

TÉZISGYŰJTEMÉNY

Takács Erika

A külső értékelés kórházon belüli hatását befolyásoló tényezők

című Ph.D. értekezéséhez

Témavezető:

Wimmer Ágnes, PhD
egyetemi docens

Budapest, 2014

**Vállalatgazdaságtan Intézet
Logisztika és Ellátási Lánc Menedzsment Tanszék**

TÉZISGYŰJTEMÉNY

Takács Erika

A külső értékelés kórházon belüli hatását befolyásoló tényezők

című Ph.D. értekezéséhez

Témavezető:

Wimmer Ágnes, PhD
egyetemi docens

© Takács Erika

Tartalomjegyzék

1.	A kutatás célja, előzmények és a témaválasztás indoklása.....	1
1.1.	A téma relevanciája	1
1.2.	A kutatás célja és elméleti háttere.....	2
2.	A kutatás módszertana.....	5
2.1.	A módszertan indoklása, a vizsgált eset és a szakértői interjúalanyok kiválasztása	5
2.2.	Adatgyűjtés.....	6
2.3.	Adatelemzés	8
3.	A kutatás eredményei.....	8
3.1.	A kórházi értékelési módszerek osztályozási kerete.....	8
3.2.	Az empirikus kutatás elemzési kerete és következtetései.....	9
3.3.	Az eredmények összevetése a szakirodalommal és további kutatási irányok.....	19
4.	A tézisgyűjteményben hivatkozott források	21
5.	A témakörrel kapcsolatos saját publikációk	23

1. A kutatás célja, előzmények és a témaválasztás indoklása

Kutatásomban a külső értékelési módszerek kórházon belüli hatását vizsgáltam. A külső kórházi értékelési módszerek alatt olyan modelleket, illetve gyakorlatban alkalmazott módszeres vizsgálatokat értek, amelyek segítségével külső érintettek (például felügyeleti hatóság, finanszírozó, akkreditációs testület, tanúsító szervezet, a betegeket képviselő érdekvédelmi szervezet) értékelik, hogy a kórház hogyan éri el a kitűzött célokat és ezáltal hogyan elégíti ki érintettjei igényeit és elvárásait. Kutatásom fókuszában a kórház áll, amelyen belül a különböző szereplők valahogyan észlelik ezt a külső értékelést és reagálnak rá.

1.1. A téma relevanciája

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.

Az 1990-es évek közepétől kutatási projekteket indítottak el a kórházi értékelési módszerek vizsgálatára. (pl.: ExPeRT 1996-1999, MARQuIS 2005-2007, ACCREDIT 2007-től, DUQuE 2010-2013) A kutatások egy része a módszerek eredményességét, azaz a kórházi outputra vagy outcome-ra gyakorolt hatását vizsgálták. (pl. Hibbard et al. 2003, Sunol et al., 2009) A MARQuIS kutatásban vizsgált kórházak 88%-át értékelte valamilyen külső szervezet (Lombarts et al., 2009), a kutatás eredményeképpen megállapították, hogy a külső értékelési módszerek közül az akkreditáció szignifikánsan kapcsolódik a biztonság outputokhoz és a klinikai outputokhoz, míg az ISO tanúsítás a betegközpontúsággal van kapcsolatban. (Sunol et al., 2009) Számos kutatási projekt és publikáció az egyes módszerek nem kívánatos következményeit vizsgálta (Werner–Asch, 2005; Belicza–Takács, 2007). Custers és szerzőtársai (2008) a külső kórházi értékelési módszerekhez 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 értékeléshez kapcsolódó ösztönzők alááshatják az egészségügyi dolgozóknak a minőségfejlesztésre törekvő belső motivációját. A 2000-es években folyó kutatások első eredményeit látva a kutatók további kutatási területeket határoztak meg, amelyek a módszerek eredményességén kívül már az azok mögött

meghúzódo feltételezések vizsgálatát is szorgalmazták (Gröne et al. 2008), illetve felmerült a módszereket osztályozó modell kifejlesztésének igénye is (Boland–Fowler 2000; Gröne et al., 2009).

