ISO” már nem adott hozzá sokat az osztály működéséhez.

A szervezeten kívüli tényezők közül a **perek, feljelentések** a tanúsítás kórházon belüli szerepének értelmezését is befolyásolták. Mivel ezen külső tényezőknek jelentős következménye (pl. anyagi vonzata) is lehet, az ezek kapcsán megfogalmazott elvárásoknak súlya van. A tanúsítás hatására kiépített rendszernek több kórházi szereplő szerint is szerepe van a kórház védelmében, amennyiben segítségével megelőzik azokat a problémákat, amelyek a panaszokhoz, feljelentésekhez, perekhez vezetnek. Az ezt a szerepértelmezést valló kórháziak úgy gondolják, hogy a megelőzésben nagy szerepe van a megfelelő dokumentáltságnak, amely egyrészt a számon kérhetőséget, másrészt a dolgozók védelmét is támogatja.

A szervezeti adottságok tényezők közül a **menedzsment szerepe** meghatározó a tanúsítás kórházon belüli szerepének, és a hatására kiépített rendszer működésének értelme szempontjából. A minőségmenedzsment szakirodalomban sokat hangoztatott feltétel, hogy fontos a vezetői elkötelezettség. Az auditok során az auditoroknak elvileg ezt is vizsgálniuk kell, erre vonatkozóan

megállapításokat is tesznek az auditori jelentésekben. Felmerül kérdésként azonban, hogy mit is jelent a vezetői elkötelezettség, természetesen nem csak azt, hogy a vezetők vállalják a tanúsítást és kiadják a kórházon belül a feladatot, hanem annyit mindenféleképpen, hogy a főigazgató a kórházon belüli kommunikációjával és magatartásával üzeni a többi kórházi szereplő felé, hogy ennek a szempontrendszernek való megfelelés fontos. Az általam vizsgált eset alapján bebizonyosodott, hogy ez a hozzáállás, amely a rendszer kiépítését elindító főigazgatóra jellemző volt, valóban eredményezhet a kórházon belül változást. Ugyanakkor az eset alapján az is kiderült, hogy a főigazgató és a menedzsment többi tagjának szerepe nem merül ki ennyiben, ugyanis az is nagyon fontos, hogy ők hogyan értelmezik a módszer célját, szerepét, működésének mikéntjét. Ha a kórház vezetője nem vezeti be és használja ki a módszer bizonyos lehetőségeit (pl. elemzésekre alapozott célkitűzés és azok megvalósításának értékelése), akkor azok hatása (pl. PDCA ciklus hatása a fejlesztésre) nem érvényesülhet. Összességében a tanúsítás értelmét nagymértékben befolyásolja az, hogy a meghatározó szereplők, így a menedzsment vagy akár a minőségügyi vezető, mit gondolnak, mi ennek az értékelési módszernek a rendeltetése, szerepe a szervezetben.

A szervezeti adottságok tényezők közül kiemelem még a **felelős/tapasztalt személy jelenléte** tényezőt. Az eset alapján meghatározó, hogy az adott szervezetben vagy szervezeti egységben van-e olyan kórházi szereplő, aki felelős a tanúsítás által elvárt rendszer működtetésért és/vagy tapasztalt az auditok módszerével kapcsolatban. Különösen a szervezeti egységek (beágyazott esetek) szintjén bizonyosodott be az eset kapcsán, hogy azokban a szervezeti egységekben ahol volt belső auditor, az elvárásoknak való megfelelés gördülékeny volt, míg ahol nem volt egyértelmű a felelős személye és belső auditor sem volt, ott az elvárások teljesítése nehezebben volt értelmezhető és teljesíthető a szervezeti egységben dolgozók számára. A kórházban a szervezeti egységek szintjén a módszerről legtöbb ismerete ugyanis a belső auditoroknak van, így ők egyrészt segíthetnek az egyes változtatások értelmezésében (pl. miért van rá szükség), másrészt mivel más szervezeti egységben is járnak belső auditok alkalmával, ezért tapasztalatuk is van arról, hogyan működik az audit módszere. A belső auditoroknak a jó megoldások terjesztésében, azaz a szervezeti tanulás elősegítésében is van szerepük. Ez a logika a szervezet szintjén is működhetne, ha lenne olyan személy a szervezetben, aki egyben külső auditor is, és így a más szervezetekben látott jó gyakorlatot vihetné be a kórházba. A kórház egyik külső auditora, aki a saját kórházában egyébként minőségügyi vezető, be is számolt erről a jelenségről a saját esetére vonatkozóan.

Az egyéni szinten jelentkező tényezők közül a **megértés és a tapasztalat** jelentőségét szeretném kiemelni. Az ISO tanúsítással kapcsolatban gyakran elhangzó negatívum, hogy nagy dokumentációs terhet jelent, erre az általam megkérdezett szakértők közül is többen utaltak. Az eset elemzése alapján, azonban az is kiderült, hogy ez a dokumentációs teher nem mindig jelentkezik, ugyanis azok a szereplők, akik úgy gondolták, hogy értik miért van erre szükség, elfogadták, és miután rutinszerűvé vált a gyakorlat, már nem érezték tehernek. Akkor sem érezték tehernek, ha már korábban is hasonló elvárásoknak kellett megfelelniük (pl. közvetlen vezető elvárásai), vagy ha megtapasztalták, hogy miért van értelme dokumentálni valamit (pl. számon kérhető), ezeket a körülményeket soroltam a tapasztalat befolyásoló tényezőhöz. Az eset alapján tehát nem triviális, hogy az ISO tanúsítás nagy dokumentációs terhet jelent, amely a kórházi szereplők ellenállásához vezet. Sokkal inkább befolyásoló tényezőként annak van jelentősége, hogy látják-e értelmét a tanúsításnak, auditnak vagy konkrétan a hatásukra bevezetett változtatásoknak (pl. a dokumentációban), azaz az általam megértésnek elnevezett tényezőnek. A megértés azt jelenti, hogy az egyes kórházi szereplőknek valamilyen szempontból van

értelme a tanúsításnak vagy a hatására bevezetett változtatásnak. Nem feltétlenül egyezik meg minden szereplőnél, hogy mi az értelme, azonban ahhoz hogy elfogadják a bevezetett változtatást, erre nincs is szükség. Ugyanakkor ahol nem látják az értelmét (pl. csak többlet dokumentációs teherként érzékelik), ott nem fogadják el, és még ha valamilyen más tényező hatására (pl. külső kényszer) próbálnak is megfelelni, az elvárások teljesítése nehezebb (ld. C beágyazott esetet a 8.8.2. alpontban). A megértés és a tapasztalat tényezők azonban nem jelentik azt, hogy bármekkora dokumentációs teher elfogadható lehet, ugyanis aki megértette, hogy miért van rá szükség, szintén kritizálta azt a részét, amelyre nem talált elegendő magyarázatot (pl. duplikáció a dokumentációban). Továbbá számos más befolyásoló tényező lehet még, amelyek közül jó néhányat magam is azonosítottam a kórház esetében. (Összefoglalva ld. 8.8. alfejezetben.)

A számos meghatározó befolyásoló tényező mellett kérdés, hogy egyáltalán hogyan érvényesülhet a módszert fejlesztők vagy az egészségpolitikai szintű támogatók eredeti elképzelése a tanúsítás szerepéről. Az ISO és KES/MEES rendszereknek a disszertációmban bemutatott története jelzi, hogy a fejlesztőknek, támogatóknak a módszerekkel kapcsolatos megértése, értelmezése is meghatározó hatással lehet egy külső értékelési módszer érvényesülésére, alakulására. Erre jó példa az akkreditációs standardok alapján készült hazai KES rendszer története, amely az akkreditációs rendszereknek csak egyik elemét, a szabályozó standardokat terjesztette el a gyakorlatban, és egy fontos másik eleme, az ISO tanúsítástól eltérő logikájú felülvizsgálati rendszer része nem jelent meg. Ehhez szükség lett volna arra, hogy a fejlesztők és az egészségügyi minőségpolitika meghatározói is felismerjék ennek jelentőségét. A standardokat ne csak önmagukban értelmezzék, hanem a hozzájuk kapcsolódó értékelési módszer lényegét és alapvető különbségeit az ISO tanúsításhoz képest megértsék, és ezt később tudatosan kommunikálják is.¹⁵⁴ Ezt a befolyásoló tényezőt neveztem disszertációmban a **fejlesztők, támogatók értelmezésének és üzeneteinek**.

Eredeti kutatási célomban és kérdéseimben megfogalmaztam, hogy elemzésemet a fejlesztési törekvésekre gyakorolt hatásra fókuszálva végzem el. Kutatásomból kiderült, hogy ebben **a kórházi esetben a tanúsításnak deklarált célja, de nem elsődleges szerepe volt a fejlesztés**. A szakértői interjúalanyaimnak is az a meglátása, hogy az ISO és a KES/MEES rendszereknek a hazai gyakorlatban nem érvényesül a fejlesztő szerepe, pedig a tanúsítás és a kapcsolódó auditok többféleképpen is kifejthetnék fejlesztő hatásukat. Az első felkészítési időszak és auditok hatására bekövetkezett szervezeti változásokat, azaz a szabályozottabb, rendezettebb működést a változást megtapasztaló kórházi interjúalanyaim többsége fejlesztésként értékelte. Ugyanakkor a tanúsításnak az auditori ajánlásokon keresztül is lehet fejlesztő hatása, hiszen ezek az ismertetett hatásmechanizmuson keresztül valóban érvényesülhetnek, azonban ezeknek az ajánlásoknak a tartalmát a kórházi interjúalanyaim többsége nem tekinti fejlesztésnek. Az esettanulmányban bemutattam, hogy bár a tanúsítás hatására kiépített minőségirányítási rendszernek a PDCA cikluson keresztül lehetne szintén fejlesztéseket eredményező hatása, a gyakorlatban ez mégsem érvényesül a befolyásoló tényezők miatt (pl. menedzsment szerepe). (Részletesebben ld. 8.9. alfejezetet.) Az, hogy a kórházi szereplők az általuk

¹⁵⁴ A 7. fejezetből kiderül, hogy nem volt világos célkitűzés és üzenet a minőségügyi rendszerek céljáról és szerepéről. A szakértők tanula a korábbi tapasztalatokból a jelenleg fejlesztés alatt lévő kórház akkreditációs rendszert már világos célkitűzésekkel és a módszer lényegét egy magasabb szinten megértve próbálják meg kialakítani és bevezetni. Továbbra is kérdés azonban, hogy a módszer alkalmas lesz-e a meghatározott célkitűzések teljesítésére, amelynek vizsgálata újabb kutatás témája lehet.

észlelt változásokat fejlesztésnek tekintik-e, nem csak pozitív vagy negatív irányuktól függ, hanem attól is, hogy észlelik-e és mennyire tekintik lényegieknek. A tanúsítás és a kapcsolódó auditok eredményezhetnek szervezeti változásokat, azonban ezek tartalmát, azt hogy ezek mennyire lényegi változások, befolyásolja az, ahogyan az auditorok és a kórházi szereplők értelmezik a tanúsítás szerepét. Összességében a tanulmányozott kórházi esetben a tanúsításnak a kiépített rendszeren keresztül kifejtett közvetett hatása **nem proaktív fejlesztési potenciált jelentett a szervezet számára, hanem egyfajta reaktív hatást eredményezett**, azaz a más tényezők hatására bekövetkezett változásokat követte le, beépítette a szabályozási rendszerbe, és ily módon rögzítette, átörököltette az új állapotokat.

9.2. Az eredmények összevetése a szakirodalommal

Az empirikus kutatásom eredményeit összevetettem a disszertációm elméleti részében bemutatott szakirodalommal. Az elemzés alapján a szakértői bürokráciához (Mintzberg, 1991), a kompatibilitási réshez (Lozeau et al. 2002) és az egészségügyi szektor sajátosságaihoz kapcsolódó megállapításaimat foglalom össze ebben az alponban.

A munkafolyamat standardizálás az orvosok és az ápolók nézőpontjából

Az eset kapcsán feltárt befolyásoló tényezők és Mintzberg (1991) koordinációs mechanizmusai közötti összefüggések közül néhányat már az előző, 9.1. alfejezetben bemutattam. Az ISO 9001 és a KES/MEES rendszer szerinti tanúsítás – amely külső értékelési módszerre empirikus kutatásom fókuszát szűkítettem – olyan szervezeten belüli szabályozó mechanizmust vár el, amely Mintzberg (1991) koordinációs mechanizmusai közül a munkafolyamat standardizálásnak feleltethető meg. Mintzberg szerint a szakértői bürokrációkban, amilyenek a kórházak is, a jelenlévő hat koordinációs mechanizmus közül nem ez az elsődleges mechanizmus, hanem a szakismeret standardizálása. A munkafolyamat standardizálásáért felelős technostruktúra szerepe kicsi Mintzberg szerint a szakértői bürokrációkban.

Az általam vizsgált esetben valóban megjelentek a szakmai irányelvek, protokollok és a képzés, amelyek az orvosok szakmai munkáját befolyásolják és meghatározzák. Ez gyakran úgy hangzott el az interjúk során, hogy valójában az „ISO” az ő szakmai munkájukat nem szabályozza, mert arra a szakmai protokollok vonatkoznak. Azaz az orvosok esetében valóban elsődlegesnek tűnt a szakismeret standardizálása. Mintzberg (1991) a szakértői bürokrácia jellemzőinek tárgyalásakor azonban nem veszi külön a szervezet operatív magján belül az orvosokat és az ápolókat, pedig az általam vizsgált esetben és az auditorok általános tapasztalata alapján is az ápolók aktívabban részt vesznek a minőségügyi rendszer működtetésében. Bár kétségtelen, hogy a kórház fő tevékenységében, azaz a betegellátásban az orvosok szerepe a domináns és a hierarchiában elfoglalt hatalmi pozícióik is meghatározóak, ugyanakkor az orvosok hierarchiája mellett megtalálható az ápolók és egyéb szakdolgozók hierarchiája is, amely a betegellátási tevékenység nagy részét biztosítja. Így az operatív mag jelentős részében a munkafolyamat standardizálása mégiscsak érvényre juthat, ahogyan ezt a tanulmányozott eset is alátámasztotta.

Mintzberg (1997) kifejezetten kórházakkal foglalkozó egyik cikkében publikált elemzési keret magyarázatot adhat erre a jelenségre. Ebben a modellben Mintzberg megkülönbözteti az orvosok és az ápolók világát további két másik (menedzsment, igazgatóság) világ mellett. A négy világ különböző

nézőpontokat jelent, a benne lévők másképpen láthatják például a szervezeti problémákat. Az ápolók a „gondozás” (care) világában a folyamatos ellátást biztosítják, a szakemberek munkájának koordinálása központi probléma számukra, ezért fogékonyak arra, hogy a munkafolyamatok szervezésében gondolkodjanak. Ehhez képest az orvosok a „kezelés” (cure) világában a saját szakmájuk szempontjából gondolkodnak, a munkájuk kezelési epizódokból áll.¹⁵⁵ A kutatásom szempontjából ez azért érdekes, mert az ápolók világa, azaz nézőpontja azt sugallja, hogy nekik a munkafolyamatok szervezetlenségére nagyobb rálátásuk van, az ezzel kapcsolatos problémákat inkább észlelik, mint az orvosok, ezért motiváltabbak lehetnek a munkafolyamat standardizálásával kapcsolatos kezdeményezésekre. Míg az orvosok saját „kezelés” világuk nézőpontjából talán kevésbé fogékonyak ezekre a koordinációs problémákra.

Az eset elemzésekor az ápolók, szakdolgozók aktívabb, elfogadóbb attitűdjére vonatkozó további lehetséges magyarázatot is találtam: Az ápolók és a szakdolgozók bizonyos képzéseinek már részei a minőségüggyel illetve a betegdokumentációval kapcsolatos ismeretek, ahogyan erre több interjúalanyom is utalt. Ezen kívül az ápolók szervezeten belüli helyzete (hatalmi viszonyok, pl. alárendeltség), döntési pozíciója és még más tényezők is magyarázhatják ezt a jelenséget. Az orvosok esetében érdekes lehet azt megvizsgálni, hogy a képzés hogyan befolyásolja egyes feladatokkal, például a dokumentációval kapcsolatos attitűdjüket. A kórházon belüli munkamegosztást az is befolyásolhatja, hogy milyen elképzeléseik, hiedelmek vannak erről az ápolóknak, orvosoknak (pl. kinek a feladata a dokumentálás, vajon az adminisztrátoroknak, ápolóknak vagy az orvosoknak is).¹⁵⁶ Az ápolók és orvosok munkafolyamat standardizálással kapcsolatos attitűdjében a speciális döntési helyzetük („kezelés” vs „gondozás” világa), a képzés és egyéb tényezők szerepének vizsgálata további kutatások témája lehet.

