

MEGÉRTÉS AZ EGYÜTTMŰKÖDÉS SZOLGÁLATÁBAN 1. RÉSZ – AZ EGYÜTTMŰKÖDÉS MEGÉRTÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI EGY EGÉSZSÉGÜGYI SZERVEZETBEN

UNDERSTANDING IN THE SERVICE OF COLLABORATION (PART 1) – THE POSSIBILITIES OF UNDERSTANDING COLLABORATION IN A HEALTHCARE ORGANIZATION

A cikkben bemutatott szakirodalmi áttekintéssel a szerző célja, hogy egy később ismertetésre kerülő kvalitatív kutatás jelentésvilágába előzetes betekintést nyújtson. Vizsgálata középpontjába az egészségügyi szervezetekben tapasztalható együttműködés és bevonás témakörei kerültek. A megismert tapasztalatok kulcstényezői például: a rendszerszemlélet, a kultúrához való alkalmazkodás, a megértő közelítés. A páciensközpontúságról, az orvos-páciens kapcsolatáról és kommunikációról szóló különböző iránymutatások, definíciók, sőt a hatások ellentmondásos tapasztalata arra ösztönözte, hogy valóban a helyi jelentést érdemes megismerni: azt, hogy egy adott kórházi osztályon mit jelentenek ezek a fogalmak.

Kulcsszavak: együttműködés, egészségügy, szervezetfejlesztés

This literature review aims to give a preliminary insight into the meanings of different notions, concepts the author focuses on in his next qualitative research paper, such as collaboration and participation in healthcare organisations. Based on the reviewed articles, some of the key factors are systemic approaches, adapting to culture, and focusing on understanding. He found different guidelines, definitions and sometimes contradictory experiences regarding patient centredness, doctor-patient relationship and communication. This encouraged him to shed light on local meaning. What do these notions really mean, e.g., in a specific healthcare department?

Keywords: collaboration, health care, organization development

Finanszírozás/Funding:

A szerző a tanulmány elkészítésével összefüggésben nem részesült pályázati vagy intézményi támogatásban. The author did not receive any grant or institutional support in relation with the preparation of the study.

Szerző/Author:

Verdes Tamás, PhD-hallgató, Budapesti Corvinus Egyetem, (tamas.verdes@uni-corvinus.hu)

A cikk beérkezett: 2020. 06. 04-én, javítva: 2020. 08. 28-án, elfogadva: 2020. 09. 04-én.

This article was received: 04. 06. 2020, revised: 28. 08. 2020, accepted: 04. 09. 2020.

A célom ennek az irodalmi áttekintésnek a publikálásával az egészségügyi szervezetekben tapasztalható együttműködést középpontba helyező, a jelenség megértését célzó, interpretatív (kvalitatív) kutatásom bemutatásának előkészítése.

A téma iránti elköteleződést és a kutatás ötletét saját élmény szülte: hozzátartozóként annak megtapasztalása egy egészségügyi intézményben, hogy milyen nehézségek merülnek fel az érintettek közötti együttműködés során. Miért lenne szükség a páciens vagy a hozzátartozók bevonására a gyógyítás folyamatába? Milyen szervezeti

tényezők támogatják vagy akadályozzák ezt? Mi áll az együttműködés (hiánya) során megtapasztalt konfliktusok hátterében szervezeti szinten? A témát kutatva hogyan érdemes megértő, fejlesztő szándékkal közelíteni?

A személyes megérintettségem túl, szervezetfejlesztőként érzem relevánsnak ezeket a kérdéseket, amelyek olyan témaköröket érintenek, mint például: szervezeti egységek (osztályok) és személyek (orvos, nővér, páciens, hozzátartozó) közötti együttműködés, bevonás, kommunikáció, érdekek, érdekellentétek. A tanulmány első része a szakirodalom áttekintésével, míg második része a meg-

valósult helyszíni kutatómunka bemutatásával járja körül a fenti kérdéseket, témaköröket.