Összességében elmondható, hogy a korábbi kutatások elsősorban az értékelési módszerek következményeire koncentráltak (pl. milyen hatásuk van az outputra, eredményre, milyen nem-kívánatos következményeik vannak). Nem adtak választ azonban arra, hogy az egyes módszerek hatására hogyan következnek be a kívánt vagy éppen a nemkívánatos eredmények. PhD kutatásomban ezért nem csupán azt vizsgáltam, hogy az értékelés hat-e a szervezeti szereplők magatartására, amelyet az eddigi kutatások már igazoltak, hanem azokat a folyamatokat és befolyásoló tényezőket tártam fel, amelyek az érintett szereplők (kórházon belüli érintettek és külső auditorok) észleléseihez, reakcióihoz, egymás közötti interakcióihoz és a külső értékelés szerepének értelmezéséhez vezetnek.

A kutatási téma hazai relevanciáját adja, hogy az elmúlt két évtizedben a külső kórházi értékelési módszerek 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 kórházak¹ 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. (forrás: EMKI kérdőíves felmérés, 2011, saját számítás)

Az Egészségbiztosítási Felügyelet kezelésében 2008 és 2010 között kórházi indikátorrendszer is működött Magyarországon. Az Európai Unió támogatásával elindított projekt keretein belül pedig jelenleg (2012-2014) fejlesztik a hazai kórház akkreditációs rendszert². A külső kórházi értékelési rendszerek hazai elterjedtsége és támogatottsága ellenére nagyon kevés kutatás foglalkozott hatásaik elemzésével Magyarországon. Ennek és a külföldi kutatási irányok figyelembevételével döntöttem úgy, hogy egy feltáró jellegű kvalitatív kutatás keretében a magyarországi külső értékelési módszerek kórházon belüli hatásának vizsgálom.

1.2. A kutatás célja és elméleti háttere

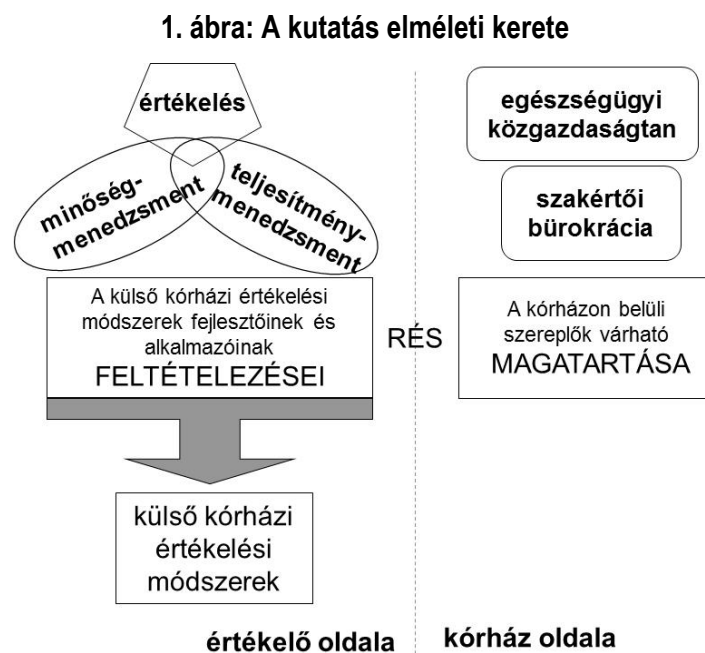
Kutatási célomként a külső értékelési módszerek kórházon belüli hatásának feltárását tűztem ki a szervezeten belül zajló folyamatok, szereplők reakciója és egymás közötti interakciója megértése révén, elsősorban a fejlesztési törekvésekre fókuszálva. Mivel a kutatási

¹ A kórház alatt kutatásom során a közfinanszírozásban részesülő aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézményeket értem.

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 gyógyszertári ellátásban*

eredményeket csak abban az esetben lehet összehasonlítani, ha a külső értékelési módszereket alapvető jellemzőik mentén rendszerezük, ezért céлом volt az is, hogy javaslatot tegyek a módszerek osztályozási keretrendszerére.

Kutatásom elméleti háttérét egyrészt az értékelés, a minőségmenedzsment és teljesítménymenedzsment területek, másrészt az egészségügyi szektor sajátosságait leíró egészségügyi közgazdaságtan,³ valamint a kórház jellegzetességeit modellező szakértői bürokrácia (Mintzberg, 1991) alkotják. Kutatásom elméleti keretét az 1. ábrán mutatom be.