A különböző szerepértelmezések jelentősége és a kompatibilitási rés

Az esettanulmány eredményei alapján az általam vizsgált kórházi eset elemezhető abból a szempontból is, hogy a kórház, az azon belüli szereplők hogyan reagáltak összességében a tanúsítás kapcsán megfogalmazott elvárásokra, és ez a magatartás a Lozeau és szerzőtársai (2002) által adaptált, a kompatibilitási résre reagáló alternatívák közül melyiknek feleltethető meg.

A tanúsítás nem érintette az orvos-szakmai területet sem a tanúsítás szerepének értelmezése (ld. 8.7.1. alpont: „*lyuk a rendszerben*”), sem az észlelt változások alapján. Ugyanakkor a tanúsítás domináns szerepértelmezése a dokumentáció-ellenőrzés volt, illetve a dokumentációval kapcsolatos változásokat az interjúalanyaim nagy többsége észlelte. Ha az ISO 9001 szerinti tanúsítás elméleti szerepét vesszük, azaz a szervezet főtevékenységére (is) vonatkozik, akkor megállapíthatjuk, hogy az esetről a módszer „elferdítése” történt, amely a Lozeau és szerzőtársai (2002) által azonosított egyik lehetséges reakció. Az empirikus kutatásom kiindulópontjaként feltételeztem, hogy a vizsgált külső értékelési módszereknek szerepe a minőségfejlesztés, ha ezzel vetem össze az eset szintén a módszer elferdítésének tekinthető.

¹⁵⁵ Természetesen vannak olyan orvosi szakterületek, ahol az orvosnak a beteg folyamatos gondozásában van szerepe (pl. házi orvos), és ebben az esetben ők is szembesülnek a folyamat koordinációjának problémájával.

¹⁵⁶ Úgy gondolom, hogy ezeknek a hiedelmeknek a kialakításában a képzésnek nagy szerepe lehet, amelyet a kórházi tapasztalatok is tovább erősíthetnek. Azaz a képzésnek véleményem szerint nem csak a szakismeret standardizálásában van szerepe, hanem a szakmákon belüli normastandardizálásban is, amely meghatározhatja például az orvosok betegekhez vagy más szakmákhoz való hozzáállását (ld. sztereotípiák, Mintzberg, 1997). Ezeket az állításaimat természetesen további kutatások során még tesztelni szükséges.

Ha a módszert szakértőként ismerő külső auditor értelmezését vesszük alapul, már nem ilyen egyértelmű a következtetés. Ugyanis egyikük szerint a szakmai folyamatok szabályozása nem feladata az ISO rendszernek, arra a szakmai protokollok vonatkoznak. Ebben az értelmezésben, amely a kórházak speciális körülményeit is figyelembe veszi, az esetet inkább a „kölcsonös igazodás” (Lozeau et al. 2002) csoportba lehetne sorolni. A tanúsítás külső auditorok általi szerepértelmezése nagyrészt összhangban volt a menedzsment illetve a minőségügyi vezető szerepértelmezéseivel (ld. 8.7. alfejezetet).

Ha viszont a KES illetve MEES szerinti tanúsítás érvényesülését elemezzük, akkor arra a következtetésre juthatunk, hogy a módszer eredeti szerepére (ld. szakértői értelmezések) és a gyakorlati megvalósulásra a „laza kapcsolódás” (Lozeau et al. 2002) a jellemző, mivel az ISO hatása mellett ez a módszer már nem igazán érvényesült, bár a kórház a KES illetve MEES tanúsítványt megszerezte.

Kérdés, hogy kinek az értelmezése számít, ugyanis a módszer eredeti elméleti szerepét maguk a fejlesztők is (ld. szakértő interjúalanyaim a KES esetében) többféleképpen értelmezhetik. Ha a kórháziak úgy gondolják, hogy látják az értelmét a náluk megvalósult ISO rendszernek (pl. védelmi szerep, amelyhez a dokumentáltság fontos), azaz megéri vállalni és működtetni a rendszert, akkor elképzelhető, hogy az ő szerepértelmezésükkel összhangban van a gyakorlat. Probléma szerintem akkor jelentkezik, ha a kórháziak egy része – pl. fejlesztők, támogatók, auditorok üzeneteinek hatására – másképpen értelmezi a tanúsítás szerepét, és mivel az elvárásaik nem teljesülnek, felesleges tehernek érzik azt, amely a passzivitásukhoz, ellenállásukhoz vezethet. Ez a helyzet a vizsgált kórházon belül is, azaz a kórháziak szerepértelmezései nincsenek összhangban egymással. Ebben az esetben a különböző értelmezések összeegyeztetése és az alkalmazott módszer változtatása, alakítása valóban megfontolandó.

A külső értékelési módszer alapfeltevései és az egészségügyi szektor sajátosságai

Az egészségügyben az ISO 9001 szabvány esetében hátrányként szokták említeni, hogy nem egészségügy specifikus, azaz eredetileg üzleti (sőt ipari) szervezetekre fejlesztették ki. Az ISO szabványok alkalmazásánál természetesen már az is sokat segít, ha az egyes fogalmakat, kifejezéseket értelmezik az egészségügyi ágazatra vonatkozóan, ahogyan ez hazánkban meg is történt. (ESzCsM, 2003) (Az ISO 9001 egészségügyi alkalmazását támogató fejlesztés indult nemzetközi szinten is. (Shaw et al. 2010) Az Európai Szabványügyi Szervezet (CEN) az ISO 9001 nemzetközi szabványon alapuló, az egészségügyi szolgáltatások minőségirányítási rendszereinek követelményére vonatkozó szabványa (EN 15224:2012) 2014 tavaszán jelent meg magyarul.) A tanulmányozott esetről az egészségügyi adaptációval magának a kórháznak kellett megküzdenie, ugyanis a bevezetés időszakában még nem álltak rendelkezésre a szakértők által kidolgozott anyagok.

Az ISO szabványok és tanúsítás egészségügyi adaptációjához nem elegendő csak az egyes fogalmaknak az egészségügyi értelmezése. Az is szükséges, hogy az érintett szereplők (pl. fejlesztők, támogatók, felkészítő cégek, alkalmazók) megvizsgálják a modell (ki nem mondott) feltételezéseit. Fontosak ilyen szempontból a szolgáltatásoknak a termelő szférától eltérő sajátosságainak figyelembe vétele, és át kell gondolni a közsférában működő egészségügyi szervezetek esetében az egészségügyi szektor specialitásait is (ld. 3. fejezet), amelyek alapvetően különböznek azokról a feltételezésektől, amelyek egy üzleti szférában bevezetett és tanúsított ISO rendszerrel érvényesek lehetnek. Egyik ilyen eleme az ISO rendszernek a vevőorientáció, amelyet nem elegendő átnevezni ügyfél-, páciens- vagy betegorientációnak az egészségügyben, hanem fontos lenne megvizsgálni, hogy ezt milyen erők befolyásolják, motiválják. Ugyanis míg az üzleti szférában a vevő egyben igénybe vevője (fogyasztója) és

finanszírozója is a szolgáltatásnak (terméknek), addig az egészségügyben ez a szerep kettéválk (ld. 3. fejezet), így a páciens kevésbé tudja szolgáltatásért járó fizetéssel befolyásolni a kórház tevékenységét. Egyéb egészségügyi szektor sajátosságok is korlátozzák a páciensek érdekérvényesítését. (ld. 3. fejezet) Kérdés, hogy ilyen körülmények között hogyan tudná a páciens érvényesíteni érdekeit. Az egyik ilyen lehetőség a másik szolgáltató választása, ilyen szempontból azonban a páciens lehetőségei hazánkban korlátozottak (ld. beutalási rend, kötelező ellátási terület) és csak egyes ellátástípusok és országrészek (pl. Budapest, ahol több kórház is elérhető) esetében lehetséges. Ezért azt gondolom, hogy nem véletlen, hogy az ISO rendszer alkalmazásánál a tanulmányozott kórház esetében a perek, feljelentések kivédése lett a tanúsításnak az egyik szerepértelmezése. Ugyanis ezeket a páciensek irányából érkező elvárásokat a kórház és dolgozói valóban a „saját bőrükön” érzik. Ugyanakkor a feljelentéseket és pereket a páciensek érdekein túl már számos más érdek is befolyásolja, így nem a leghatékonyabb mód a páciensek érdekeinek érvényesítéséhez.

Disszertációm témájához kapcsolódóan ebből a szempontból az a fő kérdés, hogy egy külső értékelési módszer, mint például a tanúsítás mit tehet a páciensek érdekeinek az érvényesítéséért, ha alkalmazói a „vevőorientációt” valóban adaptálni szeretnék. Az ISO rendszerben megtalálhatóak olyan elemek, mint a betegelégedettségi felmérések, a panaszkezelés, amelyek kórházban bevezetése már valószínűleg pusztán megjelenésükkel, alkalmazásukkal sokat változtattak az arra fogékonyak gondolkodásmódján. A vizsgált eset is azt mutatja azonban, hogy ezek bevezetése és alkalmazása még nem jelenti azt, hogy hatásukra a páciensek érdekeinek fokozottabb figyelembe vétele felé mozdult el a kórház. Ehhez számos feltétel lenne még szükséges, például az, hogy a kórházi szereplők felismerjék, elfogadják a tanúsításnak ezt a szerepét (páciensek érdekeinek/ szempontjainak érvényesítése), és a páciensek véleményét felmérni hivatott eszközöket (pl. a megfelelően alkalmazott betegelégedettségi felméréseket) valóban hasznosítsák a döntéshozatalban. Még lehet, hogy ekkor is hiányozna a fő húzóerő, amely az egyes szereplőket ebbe az irányba terelné. Véleményem szerint ebben segíthetne egy jól felépített és működtetett külső értékelési rendszer, amelynek a páciensek érdekeinek a képviselője (is) a szerepe. Kutatásom egyik eredménye ugyanis, hogy a vizsgált esetben egyértelmű, hogy a kórházi szereplők (menedzsment, más vezetők, beosztottak) figyelembe veszik a külső elvárásokat és azok döntéseiket befolyásolják. (Például ha elvárás a tulajdonos vagy az egészségpolitika alakítói részéről, akkor bevezetik a módszert; ha az auditorok megfogalmazzák ajánlásait és azok megvalósítását ellenőrzik, akkor bevezetik azokat.) Fontos azonban a közös értelmezés a módszer céljáról, szerepéről és arról, hogy az hogyan működik, hogyan vezet el a célok megvalósításához.

10. Összegzés és további kutatási irányok

Kutatásomban a külső értékelési módszerek kórházon belüli hatását vizsgáltam. A téma relevanciáját adja, hogy a külső kórházi értékelési módszerek az utóbbi évtizedekben külföldön és a 2000-es évektől Magyarországon is elterjedtek, amelynek eredményeképpen a kórházakat egyszerre akár több külső érintett is értékeli különböző módszerekkel. Mind a gyakorlatban, mind a kutatók körében ezért számos kérdés merült fel például a módszerek céljával és eredményességével kapcsolatban. A kórházi értékelési módszerekkel kapcsolatos kutatások főként az 1990-es évek közepétől kaptak nagyobb lendületet. A kutatások a 2000-es években elsősorban a módszerek eredményességét, azaz a kórházi outputra vagy outcome-ra gyakorolt hatást vizsgálták, illetve számos kutatás, cikk elemezte az egyes módszerek nem kívánatos következményeit. (Ezeket a kutatási eredményeket disszertációm 4.3. alfejezetében összegeztem.) A kutatások eredményeképpen megfogalmazódott, hogy szükség van a kórházi értékelési módszerek osztályozására. A szakirodalom feldolgozása során csak nagyon kevés olyan kutatást, elméleti cikket találtam, amelyek arra keresték a választ, hogy a külső kórházi értékelési módszerek hogyan érik el a kívánt eredményt vagy éppen miért vannak nem kívánatos következményeik.

Kutatási célomként ezért a külső értékelési módszerek kórházon belüli hatásának *feltárását* tűztam ki a szervezeten belül zajló folyamatok, szereplők reakciója és egymás közötti interakciója megértése révén, elsősorban a fejlesztési törekvésekre fókuszálva. Kutatásommal tehát nem a külső értékelési módszerek eredményességének vizsgálata volt a célom, hanem azok szervezeten belüli hatásának elemzése. Továbbá célom volt a módszerek osztályozására javaslattevés, mert a kutatási eredményeket csak abban az esetben lehet összehasonlítani, ha alapvető jellemzőik mentén rendszerezzük a módszereket.

Kutatási célomnak megfelelően a szakirodalomban fellelhető külső értékelési módszereket rendszerező cikkeket feldolgozva és az értékelés szakterületén általános ismérvekként megadott szempontokra alapozva javaslatot tettem a kórházi értékelési módszerek osztályozási keretére. Ennek dimenzióiként az értékelő helyzetét (külső vagy belső), az értékelés szerepét (formatív vagy szummatív) illetve a megismerés módszerét (pozitivistá vs interpretatív) határoztam meg. További lehetséges osztályozási szempontok még, hogy az értékelést milyen intézkedések vagy ösztönzők követik, az értékelés a szervezetnek mely területeire terjed ki, illetve az értékelési módszer önkéntes vagy kötelező. A javasolt osztályozási keretrendszer nem csak a kórházi, hanem más közszolgálati szervezetek értékelési módszereinek osztályozására is alkalmas, ugyanakkor elsősorban az alkalmazott módszerek osztályozását teszi lehetővé, hiszen az elméleti modellektől a gyakorlati megvalósítás (például milyen intézkedéseket, ösztönzőket kapcsolnak hozzá) jelentősen eltérhet. A javasolt osztályozási keretrendszer alkalmazhatóságát empirikus kutatásom során teszteltem, amely igazolta, hogy a vizsgált esetben alkalmazott értékelési módszer besorolása, jellemzése lehetséges a keretrendszer dimenzióinak segítségével.

Empirikus kutatásomat a Magyarországon vizsgálható külső kórházi értékelési módszerekre szűkítettem, így az ISO 9001, illetve a Kórházi Ellátási Standardok (KES) és Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES) szerinti tanúsítás kórházon belüli hatását vizsgáltam. Feltáró jellegű empirikus kutatásom fő kérdése a következő volt: Hogyan hat az ISO 9001 illetve a KES/MEES szerinti tanúsítás a kórházon belül a szervezeti szereplők magatartására és ezen keresztül a fejlesztési törekvésekre a magyar egészségügyi környezetben?

A kutatási kérdésem megválaszolásához szakértői interjúkon és esettanulmányon alapuló kvalitatív módszertant alkalmaztam. Az esettanulmány lehetőségein belül az egy eset vizsgálatát választottam több elemzési egységgel (beágyazott esetek), mivel ez jól illeszkedett kutatásom feltáró jellegéhez és lehetővé tette a jelenség mélyebb megértését. A módszertanválasztást indokolja, hogy a vizsgálni kívánt jelenség a szervezeti kontextustól nehezen különíthető el, az esettanulmány készítése azonban lehetőséget adott a kontextus figyelembevételére a jelenség vizsgálatakor. (Yin, 2009) A kvalitatív módszertan választását a kutatás feltáró jellege és a jelenség megértésére irányuló kutatási kérdés indokolta. (Eisenhardt, 1989; Maxwell, 2006) Kutatásomban különböző nézőpontok összevetésére törekedtem, ezért félig-strukturált interjút készítettem a módszereket támogató és fejlesztő magyarországi szakértőkkel (5 fő), a kórház külső auditoraival (2 fő) és a kórházi szereplőkkel (30 fő). Különböző adatgyűjtési módszereket alkalmaztam az esettanulmány keretein belül (félig-strukturált interjúk, dokumentumok, megfigyelés), hogy az elemzés során ezek összevetésével növeljem kutatásom érvényességét (trianguláció). A beágyazott esettanulmányos módszertan lehetővé tette, hogy kórházi szervezeti egységek szintjén is összehasonlításokat végezzek. (5 beágyazott elemzési egység) Az adatokat NVivo 9 szoftverrel kódoltam (kórházi és auditori interjúk esetében nyílt kódolással (Strauss – Corbin, 1990), szakértői interjúk esetében vegyes kódolással (Miles – Huberman, 1994)), majd egy többkörös elemzési folyamattal jutottam a disszertációmban bemutatott eredményekre. Az alkalmazott módszertan tapasztalataim szerint – bár nagyon időigényes – támogatja a feltáró jellegű kutatás kivitelezését.