Bár minden egészségügyi intézményben fontos tényező az általam középpontba helyezett téma, mégis egy olyan osztályt kerestem a kutatás helyszínének, ahol ez „látványosabb”, jobban megragadható. Így figyelmem a magyarországi fekvőbeteg-ellátás egy szereplőjére irányult. Az együttműködés és bevonás kérdése hol is lehetne szembetűnőbb szükséglet, ha nem egy újszülött kisbaba érkezésénél? Főleg, ha a kicsi egészségi állapota miatt még nehéz helyzetbe is kerül. Így lett a következő tanulmányban bemutatásra kerülő kutatásom terepe egy újszülött intenzív osztály.

Kutatásomat a téma szakirodalmának áttekintésével kezdtem, és ennek összefoglalását adom ebben a cikkben: bemutatom az általam megismert szakmai írásokat az egészségügy és szervezetfejlesztői megközelítemek kapcsolatán. Interpretatív (Burrell & Morgan, 1979; Gelei, 2006) kutatói alapállásomból fakadóan a kvalitatív kutatás megkezdése előtt ezzel nem általános igazságok megismerése a célom, hanem az egészségügy fejlesztői közelítésének tapasztalataiba, illetve az együttműködéshez kapcsolódó fogalmakba, nyelvezetbe és szóhasználatba való betekintés. Ez lehetővé teszi, hogy először mások tapasztalatainak megismerésével tárjam fel, hogy miért fontos a szervezetfejlesztői, valamint a megértést fókuszba helyező megközelítés az adott kontextusban: egészségügyi intézményekkel, illetve intézményekben való együttműködés. Emellett fény derül a folyamatokban tapasztalt hiányosságokra is. Mindez tanulságként szolgál saját kutatásom megtervezéséhez, megvalósításához is: mire érdemes figyelni egy egészségügyi szervezethez közelítve, milyennek tűnik ez a világ?

A következőkben szervezetfejlesztői megközelítemek felvázolása és a kutatási terep rövid bemutatása után áttekintem néhány egészségügyi fejlesztés tapasztalatát, majd utánajárok a témához kapcsolódó fontosabb fogalmak (például együttműködés, orvos-beteg kapcsolat, orvos-beteg kommunikáció, páciensközpontúság stb.)¹ szakirodalomban való megjelenésének és értelmezésének. A második tanulmányban ezt követi az újszülött intenzív osztályon megvalósult kvalitatív kutatásom értékelő ismertetése, annak kibontása, hogy egy konkrét közegben hogyan használnak bizonyos fogalmakat, és ezeket milyen jelentéstartalommal ruházzák fel.

Megközelítemek: szervezetfejlesztés és rendszerszemlélet

Szervezetfejlesztői meggyőződésemről két okból fontos szót ejteni. Egyrészt ez személyes kiindulópontom volt, ami hatással lett későbbi kutatási kérdéseim megfogalmazására, és egyben a szakirodalom áttekintése során is egyfajta szűrőként szolgált. Másrészt a szervezetfejlesztés alapelveinek és folyamatának áttekintése a kutatás megvalósítása során is támpontként szolgált.

A szervezetfejlesztés számos meghatározása közül szerintem jó összefoglalást és alapot nyújt a következő pár sor.

„A szervezetfejlesztés

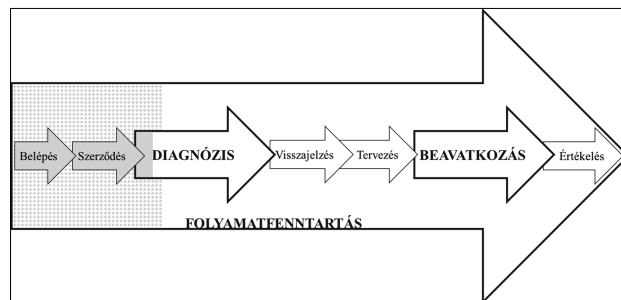
- a legfelsőbb menedzsment szintjén támogatott,
- hosszú távú erőfeszítés arra, hogy javítsuk a szervezet célmeghatározó, problémamegoldó, felhatalmazási és tanulási folyamatait,
- főleg a szervezet kultúrájának folyamatos és együttműködésen alapuló menedzselésén keresztül – különös tekintettel az állandó vagy alkalmi csapatmunkára, valamint csoportok közötti kultúrára –,
- egy konzulens-segítő közreműködésével,
- az alkalmazott magatartástudomány elméletének és technikájának felhasználásával, mely magába foglalja az akciókutatást” (French & Bell, 1995, p. 28).