Forrás: saját szerkesztés

A külső kórházi értékelést egyrészt tekinthetjük úgy mint egy speciális tevékenységet, 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 (ld. 1. ábra). Míg ez a három szakterület a külső értékelési módszerek jellemzését alapozzák meg, addig az egészségügyi szektor sajátosságai (egészségügyi közgazdaságtan) és a szakértői bürokrácia a kutatásom középpontjában álló kórházon belüli szereplők magatartására

³ Az értékelés (ld. pl. Guba-Lincoln; 1989; Scriven, 1991), a teljesítménymenedzsment, -mérés (ld. pl. Wimmer, 2000; Neely et al. 2004) és a minőségmenedzsment (ld. pl. Demeter, 2008) elméleti háttereket disszertációm 2. fejezetében részletesen tárgyaltam, amelyben a hazai egészségügyi minőség és teljesítmény fogalmak (ld. pl. Belicza-Zékány, 1998; Evetovits-Gaál, 2005) használatát is elemeztem. Az egészségügyi szektor sajátosságait (ld. pl. Kornai-Eggleston, 2004) a disszertációm 3. fejezetében foglaltam össze. A tézisgyűjteményben csak a az empirikus kutatás közvetlen előkészítését szolgáló elméleti keretet mutatom be.

adhatnak magyarázatot. A külső kórházi értékelési módszerek mögötti elméletek (minőségmenedzsment, teljesítménymenedzsment, értékelés) és a kórházon belüli szereplők magatartását jellemző elméletek (egészségügyi szektor sajátosságai, szakértői bürokrácia) feltételezései között jelentős eltérések vannak. Ennek az eltérésnek a létezésére Lozeau és szerzőtársai (2002) is felhívták a figyelmet, amelyet kutatásukban kompatibilitási résnek neveztek el. A kompatibilitási részt a kutatási témámra értelmezve az 1. táblázatban foglaltam össze.

1. táblázat: A kompatibilitási rés

	Az üzleti szférából származó menedzsment módszer mögötti elmélet feltételezései	KOMPATIBILITÁSI RÉS	A közszférában működő kórházakat jellemző sajátosságok	
külső kapcsolatok				
– „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 elméletre vonatkozik. 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 feltételezettekhez hasonlóan.

Kutatásom empirikus részét a magyarországi kórházak körében elterjedt ISO 9001 és a KES illetve MEES rendszerek szerinti tanúsítás hatásának vizsgálatára szűkítettem. Fő kutatási kérdésem 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?

2. A kutatás módszertana

Kutatásom empirikus részében feltáró jellegű kvalitatív kutatást végeztem. A kvalitatív módszerek (Maxwell, 1996) alkalmazását kutatói hozzáállásom és kutatási kérdéseim jellege is indokolta, mivel nem csak pusztán az események és viselkedési módok érdekeltek, hanem az is, hogy a résztvevők hogyan értelmezik ezeket és ez hogyan befolyásolja reakcióikat, interakcióikat. Kutatásomban egy kórházi esettanulmányt (egy szervezeti szintű eset 5 beágyazott esettel 30 interjú, 94 dokumentum és egy kétnapos megfigyelés elemzésével) és öt szakértői interjút készítettem.

2.1. A módszertan indoklása, a vizsgált eset és a szakértői interjúalanyok kiválasztása

Ahogy ez a kutatási célomból és kérdéseimből is látható, a vizsgált jelenség mélyebb elemzése, megértése volt a célom. Az esettanulmány módszerének (Yin, 2003) alkalmazása lehetővé tette számomra a szervezeten (kórházon) belüli szereplők, illetve a külső auditorok észleléseinek, helyzetértékelésének, valamint reakcióinak és interakcióinak megismerését. 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.

Az esettanulmány lehetőségein belül egy kórház esetét vizsgáltam több elemzési egységgel (ún. beágyazott esetek), mivel ez jól illeszkedett kutatásom feltáró jellegéhez és lehetővé tette a jelenség mélyebb megértését. A beágyazott módszertan segítségével 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 lehetett célom az általánosítás, a kontextus leírásával ugyanakkor csak a lehetőségét szeretném megadni annak, hogy a mások által ismert eseteket az általam bemutatottal összevethessék.