Az empirikus kutatásom eredményei a következők. A javasolt osztályozási keretben elhelyezett ISO 9001 illetve KES/MEES szerinti tanúsítás a vizsgált kórházi esetben az értékelés szerepe alapján a formatív, a megismerés módszere alapján pedig az interpretatív értékelési módszerek közé tartozik. A kórházi esetben az ISO 9001 és a MEES szerinti integrált rendszer működik, amelynek értékelése is egyszerre történik az auditok során. Kutatásomban tehát az ISO/MEES integrált rendszert és tanúsítást vizsgáltam, a két módszer hatása nem volt elválasztható.

A tanúsítás és a kapcsolódó auditok szerepe formatív jellegű, mivel az auditorok hozzáállása fejlesztő, támogató és a kórházak is a tanúsítás szerepét javító, fejlesztő szándékúnak érzékelik, ugyanakkor a szummatív értékelés szempontjainak nem felel meg. A tanúsítás és a kapcsolódó auditok interpretatív módszerek, mivel az értékelési folyamatban az értékelők (auditorok) és a kórházak is részt vesznek, az információgyűjtés folyamata nem válik külön az értékelő megállapítások visszacsatolásától, így az értékelő mozzanatok visszahatnak a gyűjtött információk tartalmára, továbbá az auditorok az értékelés során figyelembe veszik a magyarázó körülményeket is. Ugyanakkor nem felel meg a módszer számos pozitívista nézőpontból megfogalmazott elvárásnak.

Az empirikus kutatásom további eredménye, hogy megvizsgáltam a tanúsítás kórházon belüli hatásmechanizmusát, azaz az auditorok és a kórházi szereplők reakciót és interakcióit, amely elemzés eredményeképpen megállapítottam, hogy a kórházi esetben a tanúsítás hatásmechanizmusának legfőbb jellemzői a rendszeres ellenőrzés és a vizsga jelleg. További kutatási irány lehet annak vizsgálata, hogy ez a hatásmechanizmus milyen szervezeti tanulási folyamatot eredményez. A szervezeti tanulás különböző elméleteivel való összevetés elemzési lehetőséget kínál.

Az empirikus kutatásom során a szereplők reakciót és interakciót befolyásoló tényezőket tártam fel, amelyeket a következő tényezőcsoportokba soroltam: elméleti tényezők, külső értékelési tényezők, szervezeten kívüli tényezők, szervezeti adottságok tényezők, közvetett hatásmechanizmus tényezők, egyéni szinten jelentkező tényezők. A befolyásoló tényezők hatását a beágyazott esetek elemzésével is

alátámasztottam kutatásomban. A befolyásoló tényezők további elméletekkel (pl. reaktivitás elmélete (Espeland – Sauder, 2007), szervezeti tanulás (Argirys, 1994)) való összevetése szintén egy lehetséges folytatása kutatásomnak.

Az előbbi tényezők által befolyásolt hatásmechanizmus (szereplők reakciója, interakciója) és a tanúsítás szerepének értelmezése között oda-visszahatás van. A kórházi szereplők különböző, jellegzetes csoportjai eltérően értelmezték a tanúsítás és a kapcsolódó ellenőrzések szerepét. A többségük dokumentáció-ellenőrzésként élte meg. A tanúsítás kórházon belüli szerepével legkevésbé elégedettek a betegellátó osztályon dolgozó orvosok. Míg a módszert jobban ismerő, kezdetektől rálátó szereplők szerint a tanúsítás szerepet játszott a kórházban a rend és fegyelem megteremtésében, hozzájárult a kórház védelméhez a perek és feljelentések megelőzése révén, és közöttük vannak olyanok is, akik szerint a fejlesztésben is szerepe volt. Összességében elmondható, hogy bár a tanúsítás deklarált célja volt a fejlesztés, valójában szerepét tekintve nem ez az elsődleges, és bár kezdetben hozzájárult a szervezet fejlesztéséhez (pl. szabályozottság, átláthatóság növelése), a tanúsítás hatására kiépített rendszer inkább csak reaktív módon leköveti a külső és belső szervezeti változásokat.

Disszertációmban az eset és a vizsgált jelenség részletes, feltáró jellegű bemutatása lehetővé teszi mások számára az általuk ismert esetekkel való összevetést, ugyanakkor kutatásomnak nem volt célja általánosítható következtetések megfogalmazása. Az eredmények alkalmasak többek között arra is, hogy a szakirodalomból ismert elméletekkel összevessük azokat. A disszertációmban bemutatott elméletekkel magam is összevettem kutatási eredményeimet.

Kutatásom eredményei összhangban vannak Mintzberg (1991) szakértői bürokrácia modelljével abban a tekintetben, hogy a koordinációs mechanizmusok közül a szakértelem standardizálása meghatározó az orvosok esetében. Ugyanakkor megállapítottam, hogy az ápolók, szakdolgozók esetében az orvosoktól eltérően a munkafolyamat standardizálása – amelyre a tanúsítás hatással van – jellemző koordinációs mechanizmus lehet. Erre Mintzberg (1997) „kezelés” (orvosok) és „gondozás” (ápolók) világát leíró modellje magyarázatot adhat. Az orvosok és az ápolók szabályozással kapcsolatos attitűdjét befolyásoló tényezők (pl. eltérő döntési helyzet, képzés, szakmakultúra (norma standardizáció) szerepe) további kutatási irány lehet.

A vizsgált esetet összevettem Lozeau és szerzőtársai (2002) cikkével abból a szempontból, hogy a kórházon belüli szereplők összességében hogyan reagáltak a tanúsítás kapcsán megfogalmazott elvárásokra. Megállapítottam, hogy attól függően, hogy mely szereplők (pl. fejlesztők, auditorok, kórháziak) értelmezésével vetjük össze az észlelt gyakorlatot, különbözőképpen lehet megítélni az esetet (pl. elferdítés, kölcsönös igazodás, laza kapcsolódás). Azaz fontos, hogy kinek az értelmezése számít, és ez függ attól, hogy a módszer vagy a gyakorlat fejlesztése éppen a célunk.

Az előzőekben említetteken kívül további kutatási téma lehet a külső értékelők (pl. auditorok, felülvizsgálók) hozzáállásának, szerepeinek vizsgálata vagy a külső értékelési módszerek hatása a „hibakultúra” kialakulására. (Az eset tanulmányozása során jellemző volt az elvárt és tényleges gyakorlat közötti eltérésre a hiba szó használata a kórházi interjúalanyaim körében, így kutatási lehetőségként adódik annak vizsgálata, hogy a tanúsításnak vajon ehhez kapcsolódóan negatív (pl. hibáztatás) vagy pozitív (pl. hibajavítás) következménye van-e.) Egy további lehetséges kutatási kérdés, hogy a külső kórházi értékelési módszer fejlesztőinek alapfeltevései, hogyan befolyásolják a módszer kialakítását és a gyakorlati megvalósítás eredményességét. Ezt a kérdést érdekes lenne megvizsgálni a jelenleg fejlesztés alatt lévő kórházi akkreditációs rendszer esetében is.

A disszertációmban bemutatott kutatás folytatásának tekinthető a fejlesztés alatt lévő kórházi akkreditációs rendszer hatásvizsgálata, amely kutatási projekten belül olyan kérdéseket vizsgál a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának kutatócsoportja mint az akkreditáció hatása a (beteg- és dolgozói) biztonsággal kapcsolatos szervezeti kultúrára.

A PhD kutatásom eredményeiről azt gondolom, hogy a kórházi akkreditációs rendszer fejlesztésénél is felhasználhatóak. Az ápolók és szakdolgozók, illetve az orvosok szabályozással kapcsolatos eltérő attitűdjének megértésében, az általam azonosított befolyásoló tényezők segítséget nyújthatnak. A standardok fejlesztésénél és kórházi bevezetésénél szintén érdemes figyelembe venni ezeket a befolyásoló tényezőket. Kutatásom alapján úgy gondolom, hogy az egyes szereplők (fejlesztők, auditorok, kórházak) közötti intenzív párbeszéd kulcsfontosságú. Az akkreditáció céljának, szerepének és a működésével kapcsolatos feltételezéseknek közös értelmezése meghatározó lehet a módszer sikeressége szempontjából.

A kutatásomnak nem csak elméleti és gyakorlati szempontból voltak eredményei, hanem személyes fejlődésemhez is nagyban hozzájárult, egyrészt sikerült mélyebben megértenem a vizsgált jelenséget, másrészt kutatóként is sokat tapasztaltam az adatgyűjtési és elemzési módszerek alkalmazásáról, amelyet további kutatásaimban hasznosítani tudok.

Hivatkozásjegyzék

- Ajkay Z. – Szabadfalvi A. (1992): A kórházvezetés, -irányítás aktuális kérdései (menedzserképzés, minőség-ellenőrzés, felügyelőtanácsok). *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, Vol. 30. No. 6. pp. 375-381
- Alkin, M. C. (2004, szerk.): *Evaluation Roots. Tracing Theorists' Views and Influences*. Sage, London
- Antal E. (2005): *Teljesítménymérés a védelemben. A haderő hatékonyságának és eredményességnek mérési nehézségei*. Ph.D. értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskola, Budapest
- Anthony, R. N. – Govindarajan, V. (2009): *Menedzsmentkontroll-rendszerek*. Panem Könyvkiadó, Budapest; eredeti kiadás: Anthony, R. N. – Govindarajan, V. (2007): *Management Control System*. Twelfth Edition. MvGraw-Hill, New York
- Anthony, R. N. (2003): Management Accounting: A Personal History. *Journal of Management Accounting Research*. Vol. 15. No.1. pp. 249-253. DOI: <http://dx.doi.org/10.2308/jmar.2003.15.1.249>
- Argyris, C. (1994): *On Organizational Learning*. Blackwell Business Publishers, Oxford. idézi Bakacsi Gy. (2000)
- Aristigueta, M. P. (2008): The integration of quality and performance. in: De Langer Julnes, P. – Berry, F. S. – Aristigueta, M. P. – Yang, K. (Ed.): *International Handbook of Practice-Based Performance Management*, Sage Publications, Los Angeles, pp. 395-411.
- Babbie, E. (2003): *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Balassi Kiadó, Budapest
- Bakacsi Gy. (2000): *Szervezeti magatartás és vezetés*. KJK-Kerszöv, Budapest.
- Balogh A. (1999): A minőségügy helyzetének és fejlődési irányainak elemzése. I. rész, *Minőség és Megbízhatóság*, Vol. 33. No. 6. pp. 214-219.
- Báthory Z. (2000): *Tanulók, iskolák, különbségek: Egy differenciális tanításmélethez vázlata*. Okker, Budapest
- Becser N. (2007): *Szolgáltatásminőség fejlesztés a kiskereskedelemben. Egy lehetséges mérési modell és az arra épülő döntéstámogató rendszer alapjai*. Ph.D. értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskola, Budapest
- Belicza É. (2012): Akkreditáció szerepe és lehetőségei a hazai egészségügyi ellátás szakmai minőségfejlesztésében. Az előadás elhangzott: „Debreceni Egészségügyi Minőségügyi Napok” (DEMIN XII.) konferencia, 2012, május 31-június 1. Debrecen
- Belicza É. – Boján F. (1994) A hazai kórházak minőségfejlesztési tevékenysége. Áttekintő értékelés kérdőíves elemzés alapján. *EMIKK füzetek 1.* DOTE, Debrecen – idézi: Belicza É. – Dinnyés Gy. – Kander Z. – Kullman L. – Petrikné Jakab Zs. – Simoncsics D. – Susánszky M. (1998)
- Belicza É. – Dinnyés Gy. – Kander Z. – Kullman L. – Petrikné Jakab Zs. – Simoncsics D. – Susánszky M. (1998): Kérdőíves felmérés a kórházak minőségfejlesztő tevékenységéről. *Kórház*, Vol. 5. No. 8. pp.20-23.
- Belicza É. – Evetovits T. (2010): A minőség elismerési lehetőségei a finanszírozási szerződésekben. *Legis Artis Medicinae*, Vol. 20. No. 5. pp. 331-338.
- Belicza É. – Kőrösi L. – Rapi K. (2010): A minőségértékelés lehetőségei a háziorvosi ellátásban. *Orvostovábbképző Szemle*, Vol. 17. No. 2. pp. 13-22.
- Belicza É. – Kullmann L. (2003): Kérdőíves felmérés a kórházak minőségügyi tevékenységéről, 2002. *Kórház*, Vol. 10. No. 1-2. p. 14-18.
- Belicza É. – Takács E. – Boncz I. (2004a): Indikátorrendszer kialakítása az egészségügyi szolgáltatások értékelésére. *Orvosi Hetilap*, Vol. 145. No. 30. pp. 1567-1572.
- Belicza É. – Takács E. – Boncz I. (2004b): A minőségfejlesztés támogatása: indikátorok az egészségügyi szolgáltatások értékelésére. *Kórház*, Vol.10. No. 12. – Vol. 11. No. 1. pp. 20-22.
- Belicza É. – Takács E. (2007): A kórházi ellátás minőségének objektív megítélése: álom vagy realitás? *Orvosi Hetilap*, 148. évf. 43. szám, pp. 2033-2041.
- Belicza É. – Török K. – Mihalicza P. (2011): A Nemzeti Egészségügyi Minőségfejlesztési és Betegbiztonsági Stratégia (MIBES 2011) koncepciója és a megvalósítás feladatai a GYEMSZI Minőségügyi Főosztályán. Az előadás elhangzott: „Debreceni Egészségügyi Minőségügyi Napok” (DEMIN XI.) konferencia, 2011. június 2-3. Debrecen
- Belicza É. – Zékány Zs. (1998): A minőség fogalmi rendszere az egészségügyben. *EMIKK füzetek*, 17. szám, Debrecen