A „fejlesztés”, illetve „fejlődés” a különböző módszereket, viselkedést átható alapelvek képviseletével és átadásával valósulhat meg, melyek: a rendszerszemlélet, felelősségvállalás és elköteleződés, folyamatszemplélet, hiteles és őszinte kommunikáció, önreflektív (tapasztalati) tanulás (Gelei, 2020).

Az írás során ugyan a kutatói szerep lett meghatározóbb, mégis úgy vélem, a szervezetfejlesztés aktív világától ez nem független. Gondolkodásom során hangsúlyossá vált a téma *rendszerben való vizsgálata*, az elakadások szervezeti hátterének feltárása. A *vezetés* támogatására és elkötelezettségére nagy szükség volt, hiszen érzékeny területre léptem be „kívülről”. A *hosszú távú szemlélet* dominált, mivel nem gyors és közvetlen megértésről vagy ráhatásról gondolkodom, hanem elmélyülésről. Legyen a cél kutatás vagy későbbi fejlesztés, de egy *tanulási folyamat* mindenképpen elindult a megismerés terepét adó szervezet érintettjei számára és számomra is. A *kultúra* pedig megkerülhetetlenné vált a folyamatban, hiszen abba léptem be. Az említett alapelvek képviselete is fontos volt mind az én részemről, mind az érintettek részéről, akikkel kapcsolatba kerültem. A kölcsönös őszinteségért cserébe komoly felelősséget és hiteles magatartást kellett vállalnom, hogy kiérdemeljem, majd tiszteletben tartsam a bizalmukat. A kutatásnak pedig nem csak az eredménye bír hatással, hanem maga a folyamata is.

1. ábra

Kutatásom a szervezetfejlesztési folyamat tükrében



Forrás: French & Bell (1995) alapján saját szerkesztés

Tisztában vagyok azzal, hogy a jelenség, a témakör, amelyre figyeltem, egy önkényesen választott fókusz: együttműködés egy kórházi osztály dolgozói és a hozzátartozók között. Ez a témakör viszont nem elválasztható a

rendszerből, attól függetlenül nem értelmezhető. Ezt végig szem előtt tartottam, és ezért is helyeztem el munkámat French és Bell (1995) diagnosztikus rendszerében az 1. ábrán látható folyamat szerint.

A szerzők szerint a szervezetfejlesztési folyamatnak három fő működési összetevője van: a *diagnózis*, az *akció (beavatkozás)* és a *folyamatfenntartás* (1. ábra). Bár nem beszélhetünk szervezetfejlesztési folyamatról, mégis fontos támpontokat adó elem volt a diagnózis és a folyamatfenntartás: az ábrán eltérő árnyalattal jelölöm aktivitásomat, hangsúlyaimat ebben a keretrendszerben.

Egy diagnózis elkészítéséhez a szerzők két egymást kiegészítő szempontrendszer alkalmazását javasolják: a szervezet alrendszerének és folyamatainak vizsgálatát. Ezek a diagnosztikus összetevők kutatásom során is támpontként szolgáltak.

Diagnózis: alrendszerek

A kutatás terepéül választott osztály kora- és újszülöttek ellátásával foglalkozik, tehát a szülővel való együttműködés létfontosságú (pl. elég csak a táplálás, az anyatej szükségére gondolnunk). Egy kórházon belül található, így működése nem választható el más osztályokétól (pl. a radiológia több másik osztályt kiszolgál stb.). Egyelőre anélkül, hogy a kutatás folyamatának és az osztály működésének részleteit, körülményeit tárgyalnám, azonosítom a vizsgálatban érintett rendszereket, segítve ezzel a tudatos megközelítést.