Empirikus kutatásom elsődleges elemzési egysége, azaz az eset maga egy olyan kórház volt, amely a kutatási témám, azaz a minőségügyi gyakorlata szempontjából jellegzetesnek mondható, emellett a méret és a funkcionalitás tekintetében a hazai kórházaknak egy jellegzetes csoportját képviseli. Az eset kiválasztása az ún. elméleti mintaválasztáson (Glaser – Strauss, 1967, idézi Eisenhardt, 1989) alapult, mely során 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 esetválasztáshoz az elemzést 2012 második felében végeztem el a 2012. július 1-i kórházi struktúraváltás után, amelyhez felhasználtam a rendelkezésemre bocsátott kórházi alapadatokat, illetve a kórházak minőségügyi tevékenységére vonatkozó kérdőíves felméréseket (Szy–Sinka, 2004; EBF 2008-2010; EMKI 2011). Fontos szempont volt, hogy a vizsgált kórház azon intézmények között legyen, amelyek a 2000-es évek eleji „divathullámban” (2000-2004 között) szerezték meg tanúsítványukat, valamint az, hogy a 2000-2004 között megszerzett tanúsítványát az intézmény folyamatosan fenntartsa. Az előbbi szempontoknak megfelelő 15 kórház közül azokat választottam ki, amelyeknek mind ISO 9001 és mind MEES rendszer szerinti tanúsítványa is volt, és amelyeknél megoldható volt, hogy rendszeresen meglátogassam az esettanulmány készítésének időszakában. A kutatásban való közreműködést a harmadikként felkért kórház vállalta el.

Az esettanulmány tágabb kontextusának megismerése és a további nézőpontokkal való összevetés érdekében az általam tanulmányozni kívánt külső értékelési rendszerek (ISO illetve KES/MEES) öt támogatójával, hazai fejlesztőjével készítettem interjút. 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.

2.2. Adatgyűjtés

Kutatásomban különböző nézőpontok összevetésére törekedtem, 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.

Az adatgyűjtésnek két szakasza volt: A szakértői interjúkat már 2012 őszén elkészítettem. Az esettanulmány helyszínén az adatgyűjtésre 2013 első félévében volt lehetőségem, ami három

és fél hónapot vett igénybe. Kutatásom során törekedtem mind a kórház, mind az interjúalanyok anonimitásának megőrzésére.

Interjút készítettem a kórház felsővezetőivel – közöttük a korábbi főigazgatóval –, a minőségügyi vezetővel és a minőségügyi feladatokért felelős további munkatársakkal és a hierarchia különböző szintjeiről a minőségügyben kevésbé jártas kórházi szereplőkkel is. (Az interjúalanyok megoszlását ld. a 2. táblázatban.)

2. táblázat: A kórházi interjúalanyok megoszlása

	orvos	ápoló, szakdolgozó	diagnosz- tika	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%)	

Forrás: saját szerkesztés

A beágyazott módszertanhoz a kórházon belül további elemzési egységeket választottam ki, amely összesen öt szervezeti egységet jelentett: három betegellátó osztály, egy diagnosztikai egység, és egy osztály a gazdasági/műszaki területről. A beágyazott esetekkel együtt az interjúalanyaim a szervezeti egységeknek több mint egyharmadát képviselték. Az interjúkon kívül 94 dokumentumot gyűjtöttem az esettanulmányhoz, amelyet részben a kórház minőségügyi vezetője bocsátott a rendelkezésemre (72), részben magam gyűjtöttem a kórház interneten keresztül elérhető és letölthető, témám szempontjából releváns dokumentumokat (22). Harmadik adatgyűjtési módomban egy kétnapos külső audit megfigyelése volt.

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.

Az adatelemzés és adatgyűjtés fázisa az esettanulmány készítése során nem vált élesen szét. Az adatgyűjtés időszakában végzett első elemzések a kutatás fókuszát a megfelelő irányba terelték. Törekedtem az adatgyűjtésemet úgy alakítani, hogy a kórháznak azon részeibe is eljussak és további olyan kérdéseket is feltegyek, dokumentumokat is megvizsgáljak, amelyek a kutatásom közben felmerült további kérdésekre is rávilágíthattak.

2.3. Adatelemzés

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 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.

Az adatelemzés során összevettem a félig-strukturált interjúkból, a dokumentumokból és a megfigyelésből származó adatokat, és különböző nézőpontokból (kórházi szereplők, auditorok, szakértők) is megvizsgáltam a tanúsítás és az auditok jellemzőit, hatását. Az 5 beágyazott eset vizsgálata lehetővé tette, hogy kórházi szervezeti egységek szintjén is összehasonlításokat végezzek. A többféle adatgyűjtési módszer alkalmazásával, az adatok összevetésével (trianguláció) növeltem az adatelemzés során levont következtetések erősségét.