- Bernáth L. – Gulácsi L. – Topár J. – Varga L. (2000): Minőségügyi rendszer kialakítása az ISO 9000:2000 szabványsorozat alapján. In: Gulácsi L. (szerk.): *Minőségfejlesztés az egészségügyben*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, pp. 223-258.
- Bertrand, W. – de Vries, G. (2005): Lessons to be learned from operations management. In: Vissers, J. – Beech, R. (szerk.): *Health operations management. Patient flow logistics in health care*. Routledge, London, pp. 15-38.
- Bodnár V. (1997a): Menedzsment kontroll, controlling, vezetői számvitel: nemzetközi elmélet és gyakorlat – hazai tapasztalatok. A controlling vezetési megközelítése. *Vezetéstudomány*, Vol. 18. No. 5. pp. 3-12 o.
- Bodnár V. (1997b): Menedzsment kontroll, controlling, vezetői számvitel: nemzetközi elmélet és gyakorlat – hazai tapasztalatok. A controlling célra használt számviteli információ. *Vezetéstudomány*, Vol. 18. No. 6. pp. 3-11).
- Bodnár V. (1997c): Menedzsment kontroll, controlling, vezetői számvitel: nemzetközi elmélet és gyakorlat – hazai tapasztalatok. A controlling hazai gyakorlata. *Vezetéstudomány*, Vol. 18. No. 7-8. pp. 20-30.
- Bodnár V. (2005): Teljesítménymenedzsment vagy controlling? In: Bakacsi Gy. – Balaton K. – Dobák M. (szerk. 2005): *Változás és vezetés*. Aula Kiadó, Budapest, pp.147-153.
- Boland, T. – Fowler, A. (2000): A systems perspective of performance management in public sector organizations. *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 13. No. 5. pp. 417-446. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/09513550010350832>
- Boncz I. – Nagy B. (2002): Látogatók (hozzátartozók) elégedettsége: az OEP 2. országos betegelégedettségi vizsgálata. *Egészségügyi Menedzsment*, Vol. 4. No. 1. pp. 57-60.
- Borbás I. (2012): A kórházban kezelt betegek körében végzett országos betegelégedettség felmérések nemzetközi gyakorlata. *IME*, Vol 11., No. 3., pp. 26-31.
- Borbás I. – Mihalicza P. (szerk. 2011): *Egészségügyi Évkönyv 2011. I. rész – A Magyar Egészségpolitika Évkönyve*. GYEMSZI, Budapest
- Bouckaert, G. (1995): Remodeling quality and quantity in a management context. In: Halachmi, A. – Bouckaert, G. (eds.): *Public productivity through quality and strategic management*. IOS Press, pp. 21-38.
- Bouckaert, G. (2002): Reform of budgetary system in the public sector. In: Högye, M. (ed.): *Local government budgeting. Local government and public reform initiative*, LGI books – idézi: Kiss – Révész (2007)
- Bouckaert, G. – Halligan, J. (2008): *Managing performance. International comparisons*. Routledge, Abingdon, Oxon (This edition published in the Taylor & Francis e-Library, 2007.)
- Bouckaert, G. – Van Dooren, W. (2009): Performance measurement and management in public sector organizations. In: Bovaird, T. – Löffler, E. (Ed.): *Public Management and Governance*, Routledge, London, pp. 151-164.
- Bouckaert, G. – Auwers, T. – Reeth, W. V. – Verhoest, K. (1997): Handboek Doelmatigheidsanalyse: prestaties begroten. Brussels: Ministry of the Flemish Community. – idézi: Bouckaert – Van Dooren (2009)
- Bovaird, T. – Löffler, E. (2009): Quality management in public sector organizations. In: Bovaird, T. – Löffler, E. (Ed.): *Public Management and Governance*, Routledge, London, pp. 165-180.
- Braithwaite, J. – Westbrook, J. – Pawsey, M. – Greenfield, D. – Naylor, J. – Iedema, R. – Runciman, B. – Redman, S. – Jorm, Ch. – Robinson, M. – Nathan, S. – Gibberd, R. (2006): A prospective, multi-method, multidisciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation. *BMC Health Services Research*, 6:113. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-113>
- Brandtmüller Á. – Lepp-Gazdag A. (2005): Az egészségügyi ellátás mint közgazdasági jószág, és az egészségügyi ellátás piaca. In: Gulácsi L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, pp. 115-134.
- Chelimsky, E. – Shadish, W. R. (szerk., 1997): *Evaluation for the 21st Century. A handbook*. Sage, London
- Chen, H.-T. (1996): Epilogue: Synthesizing formative/summative evaluation issues and beyond. *Evaluation Practice*, Vol. 17. No. 2. pp. 163-167. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0886-1633\(96\)90021-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0886-1633(96)90021-5)
- Chikán A. (2003): *Vállalatgazdaságtan*. Aula Kiadó, Budapest
- Christie, Ch. – Alkin, M. (2008): Evaluation theory tree re-examined, *Studies in Educational Evaluation*, Vol. 34. Vol. 3. pp. 131-135. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.stueduc.2008.07.001>
- Custers, T. – Hurley, J. – Klazinga, N. – Brown, A. (2008): Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance. *BMC Health Services Research* 8:66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-66>
- Csicei I. – Kránitz K. – Tompa L. (2004): Tovább lépés egy integrált rendszer felé. A Zala Megyei Kórház minőségügyi tevékenysége a kórházvezetés szempontjából. *Kórház*. Vol. 11. No. 6. pp. 19-20.

- Dankó D. – Kiss N. – Molnár M. P. – Révész É. (2006): A teljesítményvolumen-korlát hatásai a kórházak magatartására a HBCs alapú finanszírozás kontextusában. I. rész, *IME*, Vol. 5. No. 8. pp. 20-28.
- Davidson, E. J. (2005): *Evaluation methodology basics: The Nuts and Bolts of Sound Evaluation*. Sage, London
- Davies, O. – Marshall, M. N. (1999): Public disclosure of performance data: does the public get what the public wants? *Lancet*, Vol. 353. No. 9165., pp. 1639–1640. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)90047-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(99)90047-8)
- Demeter K. – Gelei A. (2002): Szolgáltatásnyújtás a tevékenységmenedzsment szemszögéből. *Vezetéstudomány*, Vol. 33., No. 2. pp. 2-14.
- Demeter K. (2008): A folyamatos fejlesztés (11. fejezet) illetve TQM és ISO (13. fejezet) In: Demeter K. – Gelei A. – Jenei I. – Nagy J. (szerk. 2008): *Tevékenységmenedzsment*. Aula, Budapest, pp. 283-306. illetve 333-361.
- Demeter K. (2009): Szolgáltatásmenedzsment Magyarországon a termelő- és a szolgáltatóvállalatoknál. *Vezetéstudomány*, Vol. 40., No. 2., pp. 9-22.
- Demeter K. (2010): Minőség: célok, eszközök és eredmények – nemzetközi kitekintés. *Magyar Minőség*, Vol. 19. No. 2. pp. 5-14.
- Dolgos O. (2000): *A logisztika szerepe a vállalati versenyképességben. Empirikus propozíció-alkotás*. Ph.D. értekezés, Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Gazdálkodástudományi Kar, Budapest
- Dombrádi V. – Gödény S. (2013): Kórházak minőségügyi rendszerének értékelése az Európai Unióban. *Magyar Minőség*, Vol. 22. No. 10. pp. 5-9.
- Donabedian A. (1966): Evaluation the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quaterly*, Vol. 44. No. 3. pp. 166-206. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Donaldson, C. – Gerard, K. (1992): *Economics of health care financing: The Visible hand*. Macmillan, London
- Dózsa Cs. (2010): *A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre Magyarországon a 2000-es években*. Ph.D. értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskola, Budapest
- Dózsa Cs. (2012): A spontán államosítás kockázatai és lehetőségei, avagy mi várható a rendszer átalakításától. *IME*, Vol. 11. No. 3. pp. 5-12.
- Drótos Gy. (2000): Közzszolgálati szervezetek stratégiai vezetése. In: Antal-Mokos Z. – Balaton K. – Drótos Gy. – Tari E. (2000): *Stratégia és szervezet*. KJK-KERSZÖV, Budapest, pp. 257-273.
- Drótos Gy. – Révész É. (2007): Bevezetés, In: Kováts G. (szerk.): *Közzszolgálati szervezetek vezetése*. Jegyzet, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest, pp. 5-12.
- EBF (2008-2010): Egészségbiztosítási Felügyelet minőségi indikátorprogramjának 2008-as, 2009-es és 2010-es kérdőíves felmérése. adatbázis
- EBF (2010): *Minőségi indikátorrendszer 2010 – Gyorsjelentés*. Egészségbiztosítási Felügyelet
- Eisenhardt, K. M. (1989): Building theories from case study research. *The Academy of Management Review*, Vol. 14. No. 4. pp. 532-550. www.jstor.org/stable/258557
- EMKI (2009): *Minőségi mutatók kifejlesztésére irányuló országos kérdőíves felmérés kiértékelése*. Jelentés. 1. kötet. Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet
- EMKI (2011): *Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet kérdőíves felmérése, 2011*. adatbázis
- Erdei J. – Nagy J. B. – Topár J. – Tóth Zs. E. (2010): *Minőségmenedzsment. Oktatási segédanyag a Vezetés és szervezés mesterszak számára*. Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Gazdaság- és Társadalomtudományi Kar Üzleti Tudományok Intézet, Budapest
- Espeland, W. N. – Sauder, M. (2007): Rankings and reactivity: How public measures recreate social worlds. *American Journal of Sociology*. Vol. 113. No. 1. pp. 1-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1086/517897>
- ESZCSM (2003): „Ajánlás az ISO 9001-2000 szabvány alkalmazásához egészségügyi szolgáltató szervezetekben” 1.0. változat. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium
- EÜM (2005a): *Fekvőbeteg ellátó intézmények minőségi mutatóinak országos elemzése. Jelentés, 2004*. Egészségügyi Minisztérium
- EÜM (2005b): *Fekvőbeteg ellátó intézmények minőségi mutatóinak országos elemzése. Jelentés, 2005*. Egészségügyi Minisztérium
- EÜM (2007): *MEES (Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok) kézikönyv (2007) 1.0 változat*, Egészségügyi Minisztérium

- Evetovits T. – Gaál P. (2002): A félreérthetőség káros az egészségre. *Egészségügyi Menedzsment*, Vol. 4. No. 5. pp. 28–33.
- Evetovits, T. – Gaál, P. (2005): A költséghatékonyság értelmezése az egészségügyben: egészség-gazdaságtani alapok Cochrane-tól Culyerig. In: Gulácsi L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, pp. 91-113.
- Folland, Sh. – Goodman, A. C. – Stano, M. (2007): *The economics of health and health care*. Pearson Prentice Hall. Upper Saddle River
- Franco-Santos, M. – Kennerley, M. – Micheli, P. – Martinez, V. – Mason, V. – Marr, B. – Gray, D. – Neely, A. (2007): Towards a definition of a business performance measurement system. *International Journal for Operations and Production Management*, Vol. 27. No. 8. pp. 784-801. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/01443570710763778>
- Freeman, T. (2002): Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Services Management Research*, Vol. 12. No. 2. pp. 126-137. DOI: <http://dx.doi.org/10.1258/0951484021912897>
- Garvin, D. A. (1988): *Managing quality*. The Free Press, New York
- Gelei A. (2007): A szervezet interpretatív megközelítése. *Vezetéstudomány*, Vol. 38. különszám, pp. 79-97.
- Gémes K. – Kiss N. – Kriston Vizi G. (2011): Az interneten elérhető minőségügyi információk szerepe a betegtájékoztásban: tanulságok a minőségi indikátorrendszer eddigi működése kapcsán. *IME*, Vol. 10. Egészség-gazdaságtan Különszám, p. 45-49.
- Glaser, B. – Strauss, A. (1967): *The discovery of grounded theory: Strategies of qualitative research*. Wiedenfeld and Nicholson, London – idézi: Eisenhardt (1989)
- Golnhofer E. (2004): A pedagógiai értékelés. In: *Didaktika – elméleti alapok a tanítás tanuláshoz*, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, pp. 385-416.
- Gombos J. (2002): Sikeres minőségtanúsítás a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórházban. *Egészségügyi Menedzsment*, Vol. 4. No. 2. p. 66.
- Gődény, S. (szerk., 2007): *A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben*. Pro Die Kiadó, Budapest
- Gődény, S. (2012): Minőségbiztosítás és minőségfejlesztés az orvosi gyakorlatban: 3. r., Klinikai audit az orvosi gyakorlatban. *Orvosi Hetilap*, 153. évf. 5. sz., pp. 174-183.
- Gődény, S. – Topár, J. – Margitai, B. (2009): Minőségirányítás és minőségbiztosítás továbbfejlesztése az egészségügyben I. rész. A minőségirányítás fogalma, a minőségmenedzsment rendszerek szükségessége és előnyei az egészségügyben. *IME*, Vol. 8. No. 10. pp. 25-31.
- Greenfield, D – Travaglia, J – Braithwaite, J. et al. (2007): *An analysis of healthcare sector accreditation literature. Report for the Australian Accreditation Research Network: examining future health care accreditation research*. Centre for Clinical Governance Research in Health, Faculty of Medicine. Sydney: University of New South Wales – idézi: Sunol et al. (2009)
- Greenfield, D. – Braithwaite, J. (2008): Health sector accreditation research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 20. No. 3. pp. 172-183. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn005>
- Gröne, O. – Klazinga, N. S. – Wagner, C. – Arah, O. O. – Thompson, A. – Bruneau, Ch. – Sunol, R. (2010): Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the 'Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE)' project. *BMC Health Services Research* 10:281. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-281>
- Gröne, O. – Klazinga, N. – Walshe, K. – Cucic, C. – Shaw, C.D. – Sunol, R. (2009): Learning from MARQuIS: future direction of quality and safety in hospital care in the European Union, *Quality and Safety in Health Care*, Vol.18. Suppl. 1. i69-i74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2008.029447>
- Gröne, O. – Skau, J. – Frolich, A. (2008): An international review of projects on hospital performance assessment, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 20. No. 3. pp. 162-171. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzn008>
- Guba, E. G. – Lincoln, Y. S. (1989): *Fourth generation evaluation*. Sage, London
- Guisset, A.-L. (2008): PATH vs. other national and international quality evaluation systems: potential synergies? Presentation in *European State of the Art Symposium: Indicators for Patient Safety and Quality*, European Society for Quality in Healthcare, 9-10. January 2008. Odense, Denmark
- Gulácsi, L. (2000): A minőség koncepciója és mérése az egészségügyben. In: Gulácsi L. (szerk.): *Minőségfejlesztés az egészségügyben*. Medicina, Budapest, pp. 113-142.

- Gulácsi L. – Topár J. – Sweeney, J. (2000): Azonosságok és különbségek, tapasztalatok az egészségügyben. In: Gulácsi L. (szerk. 2000): *Minőségfejlesztés az egészségügyben*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, pp. 211-222.
- Gulácsi L. (szerk., 1999): *Klinikai kiválóság. Technológiaelemzés az egészségügyben*. Springer, Budapest
- GYEMSZI (2011): *Az akkreditáció hatására irányuló vizsgálatok és azok módszertana*. GYEMSZI, Budapest
- Hajnal M. – Somogyvári Z. – Nagy P. P. (2004): Minőségirányítási (ISO 9000) és szakmai (KES) rendszer integrációja a Szent János Kórházban. *Magyar Minőség*, Vol. 13. No. 10. pp. 12-16.
- Harangozó, G. (2007): *Mitől zöld egy vállalat? A termelő vállalatok környezeti teljesítménye*. Ph.D. értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskola, Budapest
- Hatry, H. P. (1999): *Performance measurement: getting results*. Washington, DC: Urban Institute Press.
- Hibbard, J. H. – Stockard, J. – Tusler, M. (2003): Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Affairs*, Vol. 22. No. 2. pp. 84-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.22.2.84>
- Hinchcliff, R. – Greenfiels, D. – Moldovan, M. – Pawsey, M. – Mumford, V. – Westbrook, J. I. – Braithwaite, J. (2012): Evaluation of current Australian health service accreditation processes (ACCREDIT-CAP): protocol for a mixed-method research project. *BMJ Open* 2012;0:e001726. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001726>
- Hood, C. (1991): A public management for all season? *Public Administration*, Vol. 69. No.1. pp. 3-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- Horváth A. – Mogorósy G. – Sinka M. – Szy I. (2003): Klinikai audit projekt a szaktárca minőségfejlesztési programjában. *Egészségügyi Menedzsment*, Vol. 5. No. 3. pp. 36-40.
- Huberman, A.M. – Miles, M. B. (1994): Data management and analysis methods, in: Denzin, N. K. – Lincoln, Y. S. (1994): *Handbook of qualitative research*. Sage, London, pp. 428-444.
- Jacobson, B. – Mindell, J. – McKee, M. (2003): Hospital mortality league tables. Question what they tell you—and how useful they are. *BMJ*, 326:777-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7393.777>
- Jenei Gy. (2004): A közintézményi menedzsmentreformok hatása a közigazgatási modernizációra. *Vezetéstudomány*, Vol. 35. No. 7-8. pp. 73-81.
- Jenei I. (2009): *Kórházi folyamatok karcsúsítása. Külföldi és hazai tapasztalatok rendszerzése*. Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskola, Budapest
- Jenei I. (2010): Minőségfejlesztés és folyamatszervezés az egészségügyben. *Magyar Minőség*, Vol. 19. No. 6. pp. 29-42.
- Joint Commission (1990): *Primer on indicator development and application. Measuring quality in health care*. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, USA
- Kaplan, R.S. – Norton, D.P. (1992): The balanced scorecard – measures that drive performance, *Harvard Business Review*, Vol. 70. No. 1. pp. 71-79.
- Kazandjian, V.A. (2003): *Accountability Through Measurement. A Global Healthcare Imperative*. ASQ Quality Press, Milwaukee
- Kenesei Zs. – Kolos K. (2007): *Szolgáltatásmarketing és -menedzsment*. Alinea, Budapest
- Kennerley, M. – Neely, A. (2002): A framework of the factors affecting the evolution of performance measurement systems, *International Journal of Operations and Production Management*, Vol. 22. No. 11. pp. 1222-1245. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/01443570210450293>
- Kiss N. – Révész É. (2007): Teljesítménymenedzsment a közszektorban. In: Kovács G. (szerk.): *Közszolgálati szervezetek vezetése*. Jegyzet, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest, pp. 93-134.
- Kiss N. – Révész É. (2005): Teljesítményértékelés másképp. Elegendő-e a pénzügyi eredményesség vizsgálata. *Kórház*, Vol. 12. No. 4. p. 23.
- Kiss N. (2011): *Improving network performance in the health care system: a network-based analysis of the Hungarian health care services*. Thesis proposal. Corvinus University of Budapest, Ph.D. Programme in Business Administration, Budapest
- Kiss N. (2012): Az Egészségbiztosítási Felügyelet kórházi minőségmérési rendszerének tapasztalatai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, Vol. 50. No. 3. pp. 35-38.
- Klazinga, N. (2000): Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 12. No. 3. pp. 183-189. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/12.3.183>
- Kornai J. – Eggleston, K. (2004): *Egyéni választás és szolidaritás. Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest

- Kovácsy Zs. – Kiss N. (2009): Százhuszezer adat a magyar egészségügyről: az Egészségbiztosítási Felügyelet minőségi indikátorrendszere. *Orvostovábbképző Szemle*. Vol 16., No 12., pp. 12-19.
- Kováts G. (2011): Menedzserizmus-kritika az angol felsőoktatásban. *Educatio*, Vol. 20. No. 4. pp. 482-497
- Kováts G. (2012): *A dékán pozíciója és szerepe az átalakuló felsőoktatásban*. PhD disszertáció. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest
- Kránitz K. (2007): Az első Nemzeti Minőség Díjas az egészségügyben: a Zala Megyei Kórház. *Magyar Minőség*, Vol. 17., No. 1., pp. 7-11.
- Kullmann L. (2004): Minőségfejlesztés a kórházakban: Elvárások és kihívások. *Kórház*, Vol.11., No. 10., pp. 37-41.
- Lantos Z. - Simon J. (2007): A betegelégedettség mérési módszere és az empirikus vizsgálatok tapasztalatai. In: Berács József - Lehota József - Piskóti István - Rekettye Gábor(szerk): *Marketingelmélet a gyakorlatban*. KJK-Kerszöv, Budapest. pp. 235-255
- Lega, F. – DePietro, C. (2005): Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy. *Health Policy*, Vol. 74. No. 3., pp. 261–281. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.01.010>
- Lepp-Gazdag A. (2005): Mit, mikor, mennyiért? – Információs problémák az egészségügyben. In: Gulácsi L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, pp. 135-159.
- Lincoln Y. S. – Guba E. G. (2004): The Roots of Fourth Generation Evaluation: Theoretical and Methodological Origins. In: Alkin, M. C. (2004, szerk.): *Evaluation Roots. Tracing Theorists' Views and Influences*. Sage, London, pp. 225-242.
- Lombarts, M. – Rupp, I. – Vallejo, P. – Sunol, R. – Klazinga, N. (2009): Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals: results of the MARQuIS project, *Quality and Safety in Health Care*, Vol.18. No. Suppl. 1. i28-i37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2008.029363>
- Longman Dictionary of English Language and Culture (2000)
- Lóránth I. (2007): Milyen volt a kórházi ellátás 2006-ban? Minőségi mutatók. *Kórház*, Vol. 14. No. 8. pp. 44-45.
- Lozeau, D. – Langley, A. – Denis, J.-L. (2002): The corruption of managerial techniques by organizations. *Human Relations*, Vol. 55. No. 5. pp. 537-564. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0018726702055005427>
- Magyar Szabvány MSZ EN ISO 9001, Minőségirányítási rendszerek. Követelmények (ISO 9001:2008)
- Makai P. – Klazinga, K. – Wagner, C. – Boncz I. – Gulácsi L. (2009): Quality management and patient safety: Survey results from 102 Hungarian hospitals. *Health Policy*, Vol. 90., No. 2-3., pp. 175-180. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.09.009>
- Mannion, R. – Goddard, M. (2003): Public disclosure of comparative clinical performance data: lessons from the Scottish experience. *Journal of Evaluation Clinical Practice*, Vol. 9. No. 2., pp. 277–286. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2753.2003.00388.x>
- Maxwell, J. A. (1996): *Qualitative research design*. Sage, London
- Mills P. K. – Hall J. L. – Leidecker J. K. – Margulies N. (1983): Flexiform: A model for professional service organizations. *Academy of Management Review*, Vol. 8. No. 1 pp. 118-131. DOI: <http://www.jstor.org/stable/257174>
- Mintzberg, H. (1980): Structure in 5's: A synthesis of the research on organization design. *Management Science*, Vol. 26. No. 3. pp. 322-341. DOI: <http://dx.doi.org/10.1287/mnsc.26.3.322>
- Mintzberg, H. (1991): The structuring of organizations. The professional organization. In: Mintzberg, H. – Quinn, J. B. (ed. 1991): *The strategy process. Concepts, contexts, cases*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, pp. 330-350. pp. 704-717.
- Mintzberg, H. (1997): Toward healthier hospitals. *Health Care Management Review*, Vol. 22. No. 4. pp. 9-18.
- Mogyorósy G. – Mogyorósy Zs. (2004): A klinikai audit szerepe az egészségügyi minőségfejlesztésben. *Orvosi Hetilap*, 145. évf. 43. sz., pp. 2191-2198.
- Mullen, P. M. (2004): Using performance indicators to improve performance. *Health Services Management Research*, Vol. 17. No. 4. pp. 217–228. DOI: <http://dx.doi.org/10.1258/0951484042317723>
- Mumford, V. – Greenfield, D. – Hinchcliff, R. – Moldovan, M. – Forde, K. – Westbrook, J. I. – Braithwaite, J. (2013): Economic evaluation of Australian acute care accreditation (ACCREDIT-CBA (Acute)): study protocol for a mixed-method research project. *BMJ Open* 2013;3: e002381. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002381>
- Nagy B. (1999): Az első országos betegelégedettségi vizsgálat. *Egészségügyi Menedzsment*, Vol 1., No.1., pp. 49-50.

- Nagy B. – Boncz I. (2001): A páciensek (betegek) elégedettsége : az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2. országos betegelégedettségi vizsgálata. *Egészségügyi Menedzsment*, Vol. 3., No. 6., pp. 50-52.
- Nagyné Tarr J. (1999): ISO 9001-es rendszer bevezetése és a szervezettefejlesztés további lépései a Jósa András Kórházban. *Minőség és megbízhatóság*, Vol. 33., No. 4., pp.179-185.
- Neely A. – Adams, Ch. – Kennerley, M. (2004): *Teljesítményprizma. Az üzleti siker mérése és menedzselése*. Alinea Kiadó, Budapest; eredeti kiadás: Neely A. – Adams, Ch. – Kennerley, M. (2002): *The Performance Prism. The Scorecard for Measuring and Managing Business Success*. Pearson Education Limited, United Kingdom
- Neely, A. – Gregory, M. – Platts, K. (1995): Performance measurement system design. A literature review and research agenda. *International Journal of Operations and Production Management*, Vol. 15. No. 4. pp. 80-116. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/01443579510083622>
- OEP (2013): *Kórházi ágyszám- és betegforgalmi kimutatás*. OEP, 2012.
- Orosz É. (1992): *Az egészségügyi rendszerek és reformtörekvések*. Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány
- Orosz É. (2001): *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest
- Orosz É. – Ellena, G. – Jakab M. (1998): Reforming the Health Care System: The Unfinished Agenda, in: *Public Finance Reform during the Transition, The Experience of Hungary*. World Bank, Washington
- Otley, D. T. (1999): Performance management: a framework for management control system research. *Management Accounting Research*, Vol. 10. No. 4. pp. 363-382. DOI: <http://dx.doi.org/10.1006/mare.1999.0115>
- Øvretveit, J. (1999): *Minőségszemlélet az egészségügyben. Bevezetés az egészségügyi szolgáltatások minőségügyi módszertanába*. Medicina Könyvkiadó, Budapest; eredeti kiadás: Øvretveit, J. (1994): *Health Service Quality. An introduction to quality methods for health*. Blackwell Science Limited, Oxford
- Ónodi A. (2008): *Az értékközpontú vállalatvezetést szolgáló teljesítménymérési rendszer*. Ph.D. értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskola, Budapest
- Parányi Gy. (2006): Merre halad a minőség ügye? A minőségfogalom tartalmi bővülése, integrációja az üzleti folyamatokba. *Magyar Minőség*, Vol. 15. No. 2 pp. 8-13.
- Patton, M. Q. (1996): A world larger than formative and summative. *Evaluation Practice*, Vol. 17. No. 2. pp. 131-145. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0886-1633\(96\)90018-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0886-1633(96)90018-5)
- Pollitt, C. – van Thiel, S. – Homburg, V. (eds., 2007): *New public management in Europe: adaptation and alternatives*. Palgrave Macmillan
- Pollitt, Ch. – Summa, H. (1997): Performance auditing: Travelers' Tales. in: Chelimsky, E. – Shadish, W. R. (szerk., 1997): *Evaluation for the 21st Century. A handbook*. Sage, London, pp. 86-108.
- Pomey, M-P. – Contandriopoulos, A-P. – Francois, P. – Bertrand D. (2004): Accreditation: a tool for organizational change in hospitals? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 17. No. 3. pp. 113-124. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/09526860410532757>
- Porter, M. E. – Teisberg, E. O. (2006): *Redefining health care. Creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press, Boston, Massachusetts
- Quinn, J. B. – Paquette, P. C. (1991): Technology in services: creating organizational revolutions. In: Mintzberg, H. – Quinn, J. B. (eds. 1991): *The strategy process. Concepts, contexts, cases*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, pp. 717-729.
- Radnai Z. – Ivanova G. (2004): Az egészségügyi minőségbiztosítás dilemmái: az auditor szemlélete és annak fontossága a tanúsítás folyamatában. *Kórház*, Vol. 11., No. 5., pp. 21-22.
- Radó P. (2005): Előszó. In: Weiss C. H. (2005): *Értékelés*. Országos Közoktatási Intézet, Budapest, pp. 9-10.
- Reuzel, R. – van der Wilt, G. J. (2000): Health Technology Assessment and Evaluation: Back to Basics? *Evaluation*, Vol. 6. No. 4, pp. 383-399. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1356389002209389>
- Révész É. (2010): *Teljesítménymenedzsment-eszközök alkalmazásának hajtóerői és tartalmi elemei a magyar központi közigazgatás "ügynökség"-típusú szervezeteiben*. Ph.D. értekezéstervezet, Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskola, Budapest
- Rogers, P. J. – Hough, G. (1995): Improving the effectiveness of evaluations: making the link to organizational theory. *Evaluation and Programm Planning*, Vol. 18. No. 4. pp. 321-332. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0149-7189\(95\)00033-X](http://dx.doi.org/10.1016/0149-7189(95)00033-X)

- Rolstadas, A. (1995): *Performance management – A business process benchmarking approach*. Chapman & Hall, idézi Wimmer Á. (1999): Teljesítménymérés. In: Chikán A. – Demeter K. (1999): *Az értékteremtő folyamatok menedzsmentje. Termelés, szolgáltatás, logisztika*. Aula, Budapest, pp. 531-567.
- Sack, C. – Scherag, A. – Lütke, P. – Günther, W. – Jöckel, K. H. – Holtmann, G. et al. (2011): Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37000 patients treated by 73 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 23. No. 3. pp. 278-283. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzr011>
- Sajtos L. (2004): *A vállalati marketingteljesítmény értékelésének többdimenziós megközelítése és alkalmazása a Magyarországon működő vállalatok körében*. Ph.D. értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskola, Budapest
- Sauder, M. – Espeland, W. N. (2009): The Discipline of Rankings: Tight Coupling and Organizational Change. *American Sociological Review*, Vol. 74., No. 1., pp. 63-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/000312240907400104>
- Secanell, M. – Gröne, O. – Arah, O. A. – Lopez, M. A. – Kutryba, B. – Pfaff, H. – Klazinga, N. – Wagner, C. – Kristensen, S. – Bartels, P. D. – Garel, P. – Bruneau, Ch. – Escoval, A. – Franca, M. – Mora, N. – Sunol, R. (2014): Deepening our understanding of quality improvement in Europe (DUQuE): overview of a study of hospital quality management in seven countries. *International Journal for Quality in Health Care*, Advance Access published March 25, Vol. 26. No. suppl.1. pp.5-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzu025>
- Schneider, E. C. – Lieberman, T. (2001): Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. *Quality in Health Care*, Vol. 10. No. 2. pp. 96–103. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/qhc.10.2.96>
- Scott, I. A. – Ward, M. (2006): Public reporting of hospital outcomes based on administrative data: risks and opportunities. *Medical Journal of Australia*. Vol. 184. No. 11. pp. 571-575
- Scriven, M. (1966): *The methodology of evaluation*. Social Science Education Consortium. Prudue University, Lafayette, Indiana
- Scriven, M. (1967): *The Methodology of Evaluation*. AERA Monograph. Series on Curriculum Evaluation. No. 1. Chicago – idézi: Guba – Lincoln (1989)
- Scriven, M. (1991): *Evaluation Thesaurus*. Fourth edition. Sage, London
- Scriven, M. (1996): Types of evaluation and types of evaluator. *Evaluation Practice*, Vol. 17., No. 2., pp.151-162. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0886-1633\(96\)90020-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0886-1633(96)90020-3)
- Scriven, M. (1997): Truth and Objectivity in Evaluation. In: Chelimsky, E. – Shadish, W. R. (szerk.): *Evaluation for the 21st century: A handbook*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, pp. 477-500.
- Scriven, M. (1998a): The new science of evaluation. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, Vol. 7. No. 2. pp. 79-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2397.1998.tb00206.x>
- Scriven, M. (1998b): Minimalist theory: The least theory that practise requires. *American Journal of Evaluation*, Vol. 19., No. 1., pp. 57-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/109821409801900105>
- Scriven, M. (1999a): *The Nature of Evaluation. Part I: Relation to Psychology*. ERIC/AE Digest.
- Scriven, M. (1999b): *The Nature of Evaluation. Part II: Training*. ERIC/AE Digest.
- Scriven, M. (2001): Evaluation: Future tense. *American Journal of Evaluation*, Vol. 22., No. 3., pp. 301-307. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/109821400102200303>
- Scriven, M. (2004): Reflections. In: Alkin, M. C. (2004, szerk.): *Evaluation Roots. Tracing Theorists' Views and Influences*. Sage, London, pp. 183-195.
- Shaw, Ch. D. (2000): External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 12., No. 3., pp. 169-175. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/12.3.169>
- Shaw, Ch. D. – Gröne, O. – Mora, N. – Sunol, R. (2010): Accreditation and ISO certification: do they explain differences in quality management in European hospitals? *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 22., No. 6., pp. 445-451. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzq054>
- Shaw, Ch. D. – Gröne, O. – Botje, D. – Sunol, R. – Kutryba, B. – Klazinga, N. – Bruneau, Ch. – Hammer, A. – Wang, A. – Arah, O. A. – Wagner, C. (2014): The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, Advance Access published March 9, Vol. 26. No. suppl. 1. pp. 100-107. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzu023>