A teljes szervezet maga az egészségügyi szervezet, melyen belül egy *nagy alrendszer* a kiválasztott osztály, hiszen a csoportban különböző hierarchiák és funkciók képviselik magukat, illetve saját magukra is elkülönült alrendszerként tekintenek. Értelmezésben a hozzátartozók is – ugyan folyamatosan változó, cserélődő, de hasonlóan – egy külső *nagy alrendszer* alkotnak. Az osztályon dolgozók és hozzátartozók közösségére mint *kapcsolódó (interface) vagy csoportok közötti alrendszerre* tekintek, mivel közös problémáik és felelősségük van az újszülöttekről való gondoskodásban. Az *egyének* a kutatásom legkisebb egységét, és egyben a megismerésem kiindulópontját képezték. A *szerepeket* is vizsgáltam bizonyos pozíciókhoz köthetően (orvos, nővér, szülő), mivel ezek például eltérő magatartásokat és ezáltal jelentéseket hordozhatnak.

Diagnózis: folyamatok

A folyamatok – egyebek mellett – azok a tényezők, melyekben tetten érhetők az interpretatív paradigma kapcsán hangsúlyos mögöttes jelentéstartalmak (lásd például Gelei, 2006). Ezek közül itt azokat emelem ki, amelyek az együttműködésben jellemzően előtérbe kerülhetnek.

- *Kommunikációs sémák, stílusok és áramlások.* Hogyan, kik között, kinek a kezdeményezéséből fakadóan zajlik a kommunikáció? Melyek a jellemző irányok?
- *Döntéshozatal, problémamegoldás és tevékenységtervezés.* Az együttműködés és orvos-páciens kapcsolat egy később is előkerülő kulcskérdése a döntéshozatal megosztottságának mértéke. Ki dönt?
- *Egymásba kapcsolódások menedzselése.* Az alrendszerek kapcsolódása miatt kézenfekvő fontosságú

folyamat. Milyen a kapcsolatok természete? Tisztáztak-e a célok, szerepek, és hogyan kezelik a közös felelősséget? (Például nővérek és szülők között.)

- *Konfliktusfeloldás és -menedzselés.* Az osztályon belül is, de különösen a kapcsolódások (pl. közös felelősség) miatt izgalmas és aktuális folyamat ez. Hol létezik a konfliktus? (A kérdés nem pusztán az, hogy hol jelenik meg. Susan Long (2001) írását megvizsgálva később bővebben kitérek erre a témára.) Kik az érintettjei és hogyan kezelik?

Folyamatfenntartás

A folyamatfenntartást illetően szem előtt kellett tartani, hogy hatással vagyok a vizsgált közegre és a kutatás szervezése önmagában is képviseli az általam vallott elveket. Reagálnom kellett a jelenlétemre adott reakciókra; figyelve arra, hogy fokozatosan építsem ki a bizalmat, ebben pedig éljek a vezető támogatásával: fentről lefelé haladtam, illetve az osztálytól a szülők felé. A kommunikációban (szándékok, keretek) átláthatóságra, hitelességre törekedtem. A titoktartást és érzékenységet az első pillanattól kezdve előtérbe helyeztem.

A szervezetekhez, az egészségügyhöz való viszonyulásom tisztázása után a következőkben áttekintem azokat a szakirodalmi írásokat, amelyek segítenek egy értelmezési keretbe foglalni a kutatásomat.

Közelítés az elemzés tárgyához: az egészségügy és szervezetei

Ratnapalan és Uleryk (2014) a WHO-t idézve így fogalmaznak: „Az egészségügyi rendszer szervezetekből, emberekből és tevékenységekből áll, melyek elsődleges szándéka, hogy elősegítsék, visszaállítsák vagy fenntartsák az egészséget.” A szerzők szerint a rendszerek országonként eltérnek, valamint különböző finanszírozási formákban működnek. Az egészségügyi szervezetek viszont – különösképpen a kórházak, egyetemekkel összefonódott egészségügyi centrumok – meghatározó elemei az egészségügyi rendszernek, függetlenül az országtól vagy finanszírozástól (Ratnapalan & Uleryk, 2014, p. 25).