3. A kutatás eredményei

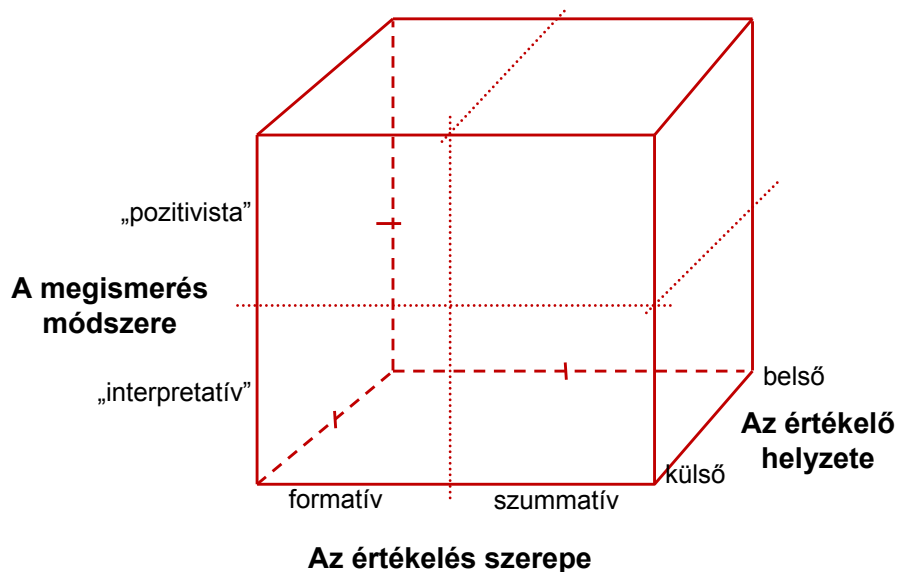
PhD kutatásomban megfogalmaztam javaslatomat a kórházi értékelési módszerek osztályozási keretére, az empirikus kutatás következtetéseiben összegeztem az általam azonosított hat befolyásoló tényezőcsoportot, és eredményeimet összevettem a szakirodalommal. A főbb eredményeket a következő pontokban mutatom be.

3.1. A kórházi értékelési módszerek osztályozási kerete

A 2. ábrán foglaltam össze javaslatomat a kórházi értékelési módszerek osztályozási keretére, melyet a szakirodalomban fellelhető külső értékelési módszereket rendszerező cikkeket (pl. Boland – Fowler, 2000; Freeman, 2002; Veillard, 2005) feldolgozva és az értékelés szakterületén általános ismérvekként megadott szempontokra alapozva dolgoztam ki. Ennek dimenzióiként az értékelő helyzetét (külső vagy belső), az értékelés szerepét (formatív vagy szummatív) illetve a megismerés módszerét („pozitívista” vs „interpretatív”) határoztam meg. További lehetséges osztályozási szempontként adtam meg, 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 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 kapcsolódnak hozzá) jelentősen eltérhet. A javasolt osztályozási keretrendszer alkalmazhatóságát empirikus kutatásom során teszteltem.

2. ábra: Az alkalmazott kórházi értékelési rendszerek osztályozására javasolt keretrendszer



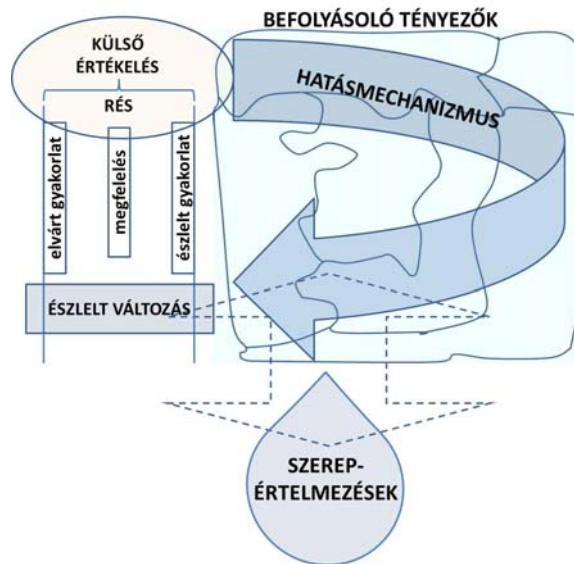
Forrás: saját szerkesztés

3.2. Az empirikus kutatás elemzési kerete és következtetései

Empirikus kutatásom eredményeit a 3. ábrán bemutatott elemzési keret segítségével foglaltam össze. A 3. 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 hatásmechanizmusnak nevezem, amelyet további tényezők befolyásolnak, és mindezek együttesen kihatnak arra, hogy a kórházi szereplőkben milyen kép alakul ki a tanúsítás szerepéről a kórház működésében (szerepértelmezések). 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.