- Shekelle P. G. (2009): Public performance reporting on quality information. In: Smith, P. C. – Mossialos, E. – Papanicolas, I. – Leatherman, Sh. (2009, szerk.): *Performance Measurement for Health System Improvement*, Cambridge University Press, pp. 537-551. – idézi: Kiss N. (2012)
- Simon J. (2010): *Marketing az egészségügyben*. Akadémia Kiadó, Budapest
- Sliwa, M. – Wilcox, M. (2008): Philosophical thought and the origins of quality management: uncovering conceptual underpinnings of W.A. Shewhart's ideas on quality, *Culture and Organization*, Vol. 14., No. 1., pp. 97-106. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/14759550701864934>
- Smith, P. (1993): Outcome-related performance indicators and organizational control in the public sector. *British Journal of Management*, Vol.4., No. 3., pp. 135-151. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8551.1993.tb00054.x>
- Spencer, E. – Walshe, K. (2005): *Health Care Quality Strategies in Europe. A survey of quality improvement policies and strategies in health care systems of member states of the European Union*. Deliverable 6. The MARQULS Project. European Commission
- Stake, R. E. (1997): Advocacy in Evaluation: A Necessary Evil? In: Chelimsky, E. – Shadish, W. R. (eds.): *Evaluation for the 21st Century. A handbook*. Sage, London. pp. 470-576.
- Stevens, S. S. (1946): On the Theory of Scales of Measurement. *Science* Vol. 103., No. 2684. pp. 677–680. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/1671815>
- Strauss, A. – Corbin, J. (1990): *Basics of qualitative research*, Sage, London
- Sugár K. (2009): EFQM új modell vagy szabvány? *Magyar Minőség*, Vol. 18., No. 12., pp. 19-20.
- Sunol, R. – Vallejo, P. – Thompson, A. – Lombarts, M. – Shaw, C. D. – Klazinga, N. (2009): Impact of quality strategies on hospital outputs, *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 18. No. Suppl. 1. i62-i68. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2008.029439>
- Székely Á. (2005): *Teljesítménymérés és –értékelés a magyarországi víziközmű szektorban*. Ph.D. értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskola, Budapest
- Széll E. (2005): Miért is félünk az ISO-tól? Hazai kórházi körkép. *IME*, Vol. 4., No. 4., pp. 23-28.
- Szy I. – Sinka M. – Horváth A. (2003): Gyógyítani a legmagasabb színvonalon. A szaktárca minőségirányítási tevékenysége az integrált rendszerek irányába. *Kórház*, Vol. 10., No.11., pp.20-22.
- Szy I. – Sinka M. (2004): Minőségügyi helyzetfelmérés a hazai kórházakban. az ISO és a KES jól kiegészítik egymást egészségügyi intézményeinkben. *Kórház*, Vol. 11., No. 5., pp. 19-20.
- Takács, E. (2012): *A külső értékelés kórházon belüli hatásmechanizmusa. A teljesítmény- és a minőségfejlesztés ösztönzői és korlátai*. Disszertáció-tervezet, Budapesti Corvinus Egyetem, Gazdálkodástani Doktori Iskola, Budapest
- Takács E. – Gulácsi L. (2003): Az európai minőségügyet támogató szervezetek. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, Vol. 41. No. 5. pp. 27-38.
- Takács E. – Tihanyi M. – Gulácsi L. (2002): A balanced scorecard és az EFQM kiválóság modell alkalmazása és ötvözése a Zala Megyei Kórházban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, Vol. 40., No. 6., pp 658-672.
- Tarr J. (2007): Integrált minőségirányítás – az integrált szemléletű auditálás módszertana. In: Gődény, S. (szerk.): *A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben*. Pro Die Kiadó, Budapest, pp. 868-903.
- Taylor, F. W. (1983): *Üzemvezetés. A tudományos vezetés alapjai*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- Tenner, A. R. – DeToro, I. J. (2001): *Teljes körű minőségmenedzsment*. Műszaki Könyvkiadó, Budapest
- Tihanyi M. – Tompa L. (2000): Öt éve tanúsították a Zala Megyei Kórház minőségügyi rendszerét. *Egészségügyi Menedzsment*, Vol. 2., No. 4., pp. 83.
- Topár J. (2005): *Minőségmenedzsment*. Oktatási segédanyag. Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Budapest
- Topár J. (2008): Minőségmenedzsment rendszerek lehetőségei és gondjai a közszolgáltatásban. *Magyar Minőség*, Vol. 17., No. 10. pp. 107-119.
- Vallet, G. – Perrin, A. – Keller, C. et al. (2006): Public access to information about the services and quality of care in public hospitals: the need for methodologic clarity. A survey of 44 university hospital directors and administrators. *Presse Med.*, Vol. 35. No. 3. Part 1., pp. 388–392. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0755-4982\(06\)74601-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0755-4982(06)74601-2)
- Van Dooren, W. (2008): Quality and performance management. Toward a better integration?, In: De Langer Julnes, P. – Berry, F. S. – Aristigueta, M. P. – Yang, K. (Ed.): *International Handbook of Practice-Based Performance Management*, Sage Publications, Los Angeles, pp. 413-432.
- Vancsó Á. – Csikai S. (2010): Úton a kiválóság felé. *IME*, Vol. 9., No. 3., pp. 40-43.

- Varga L. (1998): A minőség fejlődése I. rész. *Minőség és Megbízhatóság*, Vol. 32., No. 4., pp. 151-156.
- Veillard, J. – Champagne, F. – Klazinga, N. – Kazandjian, V. – Arah, O.A. – Guisset, A.-L. (2005): A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 17., No. 6., pp. 487–496. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzi072>
- Veit, C. (2010): *Quality benchmarking in German health care*. Presentation in PATH 09/10 International Workshop, 21st June 2010, Istanbul
- Vereckei E. – Simoncsics E. – Palkonyai É. – Temesvári P. (2009): A gyógyítás átvilágítása - klinikai audit. *IME*, Vol. 8., No. 7., pp. 35-39.
- Wagner, C. – Gulácsi L. – Takács E. – Outinen, M. (2006): The implementation of quality management systems in hospitals: a comparison between three countries. *BMC Health Services Research* 2006, Vol. 6 No. 50 doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-50>
- Weiss C. H. (2005): *Értékelés*. Országos Közoktatási Intézet, Budapest; eredeti kiadás: Weiss C. H. (1998): *Evaluation: Methods for studying programs and policies*. Second Edition. Prentice Hall, New Jersey
- Werner, R. M. – Asch, D. A. (2005): The unintended consequences of publicly reporting quality information, *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 293. No. 10. pp. 1239-1244. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.293.10.1239>
- Wholey, J. S. (1997): Trends in performance measurement: Challenges for evaluators. In: Chelimsky, E. – Shadish, W. R. (szerk., 1997) pp.124-133
- Wimmer Á. (2000): *A vállalati teljesítménymérés az értékteremtés szolgálatában. A működési és pénzügyi teljesítmény kapcsolatának vizsgálata*. Doktori (Ph.D.) értekezés, Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Gazdálkodástudományi Kar, Budapest
- Wimmer Á. (2001): A vállalati teljesítmény jellemzői. *Vezetéstudomány*, Vol. 32. No. 2. pp. 2-10.
- Wimmer Á. (2004): Az üzleti teljesítménymérés az értékteremtés szolgálatában. *Vezetéstudomány*, Vol. 35. No. 9. pp. 2-11.
- Wimmer Á. (2005): Az üzleti kapcsolatok értékelése. *Vezetéstudomány*, Vol. 36. No. 5. pp. 4-13.
- Wimmer Á. (2010): Vállalati hatékonyság a piaci normasértések tükrében. In: Reszegi L. – Wimmer Á. (szerk.): *Hatékony piac, hatékony vállalat*. Vállalatgazdasági Tudományos Egyesület és Alinea Kiadó, Budapest, pp. 79-121.
- Yin, R. K. (2009): *Case study research. Design and methods*. Fourth Edition, Sage, London
- Zupkó, G. (2001): *Reformfolyamatok a közszférában. Köszektor menedzsment reformok nemzetközi trendjeinek bemutatása és magyarországi hatásuk értékelése*. Ph.D. értekezés, Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem, Budapest

Internetes források:

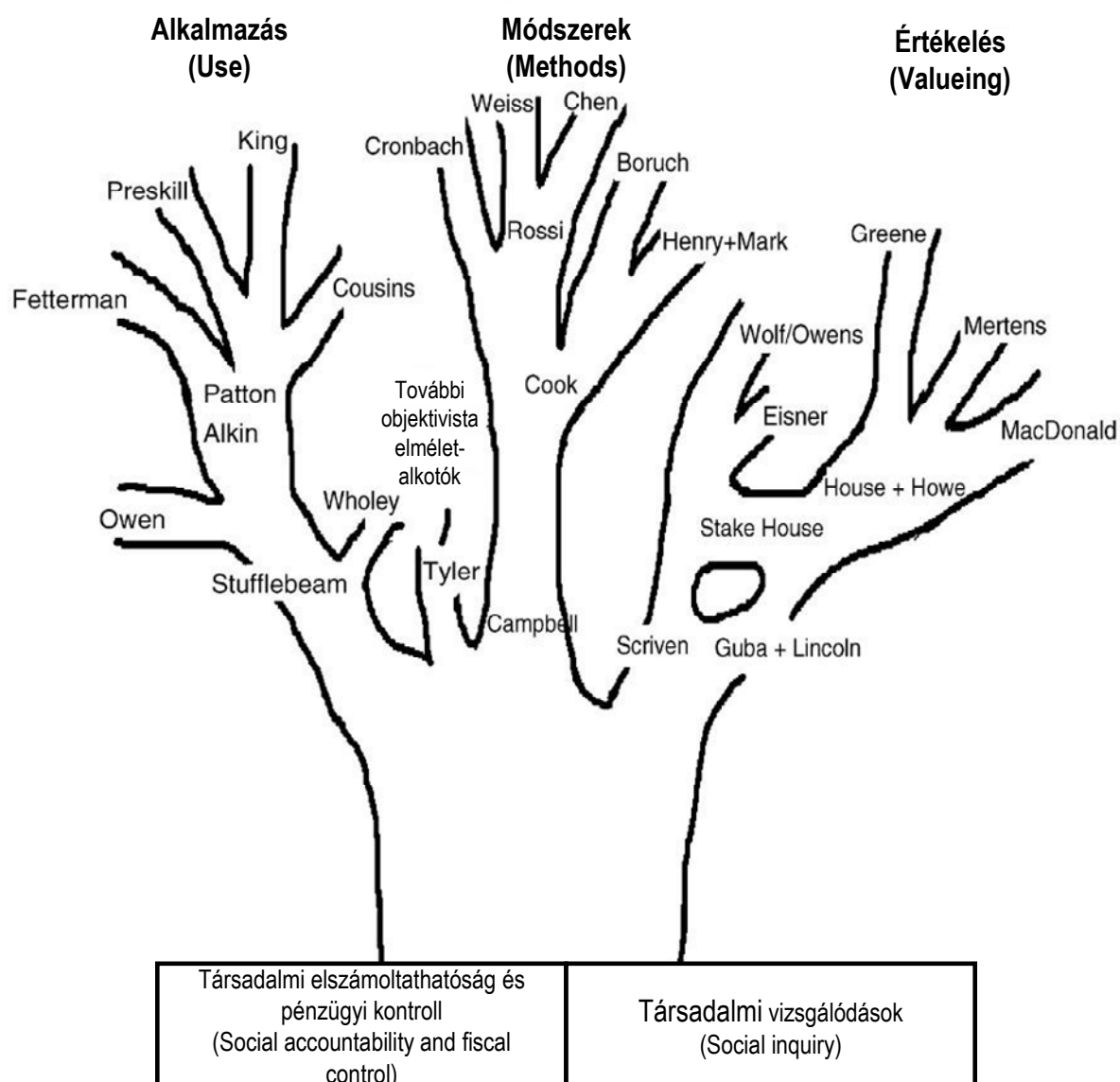
- AQUA- Institut: <http://www.aqua-institut.de>, utolsó elérés dátuma: 2014. 04. 17.
- BQS-Institut: <http://www.bqs-institut.de/>, utolsó elérés dátuma: 2014. 04. 17.
- Care Quality Commission:
<http://www.cqc.org.uk/guidanceforprofessionals/nhstrusts/annualassessments/annualhealthcheck2005/06-2008/09.cfm>, utolsó elérés dátuma: 2010. 12. 12.
- Care Quality Commission: <http://www.cqc.org.uk/public/about-us/our-inspections>, utolsó elérés dátuma: 2014. 04. 17.
- Commission for Health Improvement: <http://www.chi.nhs.uk/ratings/>, utolsó elérés dátuma: 2010. 12. 08.
- EFQM: <http://www.efqm.org>, utolsó elérés dátuma: 2012. 06. 12.
- Egészségbiztosítási Felügyelet: <http://www.ebf.hu/>, utolsó elérés dátuma: 2010. 12. 08.
- Egészségtudományi Fogalomtár: <http://fogalomtar.eski.hu/>, utolsó elérés dátuma: 2010. 12. 08.
- Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet: <http://www.gyemszi.hu>, utolsó elérés dátuma: 2012. 09. 08.
- Health Care Commission: <http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/>, utolsó elérés dátuma: 2010. 12. 08.
- MARQuIS: <http://www.simpatie.org/marquis/Main>, utolsó elérés dátuma: 2010. 12. 07.
- My first step with the EFQM Excellence Model:
<https://sites.google.com/site/myfirststepwithefqmmodel2010/home/9-key-results>, utolsó elérés dátuma: 2014. 02.09.
- Országos Egészségbiztosítási Pénztár: <http://www.oep.hu>, utolsó elérés dátuma: 2012. 06. 05.
- The Australian Council on Healthcare Standards, EQUIP: <http://www.achs.org.au/EQUIP4>, utolsó elérés dátuma: 2010. 12. 08.

Hivatkozott jogszabályok és ajánlások

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- Az egészségügyi intézmények belső minőségirányítási rendszerének fejlesztéséhez javasolt szakmai indikátorok. Egészségügyi Közlöny, LIII. évf. 13. szám 2279-2286. (2003.V.29.)
- Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészségügyi szolgáltató szervezetek belső minőségügyi rendszeréről, azok követelményeiről (Az irányelv érvényessége: 2005. december 31., a 2. módosított változat érvényessége: 2009. december 31.)

Mellékletek

1. melléklet: Az értékelés-elmélet fa



Forrás: Christie és Alkin (2008), p. 133.

2. melléklet: További külső kórházi értékelési módszerek és egyéb kezdeményezések Magyarországon

Országos szintű kórházi indikátorprojektek

A 2000-es évek elején az ESZCSM és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) kezdeményezésére kórházi indikátorfejlesztési projektek indultak. A 2003-ban az Egészségügyi Közlönyben megjelentek a minisztérium támogatásával fejlesztett indikátorok, amelyeket az ISO és KES rendszerek tanúsításakor és a belső auditoknál javasoltak mérni és elemezni. A minisztérium szakértőinek célja egy országos indikátor-adatbázis létrehozása volt, amely támogatja az egészségügyi szolgáltatók minőségirányítási rendszerének továbbfejlesztését. (Szy et al. 2003) Az Egészségügyi Közlönyben (2003) megjelent indikátorok közül tizenkettőt a 2004-2006 közötti három évben egy számítógépes program segítségével kiszámították a kórházak OEP felé elküldött finanszírozási adatbázisaiból. Az adatfeldolgozás országos szintű eredményét, vagyis az aggregált (régió és intézménycsoport szintű) indikátorokat az Egészségügyi Minisztérium a honlapján közzé tette. A kórházaknak lehetőségük volt a saját adataik feldolgozására is a számítógépes program segítségével. (EÜM, 2005 a, b; Lóránth, 2007) A minisztérium indikátorprogramja azonban nem tekinthető *külső* kórházi értékelésnek, hiszen a kórházszintű elemzéseket, értékelést maga a kórház végezte el, a külső szakértő és a minisztérium aggregált szinten dolgozta fel, illetve publikálta az adatokat.

Az OEP 2002-ben indította el indikátorfejlesztési programját, amelynek célja az ellátás átláthatóbbá tétele, a minőségfejlesztés ösztönzése és a tanúsítási/akkreditációs programok támogatása volt (Belicza et al, 2004a, 2004b). Az indikátorok számítása az OEP finanszírozási adatbázisából történt, egy-egy indikátor kifejlesztéséhez szakértői konzultációkat folytattak a rendszer fejlesztői. Az első kórház-szintű indikátorokat az OEP 2005-ben tette közzé a honlapján¹⁵⁷, azonban a kórházakat nem nevesítette. Az indikátorokhoz olyan intézménykódok tartoztak, amelyek alapján – a fejlesztőkön kívül – csak az adott kórház tudta beazonosítani magát (az OEP minden kórháznak postán megküldte a saját kódjukat). Ennek két oka volt, egyrészt az indikátorok még fejlesztés alatt álltak, másrészt a program célja elsősorban a kórházak minőségfejlesztési tevékenységének támogatása volt és nem a beteg tájékoztatás. Az OEP indikátorprogramja kb. 2006-ig működött intenzívebben, majd támogatás híján abbamaradt. A program így végül inkább egy fejlesztési projektnek tekinthető, amely az OEP adatbázisának alkalmasságát tesztelte indikátorképzés szempontjából, amellet hogy számos hasznos tapasztalatot jelentett a későbbi hazai indikátorprogramoknál.