3. ábra: Elemzési keret



Forrás: saját szerkesztés

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 vizsgált kórházban a korábban bevezetett ISO rendszer volt a meghatározó, azonban az integrált ISO-MEES audit és rendszer már évek óta működik, így következtetésem nem a két különböző külső értékelésre vonatkoznak, hanem egy olyan esetre, amikor a két módszer összefonódva jelenik meg.

Az általam vizsgált esetre vonatkozóan a külső értékelés módszeréről, azaz a tanúsításról és a kapcsolódó auditokról a következő megállapítások tehetők:

1. A tanúsítás mint külső értékelési módszer ebben a kórházi esetben **„interpretatív” módszernek** tekinthető az általam javasolt osztályozási keretrendszernek 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.

2. Az osztályozási keretrendszer másik dimenziója, az értékelés szerepe alapján a vizsgált esetben a tanúsítás **formatív jellegű**. Ezt az állítást 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 konstruktívnek 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 és a fejlesztés.
- A tanúsítás mint külső értékelés ebben az esetben nem alkalmas a szummatív (összegző) szerepre, például a színvonal megítélésére, más kórházakkal való összehasonlításra.

Az előző megállapítások alapján a 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 besorolni kell az egyes módszereket, hanem mindkettő nézőpontból megítélhető, és az ezekhez illeszkedés alapján lehet azt mondani, hogy elfogadhatónak tartjuk egyik vagy másik szempontból a módszert.

3. **Önkéntes vagy kötelező** külső értékelési módszer: Az elemzés során fény derült arra, hogy a javasolt további osztályozási szempontok egyikéhez, az önkéntes vagy kötelező külső értékeléshez nem lehet egyszerűen besorolni az értékelési módszereket, ugyanis nem egy dichotom változóról van szó, hanem inkább egy skáláról, amely a belső motivációból eredő önkéntes vállalástól a kötelező, akár büntetést is maga után vonó (pl. jogszabály alapján kötelező) értékelési módszerekig terjedhet. 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 presztízsveszteség lenne a kórház számára.
4. A tanúsítás és a kapcsolódó auditok hatásmechanizmusának a kórházi esetről feltárt jellemzői:
- A **rendszeres ellenőrzés**: A bemutatott külső értékelések osztályozási szempontjai közül ez a követő intézkedések/ösztönzők közé sorolható. Azaz az auditok közbeni és utáni visszajelzéseknek azért (is) lehet hatása a szervezetre, mert később visszajönnek ellenőrizni és ennek tudatában a szervezet tagjai, a kórház szereplői motiváltak a hiányosságok kijavítására, az ajánlások megvalósítására. A tanúsítás módszeréhez kapcsolódó rendszeres ellenőrzések nem csak a külső auditok ismétlődését, hanem a belső auditokat is jelenti, amelyeket a külső auditorok elvárnak, illetve további célzott ellenőrzések is megjelennek. A vizsgált esetről ezek az ellenőrzések a szervezeten belüli más ellenőrzésekkel együtt tovább erősítik egymás hatását.
 - A **vizsga jelleg**: Ezt támasztják alá a kórház esetében az auditot megelőző felkészülés és az esemény jelentőségét jelző érzelmi hatások a kórházi szereplőknél (pl. izgalom). Az audit vizsga jellege a kórházi szereplőket a felkészülésre inspirálja, amely a rendszeres ismétlődéssel együtt egyfajta ciklikus hatást eredményez.

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 esetről feltárt

hatásmechanizmusát további kutatások keretében érdemes összevetni a tanulás elméleteivel.

5. Az esettanulmány alapján megállapítható, hogy a módszer jellemzői (pl. az információgyűjtés domináns módja a dokumentáció ellenőrzés) 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

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 tényleges szakmai munka terén a tanúsítás hatását nem érzékelték. 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 (ESZCSM, 2003) is az egészségügyi szolgáltatási folyamatokat – mint a szervezet fő, szakmai folyamatait – azonosítani, tervezni és szabályozni kell. A kórházi szereplők és az auditorok mégis természetesnek tartják, hogy a tanúsítás a szakmai folyamatokat nem érinti. A kórházi szereplők értelmezései közül domináns az auditok dokumentáció-ellenőrzés szerepe. Továbbá hiába gondolja úgy az auditor, hogy 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. Azaz az egyes szereplők értelmezései hatással vannak a módszer érvényesülésére (hatásmechanizmus, észlelt szervezeti változások), és viszont.

6. Az esettanulmányban számos befolyásoló tényezőt azonosítottam, amelyek kihatnak a módszer hatásmechanizmusára és így az észlelt szervezeti változásokra, illetve az előbbieken bemutatott oda-vissza hatás eredményeképpen a tanúsítás szerepének értelmezésére is.

A befolyásoló tényezők különböző eredetűek és egymással is kölcsönhatásban lehetnek, ezért tényezőcsoportokat alakítottam ki, és ezeket „kirakó” formájában ábrázoltam (4. ábra).

A kutatásomban azonosított és csoportosított befolyásoló tényezőket a 3. táblázat tartalmazza, amelyek közül a tézisgyűjteményben a következőket tekintem át részletesebben (zárójelben a tényezőcsoport, amelyen belül találhatóak):

- szakmai protokollok, irányelvek (szervezeten kívüli tényezőcsoport),
- jogszabályok, hatósági ellenőrzések (szervezeten kívüli tényezőcsoport),
- közvetlen vezetők (szervezeti adottságok tényezőcsoport),
- perek, feljelentések (szervezeten kívüli tényezőcsoport),
- menedzsment szerepe (szervezeti adottságok tényezőcsoport),
- felelős/tapasztalt személy (szervezeti adottságok tényezőcsoport),
- megértés és tapasztalat (egyéni szinten jelentkező tényezőcsoport),
- fejlesztők, támogatók értelmezése és üzenetei (elméleti tényezők).

4. ábra: A külső értékelés hatását befolyásoló tényezők csoportjai



Forrás: saját szerkesztés

3. táblázat: A kutatásomban 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 • megértés • legitimáció • 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"> • auditori kísérők • minőségügyi vezető szerepe • belső auditorok szerepe • további minőségügyesek szerepe • 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

6.a) *Szakmai irányelvek, protokollok*

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.

6.b) *Jogszabályok, hatósági ellenőrzések*

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 nincsen hatással, sokkal nagyobb jelentőséggel bírnak a különböző hatósági ellenőrzések.

6.c) *Közvetlen vezetők*

A szervezeti adottságok befolyásoló tényezők közül kiemelt közvetlen vezetők 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

beosztottjaiktól, így ezen a téren az „ISO” már nem adott hozzá sokat az osztály működéséhez.

6.d) *Perek, feljelentések*

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.

6.e) *Menedzsment szerepe*

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 nekünk. 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 a rendeltetése, szerepe a szervezetben ennek az értékelési módszernek.

6. f) *Felelős/tapasztalt személy*

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 (ezen a szinten volt összehasonlítási lehetőség), 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 (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.

6.g) *Megértés és tapasztalat*

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), ez utóbbi körülményeket soroltam a tapasztalat befolyásoló tényezőkhöz. 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 plusz dokumentációs teherként érzékelik), ott nem fogadják el, és még ha valamilyen más tényező hatására (pl. külső kényszer) próbálnak is megfelelni, az elvárások teljesítése nehezkesebb (ahogyan ez az egyik beágyazott esetről volt). A megértés és a tapasztalat tényezők azonban nem jelentik azt, hogy bármekkora dokumentációs teher elfogadható lehet, ugyanis a kórházban az is, aki megértette, hogy miért van rá szükség, azt a részét maga is kritizálta, 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. (ld. 3. táblázat)

6. h) Fejlesztők, támogatók értelmezése és üzenetei

Ennyi 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 dolgozatomban 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. Ezt a befolyásoló tényezőt neveztem dolgozatomban a fejlesztők, támogatók értelmezésének és üzeneteinek.

Kutatási célomban és kérdéseimben megfogalmaztam, hogy elemzésemet a fejlesztési törekvésekre gyakorolt hatásra fókuszálva végzem el. Kutatásomból kiderült, hogy ebben a kórházi esetben a fejlesztés deklarált célja, de nem elsődleges szerepe volt a tanúsításnak. A szakértői interjúalanyaimnak is az a meglátása, hogy az ISO és a KES/MEES rendszereknek a hazai gyakorlatban nem érvényesül a fejlesztő szerepe. Bár az első felkészítési időszak és auditok hatására bekövetkezett szervezeti változásokat, azaz a szabályozottabb, rendezettebb működést a változást megtapasztaló kórházi interjúalanyaim többsége fejlesztésként értékelték. 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). Az, hogy a kórházi szereplők az általuk észlelt változásokat fejlesztésnek tekintik-e, nem csak pozitív vagy negatív irányuktól függ, hanem attól is, hogy észlelik-e és mennyire tekintik lényegieknek a változást. A tanúsítás és a kapcsolódó auditok eredményezhetnek változásokat a szervezet működésében, 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 egy 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, átörökítette az új állapotokat.