A 2006-os kormányváltást követően az indikátorok fejlesztésében a 2007-ben alakult Egészségbiztosítási Felügyelet járt az élen. A minőségi indikátorprogramja keretében 2008-ban, 2009-ben és 2010-ben a kórházakat nevesítve mindenki számára elérhető mutatószámokat, információkat szolgáltatott a honlapján. Az EBF indikátorrendszerének célja a biztosítottak és betegek tájékoztatása, illetve az egészségügyi szolgáltatók minőségfejlesztése volt. (Kovácsy – Kiss, 2009; Gémes et al. 2011)

Az EBF indikátorrendszerét részletesen a disszertáció-tervezetemben mutattam be. (Takács, 2012)

Az EBF rendszerével párhuzamosan a 2008-ban létrehozott Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet (EMKI) is tervezte saját indikátorprogram indítását, amely kifejlesztéséhez 2009-

¹⁵⁷ http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=35,36252&_dad=portal&_schema=PORTAL

ben egy előzetes felmérést végzett el (EMKI, 2009). A 2010-es kormányváltást követően mindkét intézmény indikátorprogramja leállt. Az EBF 2010 szeptemberében megszűnt, az EMKI pedig GYEMSZI néven alakult újjá több intézményt magába integrálva. Az utóbbi években egy indikátorfejlesztési projekt indult a GYEMSZI-n belül, amely a szakfelügyeleti rendszeren keresztüli célzott adatgyűjtésen alapul, és célja az adatszolgáltató intézmények minőségfejlesztése¹⁵⁸.

Országos betegelégedettségi felmérések

A magyarországi kórházak körében országos betegelégedettségi felmérések is készültek. Az elsőt 1999-ben az OEP megrendelésére a Szonda Ipsos végezte (Nagy, 1999). A másodikat 2001-ben szintén az OEP megrendelésére a TÁRKI készítette el (Nagy – Boncz, 2001; Boncz – Nagy, 2002). Az Egészségügyi Minisztérium megbízásából az első betegelégedettség felmérésre 2004-ben került sor a fekvőbeteg-szakellátás (Borbás, 2012), majd 2005-ben a járóbeteg-szakellátás területén, a felmérés eredményét a minisztérium a honlapján hozta nyilvánosságra (EMKI, 2009). Ezen betegelégedettség felmérések egyrészt nem váltak rendszeressé országos szinten, másrészt a külső értékelők aggregált szinten dolgozták fel és publikálták az adatokat. Bár országos szintű, rendszeres betegelégedettségi felmérések Magyarországon egyelőre nincsenek (a GYEMSZI tervezi), de a kórházak maguk végeznek betegelégedettségi felméréseket.¹⁵⁹ Az EMKI felmérése szerint 2008-ban a kórházak 86%-a végzett (EMKI, 2009), az EBF indikátorprogramjának 2010-es adatai alapján pedig az intézmények 90%-ában már legalább egyszer végeztek betegelégedettségi felmérést (EBF, 2010). Azonban az utóbbiakat definícióm szerint nem sorolom a *külső* kórházi értékelések közé, ugyanis a külső érintett, a beteg ebben az esetben csak az adatokat nyújtja, az adatelemzést és az értékelést a kórház maga végzi.

„Az év kórháza” választás

A HáziPatika.com 2005-ben indította el „Az év kórháza” választást, amely egy internetes szavazás. Az erre a célra létrehozott internetes oldalon a magyarországi kórházakat és klinikákat minden évben egy ötfokozatú skálán öt kategóriában lehetett értékelni: orvos-szakmai ellátás, ápolás és szakszemélyzet, infrastruktúra, ellátás, környezet és tisztaság. A látogatók szavazatai alapján a portál kihirdette az egyes kategóriák legjobbjai mellett az abszolút győztest, amely egy éven át viselhette „Az év kórháza” címet. (www.hazipatika.com)

Az EFQM kiválóság modell

A 2000-es években az EFQM kiválóság modell szerinti önértékelés iránt is megnőtt az érdeklődés a magyarországi kórházak körében. Az egyik első EFQM alapú önértékelést a Zala Megyei Kórház végezte el 2000-2001 fordulóján. (Takács et al. 2002). 2001-ben az EFQM modell egészségügyi adaptációjával foglalkozó nemzetközi konferenciát tartottak Balatonaligán (Szy et al. 2003). Az EFQM szerinti önértékelést a minisztérium felmérése szerint 2004-ben a válaszadó kórházak kb. 10%-a alkalmazta (Szy – Sinka, 2004). Külső kórházi értékelésre az EFQM modell alapján akkor kerül sor, ha a kórház pályázatot nyújt be a Nemzeti Minőségi Díjra. Amióta lehetőség nyílt közszolgáltatói kategóriában is megpályázni a Nemzeti Minőségi Díjat, már két kórház is elnyerte azt: elsőként 2006-ban a Zala

¹⁵⁸ Belicza Éva írásbeli tájékoztatása alapján.

¹⁵⁹ A betegelégedettségről és a mérésről ld. Simon (2010).

Megyei Kórház (Kránitz, 2007), majd 2007-ben a Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft. Nyíregyháza (Vancsó – Csikai, 2010).

A klinikai audit: szakmai értékelés

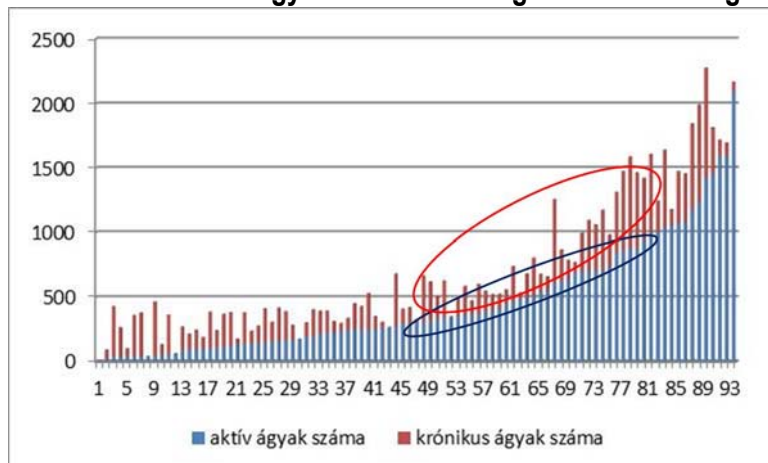
A hazai értékelő módszerek között még megemlítem az ún. klinikai auditot, amely „a mindennapi szakmai gyakorlat szisztematikus, belső elemzésére szolgáló multidiszciplináris módszer”, „mely megvizsgálja, hogy mit tesz, és hogyan tehetné azt jobban” (Horváth et al. 2003, p. 36.). Bevezetéséről a szaktárca már 2001-ben döntött, amikor a szakfelügyeleti főorvosi rendszer átalakításával képzelte el a fejlesztést (Szy et al. 2003). 2002-től elkezdődött a bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvfejlesztés és a klinikai audit pilot projektek levezetése. (Horváth et al. 2003) A fejlesztőmunka eredménye, hogy elkészült a klinikai audit minisztérium által kiadott irányelve (Mogyorósy – Mogyorósy, 2004). A klinikai audit rendszerének fejlesztéséért 2008-tól az Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ (OSZMK) volt felelős, amely 2011-ig az Országos Tisztifőorvosi Hivatal irányítása alatt működött. Az OSZMK beolvadása után a klinikai audit módszerének fejlesztése a GYEMSZI feladatkörébe került.

A klinikai auditnak kétféle megközelítésmódja van, egyrészt az egészségügyi ágazatvezetés részéről az ellenőrzés és irányítás eszköze lehet, másrészt a gyakorló szakemberek önkéntes önértékelése és munkájuk autonóm javításának lehetősége. Magyarországon mind a két megközelítés jelen van. (Vereckei et al. 2007) Gődény (2012) megkülönbözteti az értékelő és értékelt viszonya alapján a belső illetve a külső klinikai auditot. Azonban egyik megközelítés sem, azaz a külső klinikai audit sem tekinthető definícióm szerint külső *kórházi* értékelésnek, mivel bár az értékelést végezheti külső szakértői csoport, szakmai szervezet (pl. szakfelügyelő, peer), de az értékelés tárgya mindig a szakmai munka és nem a kórház mint szervezet.

3. melléklet: Elemzés az esetválasztáshoz

Az esetválasztás érdekében a hazai kórházak populációjának elemzését 2012 szeptemberében¹⁶⁰ végeztem el, azaz a 2012 nyarán bekövetkezett kórházi struktúraváltás figyelembe vételével, amely változtatott a definícióim szerinti kórházak körén és jellemzőin. Első körben a rendelkezésemre álló adatokból ki kellett szűrni a definíciónak megfelelő kórházakat, azaz elemzésemben csak azokat a kórházakat vontam be, amelyek rendelkeztek közfinanszírozott aktív ágyszámmal. A 2012-es struktúraváltás után 93 ilyen kórház maradt. Ezen kórházak ágyszám szerinti megoszlását a 1. ábra mutatja az aktív ágyszámuk szerint növekvő sorrendbe állítva, az ágyszámokról az alapstatisztikát pedig az 1. táblázat tartalmazza.¹⁶¹ Az 1. ábrán látható ellipszisekkel ábrázoltam azoknak a kórházaknak a csoportját, amelyekre a lehetséges esetek körét szűkítettem: az alsó ellipszis a 300-1000 aktív ággyal, a felső ellipszis pedig a 450-1500 aktív és krónikus (összesen) ággyal rendelkező intézményeket ábrázolja.

1. ábra: A kórházak ágyszám szerinti megoszlása 2012 végén



Forrás: OEP, 2013

1. táblázat: A kórházak ágyszámának alapstatisztikája

	aktív ágyak száma	krónikus ágyak száma	összes ágyszám
max:	2097	843	2271
3.negyed	687	328	981
átlag:	454	251	689
medián	304	207	473
1.negyed	141	112	327
min:	5	23	5

Forrás: OEP, 2013

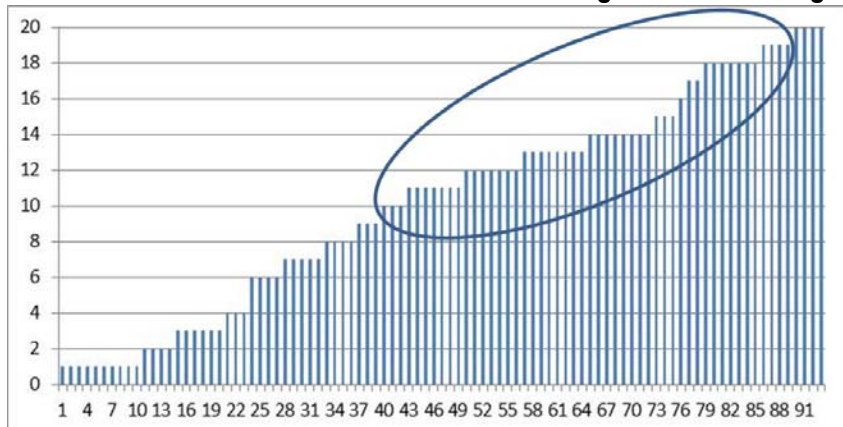
Az 2. ábra a 93 kórház megoszlását mutatja az intézménybeli aktív szakmák száma szerint. Az eset kiválasztásánál arra törekedtem, hogy a néhány szakmás szakkórházakat kizárjam, és az alapszakmák

¹⁶⁰ Az elemzést első körben a rendelkezésemre bocsátott előzetes adatok alapján végeztem el, ugyanis az OEP (2013): Kórházi ágyszám- és betegforgalmi kimutatás, 2012 hivatalos kiadvány csak 2013-ban jelent meg. Dolgozatomban erre a kiadványra hivatkozom, mert ez jelenleg már nyilvánosan elérhető.

¹⁶¹ A 93 kórháznak az aktív ágyszámok szerinti alsó negyedébe többnyire szakkórházak, krónikus kórházak tartoznak, amelyeknek bár van közfinanszírozott aktív ágyuk, így az általam definiált körbe tartoznak, de nem számítanak tipikus aktív ellátást nyújtó kórházaknak.

(pl. belgyógyászat, sebészet, szülészeti-nőgyógyászat) megtalálhatóak legyenek a kórházban. Ennek alapján a kórházak körét a 10-19 szakmával rendelkező intézményekre szűkítettem. Szintén kizártam a lehetséges kórházak köréből az egyetemeket, mivel ezen intézmények sajátos tevékenységi körrel (gyógyítás mellett oktatás és kutatás) rendelkeznek, így kutatási témám szempontjából is speciális jellemzőik vannak (pl. oktató kórházként akkreditáltak).

2. ábra: A kórházak szakmák száma szerinti megoszlása 2012 végén



Forrás: OEP, 2013

4. melléklet: Adatgyűjtés ütemezése

	hétfő	kedd	szerda	csütörtök	péntek
1. hét				első találkozó a kórház minőségügyi vezetőjével	
2. hét			második találkozó a kórház minőségügyi vezetőjével, dokumentumok gyűjtése		
3. hét		2 interjú: minőségügyi titkár, minőségügyi vezető		interjú: orvosigazgató	
4. hét				2 interjú: orvos igazgató-helyettes, ápolási igazgató	2 interjú: osztályvezető (gazdasági-műszaki terület), osztályvezető főnővér (belső auditor)
5. hét		interjú: ápoló	3 interjú: gazdasági igazgató, osztályvezető főorvos és vezető ápoló, osztályos orvos		
6. hét		csoportos interjú (gazdasági-műszaki terület): 4 osztályvezető, 3 nem vezető	interjú: külső auditor	interjú: volt főigazgató	
7. hét		megfigyelés: audit	megfigyelés: audit	2 interjú: osztályos orvos, osztályvezető főorvos	
8. hét					
9. hét				interjú: külső auditor	
10. hét		4 interjú: osztályvezető főorvos (diagnosztika), osztályvezető (gazdasági-műszaki terület), osztályvezető főnővér, osztályvezető főnővér-helyettes	interjú: osztályos orvos		
11. hét					
12. hét					2 interjú: minőségügyi vezető (2. interjú), osztályvezető főorvos
13. hét	interjú: minőségügyi vezető (2. interjú, folytatás)				
14. hét					
15. hét		interjú: osztályos orvos	interjú: "minőségügyi koordinátor"		
16. hét		interjú: szakdolgozó			

5. melléklet: Félig-strukturált interjú a kórházi vezetőkkel¹⁶²: témakörök és kérdések¹⁶³

Felvezetés:

- Bemutatkozás
 - Rövid összegzés a kutatás céljáról
 - Módszertan: szakértői interjúk és kórházi esettanulmány
 - ANONIMITÁS
 - Mennyi időnk van az interjúra?
 - Felvehetem-e diktafonra? Jegyzetelni is fogok.
 - Van-e előzetesen kérdése?
-

Külső értékelések a kórház történetében az elmúlt években

- Milyen külső kórházi értékelési módszerekkel találkozott a kórházuk az elmúlt években? (esetleg magyarázat, terelés)

Ha máshol dolgozott korábban, akkor a többi kérdésnél, ahol releváns, rákérdezni, hogy ahhoz képest ez a kórház...

Fókusz a tanúsításra inntől kezdve.

Az értékelés története, menete

- Elmesélné nekem, hogyan történt az értékelés? Milyen előzményei voltak?
- Mi volt az értékelés célja? Miért vállalta a kórház, milyen okai voltak? (kezdeti, integrált, megújítás)
 - *Lenne Ön szerint változás/különbség a kórház működésében, ha nem újítanák meg?*
 - A fejlesztés volt valaha célja?
- Ön szerint ez önként vállalt értékelés volt?
- Hogyan zajlott az értékelés folyamata? (pl. konkrét eseményre gondolva)

Az interjúalany részvételére vonatkozó kérdések

- Önnek mi (volt) a szerepe az értékelés során? Hogyan vett részt benne?
- Volt-e/ mi volt a jelentősége a szerepének az értékelés szempontjából?
- Ön szerint az Ön munkáját is értékelték az auditorok valamilyen formában?

A kórházon belüli többi érintett az interjúalany szerint hogyan vett részt

- Ön szerint a többiek a kórházon belül hogyan élték meg ezt az eseményt, a történéseket?
- Milyen volt a hozzáállásuk?
- Voltak olyanok, akiknek meghatározó szerepük volt a kórház értékelése szempontjából? Miért?

Az értékelést végző külső érintett az interjúalany szerint hogyan végezte a feladatát, mi volt a szerepe, hozzáállása, hatása

- Milyen volt az értékelést végző külső érintettel a kapcsolatuk? Ön szerint ennek mi volt az oka?
- Ön szerint az értékelő hogyan végezte a feladatát? Milyen volt a hozzáállása?