3.3. Az eredmények összevetése a szakirodalommal és további kutatási irányok

Az előzőekben felsorolt eredmények alkalmasak arra, hogy az ismert elméletekkel összevegyjük. A dolgozatomban bemutatott szakirodalmakkal 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 szerepe) vizsgálata további kutatások témája lehet.

A vizsgált esetet összevettem Lozeau és szerzőtársai (2002) cikkével abból a szempontból, hogy a kórházon belüli szereplők hogyan reagáltak összességében 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 elemzés során az előzőekben említetteken kívül további kapcsolódó kutatási témák merültek fel: így a külső értékelők (pl. auditorok, felülvizsgálók) hozzáállásának, szerepeinek vizsgálata; valamint az, hogy a külső kórházi értékelési módszer fejlesztőinek alapfeltevései, hogyan befolyásolják a módszer kialakítását és a gyakorlati megvalósítás eredményességét. Ez utóbbi kutatási kérdést érdekes lenne megvizsgálni a jelenleg fejlesztés alatt lévő kórházi akkreditációs rendszer esetében.

A kutatásom eredményeképpen a vizsgált jelenség részletes, feltáró jellegű bemutatása lehetővé teszi mások számára az általuk ismert esetekkel való összevetést.

A PhD kutatásom eredményei a jelenleg folyamatban lévő 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, kórháziak) közötti intenzív párbeszéd kulcsfontosságú. Az akkreditáció céljának, szerepének és a működésével kapcsolatos feltételezéseknek közös értelmezése meghatározó lehet a módszer sikeressége szempontjából.

4. A tézisgyűjteményben hivatkozott források

- 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. – Zékány Zs. (1998): A minőség fogalmi rendszere az egészségügyben. *EMIKK füzetek*, 17. szám, Debrecen
- 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.
- 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.
- 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): *Tevékenységhelyettesítés*. Aula, Budapest, pp.283-306. illetve 333-361.
- EBF (2008-2010): Egészségbiztosítási Felügyelet minőségi indikátorprogramjának 2008-as, 2009-es és 2010-es kérdőíves felmérése
- Eisenhardt, K. M. (1989): Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, Vol. 14. No. 4. pp. 532-550.
- EMKI (2011): Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet kérdőíves felmérése, 2011
- ESZCSM (2003): „Ajánlás az ISO 9001-2000 szabvány alkalmazásához egészségügyi szolgáltató szervezetekben” 1.0. változat. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium
- Evetovits, T. – Gaál, P. (2005): A költséghatékonyság értelmezése az egészség-gazdaságtani alapok Cochrane-tól Culyerig. In: Gulácsi L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, pp. 91- 113.
- 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.
- Glaser, B. – Strauss, A. (1967): The discovery of grounded theory: Strategies of qualitative research. Wiedenfeld and Nicholson, London – idézi: Eisenhardt (1989)
- 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. I. i69-i74.
- 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.
- Guba, E. G. – Lincoln, Y. S. (1989): *Fourth generation evaluation*. Sage, London
- 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.
- Miles, M. B. – Huberman, A. M. (1994): *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. SAGE, London
- Kornai J. – Eggleston, K. (2004): *Egyéni választás és szolidaritás. Az egészségügy intézményi mechanizmusának reformja Kelet-Európában*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest
- 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. Suppl. I. i28-i37.
- Lozeau, D. – Langley, A. – Denis, J.-L. (2002): The corruption of managerial techniques by organizations. *Human Relations*, Vol. 55. No. 5. pp. 537-564.
- Maxwell, J. A. (1996): *Qualitative research design*. Sage, London
- 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.
- Neely A. – Adams, Ch. – Kennerley, M. (2004): *Teljesítményprizma. Az üzleti siker mérése és menedzselése*. Alinea Kiadó, Budapest; angolul megjelent: Neely A. – Adams, Ch. – Kennerley, M.

- (2002): *The Performance Prism. The Scorecard for Measuring and Managing Business Success*, Pearson Education Limited, United Kingdom
- Scriven, M. (1991): *Evaluation Thesaurus*. Fourth edition. Sage, London
- Strauss, A. – Corbin, J. (1990): *Basics of qualitative research*, Sage, London
- 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. Suppl. I. i62-i68.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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
- Yin, R. K. (2003): *Case study research. Design and methods*. Third Edition, Sage, London

5. A témakörrel kapcsolatos saját publikációk

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

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.