¹⁶² A kórházi interjúk vázlatának két verziója volt, egy a vezető beosztásúaknak és egy a nem vezetőknél. Néhány kérdéssel az egyes interjúkat bővítettem abban az esetben, ha például kíváncsi voltam a belső auditori vagy más egyéb szerepre, vagy az általam is megfigyelt auditon tapasztaltakra.

¹⁶³ A dőlttel jelölt kérdésekkel az első néhány interjú elemzése után bővítettem a vázlatot.

- Ön szerint a külső értékelő milyen információk alapján végezte az értékelést és azt hogyan gyűjtötte?

A külső értékelés hatása az interjúalany szerint

- Ön szerint a külső értékelésnek milyen hatása volt a kórházra?
- Milyen hatással volt a kórházon belüli szereplőkre, magatartásukra? (hosszabb távon)
- *Szoktak egymás között beszélgetni az auditról? Meg szokták beszélni a történeteket?*
- Történt-e valamilyen változás a kórházban az adott kórházi értékelés hatására? Mondjon példákat! Ezek a kórháznak mely területeit érintették?
- *Van/volt hatással arra, ahogyan a betegekkel bánnak, vagy a betegekkel való kapcsolatukra?*
- Milyen események történtek az értékelés következményeként a kórházban?
- Született-e bármilyen döntés, intézkedés?
- Ön szerint ezek a döntések / intézkedések / változások milyenek voltak? (pl. megfelelőek, jó irányba mutatóak vagy nem, tartósak)
- Volt-e olyan következménye az értékelésnek, amely ön szerint nem volt szerencsés/kíváncs?

Fejlesztési törekvések a külső értékelés hatására (ha korábbi válaszok alapján szükséges még rákérdezni)

- Az értékelés hatására születtek-e fejlesztésre vonatkozó döntések, intézkedések? Tud konkrét példákat is mondani?
- Ezeknek a fejlesztési törekvéseknek mi lett a sorsa? Valóban változtattak a kórház működésén? Ha igen, ezek lényegi, maradandó, kíváncs változások? A kórháznak mely területein?

Az interjúalany szerint megfogalmazott célt mennyiben érte el a külső értékelés és miért

- Ön szerint a külső értékelés elérte a célját? (ismételten esetleg rákérdezni: Milyen célra gondol?)
- + Minek volt ez köszönhető? / - Mi volt ennek az oka? Mit kellett volna másképpen csinálni?

A külső kórházi értékelésnek (konkrét példa) az interjúalany megítélése szerint mi a szerepe a kórház működésében

- Összegzőképpen: Ön szerint ennek a külső kórházi értékelésnek mi a szerepe a kórház működésében?
- Van esetleg még valami, amit szeretne hozzáfűzni? (megjegyzés, kérdés)

interjú után: Van-e valamilyen kérdés, kérés?

6. melléklet: Félig strukturált interjú külső auditorokkal: témakörök és kérdések

Felvezetés:

- Bemutatkozás
 - Rövid összegzés a kutatás céljáról
 - Módszertan: szakértői interjúk és kórházi esettanulmány
 - ANONIMITÁS
 - Mennyi időnk van az interjúra?
 - Felvehetem-e diktafonra? Jegyzetelni is fogok.
 - Van-e előzetesen kérdése?
-

Ismerkedés:

- Elmesélné hogyan lett auditor? Miért vállalta ezt a munkát/szerepet?
- Milyen auditokon vesz részt? ISO, MEES, integrált?

Célok, okok:

- Mi a célja a kórházak ISO szerinti tanúsításának? És MEES szerint?
 - Fejlesztés?
- Ön szerint miért vállalják a kórházak? (kezdetben, 2000-es elején, napjainkban – újabb törekvések)

Az audit és az auditori szerep:

- Elmesélné hogyan történik egy audit, mi a folyamata?
- Ön szerint mi az auditor szerepe ebben a folyamatban?
- Ön szerint van annak jelentősége, hogy ki végzi a külső auditot?
 - Milyen szempontból?
- Ön szerint hogyan kell egy auditornak viselkednie az audit során? Mi a megfelelő hozzáállás?
 - Van jelentősége annak, hogyan áll hozzá az auditor?
- Milyen elvárásokkal találkozott, találkozott-e elvárásokkal mint auditor?
- Milyen nehézségekkel kell megküzdenie egy auditornak?
- Milyen információkat gyűjtenek egy audit során? És hogyan gyűjtik?
 - Milyen „érzékszervei vesznek részt” ebben az információgyűjtésben?
 - Kíváncsi a magyarázatokra vagy tényeket gyűjt?

Kórházzal kapcsolat, viszony:

- Milyen a kapcsolatuk a kórházi szereplőkkel (pl. menedzsment, minőségügyi vezető, dolgozók)?
 - Ennek mi az oka?
- Mi a tapasztalata, van különbség az egyes kórházak hozzáállásában? (pl. menedzsment, minőségügyi vezető, dolgozók) Ennek vajon mi az oka?
- Az audit során az egyes kórházi szereplők hogyan reagálnak? Milyen hatással van rájuk?
 - Ez milyen következményekkel jár?

Tanúsítás, audit hatása:

- Milyen hatással van a tanúsítás, az egyes auditok?
 - Kórházon belüli szereplőkre?
 - A kórház működésére?

- Mely kórházi területeket érinti legjobban? Ilyen szempontból van különbség az ISO és a MEES között?
- Ön szerint egy audit hogyan fejt ki a hatását a kórházon belül?
 - Milyen szereplőkön, történéseken, döntéseken keresztül?
- Van Ön szerint meghatározó szereplő a kórházon belül az audit során vagy a hatásának kifejtésekor?
- Amikor visszatérnek egy felügyeleti vagy megújító auditra ugyanabba az intézetbe, tapasztalnak változást, ami a korábbi auditok hatására történt? Tudna példát mondani?
- Találkozott esetleg már a tanúsításnak olyan következményével, ami Ön szerint nem volt szerencsés, kívánatos? Tudna példát mondani?

Összegzés:

- Ön szerint elérte a célját az ISO illetve a MEES szerinti tanúsítás?
 - + Minek köszönhető ez? / - Mi ennek az oka?
 - Minek kellene másképpen lennie ahhoz, hogy elérje a célját? (auditor illetve kórház részéről)
- Van olyan szempont, ami szerint esetleg a módszer vagy a mögöttes feltételezések nem jók, nem állják meg a helyüket?
- Össze tudná foglalni, hogy ön szerint az ISO illetve MEES szerinti tanúsításnak mi a szerepe a kórházak működésében?
- Van esetleg még valami, amit szeretne hozzáfűzni? (megjegyzés, kérdés)

Interjú után. Van-e valamilyen kérdés, kérés?

7. melléklet: Az esettanulmányhoz gyűjtött dokumentumok listája

kódolással elemzett	egyéb módon elemzett
20 külső audit jelentés (hivatkozási kódok: Jelentes1a - Jelentes14a, Jelentes2b – Jelentes7b, vagy jelentések)	17 belső audit ütemterv és napló (hivatkozási kódok: baut1 - baut11, baut12a, baut12b, baut13a, baut13b, baut14, baut15)
17 jegyzőkönyv vezetői átvizsgálásról (hivatkozási kódok: JK1 – JK17, vagy jegyzőkönyvek)	3 belső auditori lista (hivatkozási kódok: dok14, dok15, dok16)
3 belső audit jelentés (hivatkozási kódok: dok3, dok4, dok5)	1 minőségügyi munkatárs lista (hivatkozási kódok: dok17)
3 levél (hivatkozási kódok: dok1, dok2, dok6)	1 minőségirányítási kézikönyv (hivatkozási kódok: dok18)
2 szervezeti ábra (hivatkozási kódok: dok12, dok13)	1 osztályos működési rend (hivatkozási kódok: dok19)
5 egyéb (hivatkozási kódok: dok7, dok8, dok9, dok10, dok11)	21 belső újság és 1 kiadvány (hivatkozási kódok: h1-h21, dok20)
összesen: 50 dokumentum	összesen: 45 dokumentum

8. melléklet: Az empirikus kutatás során kialakított kódrendszer

Ezt a kódrendszert a kórházi és az auditori interjúk, a dokumentumok és a megfigyelés elemzésénél alkalmaztam.

tanúsítás vagy audit oka	<ul style="list-style-type: none"> motiváció önkéntesség fenntartásának az oka integrált bevezetésének az oka
kitűzött célok	<ul style="list-style-type: none"> tanúsításhoz, audithoz kapcsolódó célok célok teljesítése
tanúsítás vagy audit története, előzmények	<ul style="list-style-type: none"> felkészülés, oktatások bevezetés nehézségei
tanúsítás vagy audit értelmezése, szerepe	<ul style="list-style-type: none"> tanúsítás vagy audit asszociációk tanúsítás vagy audit értékelésként tanúsítás vagy audit jelentősége lyuk a rendszerben
audit	<ul style="list-style-type: none"> felkészülés audit folyamata, lépései audit értékelt terület audit jellemzése hozzáállás, részvétel, motiváció információgyűjtés módja értékelés módja audit eredménye kapcsolat más ellenőrzésekkel, értékelésekkel sztori
auditorok	<ul style="list-style-type: none"> auditori kapcsolat jellemzése auditorok szerepe hozzáállása cégek, piac elvárások felkészítő cég gyakorlat változása karrier, tapasztalat képzés motiváció nehézségek végzettség
audit következménye, hatása	<ul style="list-style-type: none"> jellemzése közvetlen reakció követő reakció interakció auditori elvárások észlelése auditori javaslat, ajánlás rendszeres ellenőrzés szerepe változás jó hírnév a papír kórház védhetősége (feljelentések, perek) beteg szempontjából felelősség kérdése

	tudatosság
	minőségügyi rendszer
	negatív hatás
fejlesztések	
	audit vs fejlesztés
	audittól független fejlesztés
hiba	
	csoportosítás
	hibafeltárás
	hibakezelés, -javítás
	hibamegelőzés
minőségügyi rendszer	
	belső audit
	kérdőíves felmérések
	minőségfejlesztési bizottság
	munkatársak beavatása
	panaszkezelés
	változása, fejlesztése
	vezetői áttekintő
más befolyásoló tényezők	
	külső körülmények
	külső elvárások észlelése
	perek, feljelentések
	szakmai protokollok
	szervezeti viszonyok
	új főigazgató
	közvetlen vezetők
más értékelési módszerek	
minőség értelmezése	
szabvány, standard rendszerek	
	ISO jellemzése
	KES, MEES jellemzése
	terjedése
szerepek	
	meghatározó szereplők
	menedzsment
	minőségügyi vezető
	minőségügyesek
	auditori kísérő szerepe
	belső auditorok
	osztályvezető
	nem vezetők
	saját szerep értelmezése
	megfigyelői szerepem

9. melléklet: Szakértői interjúk (vázlat)

Felvezetés:

- Rövid összegzés a kutatás céljáról
- Tervek: szakértői interjúk és kórházi esettanulmány
- Mennyi időnk van az interjúra?
- Felvehetem-e diktafonra?

Kérdések:

- Elmesélné nekem, hogy mikor és hogyan találkozott először a munkája során kórházi minőségügyi rendszerekkel?

(Ha nem folytatná a történetet:

- Majd a későbbiekben mely kórházi minőségmenedzsment rendszerek fejlesztésében vett részt?)

A kutatásom során a kórházi értékelési rendszerek közül a KES/MEES és az ISO szerinti tanúsításokra szeretnék koncentrálni, így a továbbiakban elsősorban ezen rendszerekre vonatkoznak a kérdéseim.

- Fel tudná idézni, hogy milyen volt az ISO illetve a KES/MEES rendszerek fogadtatása az egészségügyben a kezdetekben?
- Véleménye szerint milyen okai lehetnek annak, hogy a kórházak bevezették/bevezetik és tanúsíttatják az ISO szabvány illetve a KES/MEES alapján kialakított rendszerüket? Már a kezdetekben ('90-es években), majd 2000 körül és napjainkban?
 - Voltak-e/vannak-e Ön szerint ösztönzők, amelyek az alkalmazásukhoz vezettek/vezetnek?
 - Voltak-e/vannak-e egyéb az értékelést követő intézkedések/döntések külső érintettek részéről?
- Mit gondol, mi (volt) a célja az ISO illetve KES/MEES rendszerek bevezetésének?
 - (Kinek a célja?) [kimondott és rejtett célok is]
 - Minőségfejlesztés?
- Mit gondol, milyen körülmények, feltételek szükségesek ahhoz, hogy az ISO illetve KES/MEES rendszerek bevezetésével elérjék ezeket a célokat? Hogyan működik?
 - [Kiderüljenek a feltételezések a kórházon belüli szereplőkkel kapcsolatosan.]
- Hogyan jellemezné a saját szerepét az ISO illetve KES/MEES rendszerekhez kapcsolódóan?

Jelenlegi helyzet

- Ön szerint mennyire tájékozottak/informáltak a kórházak a GYEMSZI-ben jelenleg zajló fejlesztéseket, új terveket (akkreditáció) illetően?

[választól függően]

- Ön szerint mennyiben befolyásolja ez a kórházak magatartását a korábban elérhető külső kórházi értékelések közötti választás, alkalmazás szempontjából?
- Ön szerint milyen a kórházak várakozása a külső kórházi értékelésekkel kapcsolatban manapság? (pozitív, optimista, semleges, stb.)

Interjú lezárása

10. melléklet: Alkalmazott kódok a szakértői interjúk elemzésénél

- tanúsítás vagy audit története, előzmények
- kitűzött célok
- tanúsítás vagy audit oka
- tanúsítás vagy audit értelmezése, szerepe
- fejlesztések
- szabvány, standard rendszerek
- más értékelési módszerek
- auditorokról általában (auditorok: cégek, piac)
- hogyan működik (szakértői feltételezések)

11. melléklet: A szakértő interjúalanyok jellemzői

	külső értékelési módszer vagy segédanyag fejlesztője	egészségügyi minisztériumban vagy országos szervben minőségügygel kapcsolatos vezető szerep	kórházi tapasztalat
Sz1	x		x
Sz2	x	x	
Sz3	x	x	
Sz4		x	x
Sz5		x	x

A szerzőnek a témában megjelent publikációi

Idegen nyelvű referált szakmai folyóirat

Wagner, Cordula – Gulácsi László – Takács Erika – Outinen, Maarit [2006]: The implementation of quality management systems in hospitals: a comparison between three countries. *BMC Health Services Research* 2006, 6:50 (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/50>, doi:10.1186/1472-6963-6-50)

Egyéb idegen nyelvű publikáció

Takács Erika [2010]: The impact of external hospital assessment systems on patient care processes, proceedings of the *17th International Annual EurOMA Conference*, June 7. Porto, Portugal

Magyar nyelvű tudományos könyv, könyvfejezet

Takács Erika [2013]: A külső kórházi értékelési rendszerek osztályozási kerete és lehetséges hatásai. In: Turcsányi Károly (szerk.): *Logisztika a felsőfokú képzésben és a PhD felkészítésben III. (BCE-BMGE-ME-NKE)*, Magyar Tudományos Akadémia IX. Gazdaság- és Jogtudományok Osztálya, Logisztikai Osztályközi Állandó Bizottság. MLBKT, Budapest, pp.73-96. (ISBN: 978-963-08-5898-4)

Magyar nyelvű referált szakmai folyóirat

Takács Erika [2015 1. negyedévében]: Szervezeti értékelési módszerek a közszolgálati szektorban. *Vezetéstudomány* (közlésre elfogadva)

Belicza Éva – Takács Erika [2007]: A kórházi ellátás minőségének objektív megítélése: álom vagy realitás? *Orvosi Hetilap* 148. évf. 43. szám, pp. 2033-2041. Angolul megjelent: Belicza Éva – Takács Erika [2007]: Objective Assessment of the Quality of Hospital Care: Dream or Reality? *Hungarian Medical Journal* Vol. 1. No. 4. pp. 487-499. (DOI: 10.1556/HMJ.1.2007.28107)

Egyéb magyar nyelvű publikáció

Belicza Éva – Takács Erika – Boncz Imre [2004]: A minőségfejlesztés támogatása. Indikátorok az egészségügyi szolgáltatások értékelésére. *Kórház* 10. évf. 12. szám / 11. évf. 1. szám, 2003. december-2004. január, pp. 20-22.

Takács Erika – Tihanyi Mariann – Gulácsi László [2002]: A balanced scorecard és az EFQM kiválóság modell alkalmazása és ötvözése a Zala Megyei Kórházban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 40. évf. 6. szám, pp. 658-672.