Figyelmem középpontjában a fekvőbeteg-ellátás állt, hiszen az egészségügynek ezen a területén hosszabb időn keresztül, az ellátás jellegeből adódóan jobban „tetten érhető” az együttműködés. „A fekvőbeteg-szakellátás folyamatos benntartózkodás mellett végzett vizsgálati, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú ellátás (ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is), vagy ilyen célokból meghatározott napszakokban történő ellátás, illetve olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt – szükség esetén – a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított” (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, 2018).

A fekvőbeteg-ellátás hazánkban három szintre tagozódik (Borbás et al., 2004, p. 52). A kórházi ellátás alsó szintjén az alapvető osztályokkal rendelkező városi kórházak állnak, amelyek elvileg mindenki számára elérhetők lakóhelyük 25-30 kilométeres körzetében. A következő

szintet képezik a megyei kórházak, amelyek több budapesti kórházzal együtt jellemzően regionális központként is működnek. Az országos intézetek és az egyetemi klinikák pedig regionális és országos feladatkörrel egyaránt rendelkeznek.

Az általam középpontba helyezett kórházi osztály egy magyarországi régió beteg kora- és újszülöttjeinek ellátását végzi. A szervezet tevékenységének részletes bemutatása a tanulmány második részének témája. Itt pedig fontos leszögezni, hogy ennek a cikknek a fókuszában nem az intézményi környezet elemzése áll. A továbbiakban egészségügyi szervezetekkel végzett fejlesztési tevékenységeket bemutató eseteket, tanulmányokat tekintek át, majd ezután az együttműködés és bevonás témáját helyezem a középpontba.

Szervezetfejlesztés és egészségügy

Az egészségügyhöz, kórházakhoz való közelítem alakítását segítette mások fejlesztői tapasztalatainak megismerése. Olyan munkákat, publikációkat kerestem az egészségügyben megvalósult szervezetfejlesztéssel kapcsolatban, ahol az én hozzáállásomhoz hasonlóan a szervezetet szintén egészében, rendszerként kívánták megismerni és segíteni. Mivel a magyarországi tapasztalatokkal kapcsolatban szakirodalmi publikációról nincs tudomásom, így még a szekunder kutatás részeként a PAF Alapítvánnyal vettem fel a kapcsolatot, amely kifejezetten egészségügyi intézmények szervezetfejlesztésével foglalkozik (PAF Közhasznú Alapítvány, 2020). Önkéntes munkát is vállaltam náluk, aminek köszönhetően lehetőségem adódott konkrét magyarországi kórházi fejlesztési folyamatok megismerésére is. Az olvasás és ez a tapasztalat segített abban, hogy megismerjem és itt bemutassam, hogy az általam középpontba helyezett fogalmaknak (együttműködés, bevonás, rendszerszemlélet) milyen – nem feltétlenül magától értetődő – értelmezései vannak jelen, illetve milyen kihívásokkal és még nyitott kérdésekkel találkozhat az, aki a témában kutat.

Az esetleírások mindegyike angol nyelvű és angol nyelvterülethez kapcsolódó tapasztalat. Kétségtelenül mások a körülmények, például a finanszírozási rendszer. Vizsgálatom középpontjában azonban nem az anyagiak, a finanszírozás vagy a makrokörnyezet elemzése állt, így ezektől függetlenül gondolom tanulságosnak ezek megismerését a következő, kutatásom szempontjából is fontos témák mentén: alkalmazkodás, vezetés, ennek fejlesztése, rendszerszemlélet, szervezeti tanulás, csapatmunka, kultúra, bevonás.

Jobb vezetés vagy jobb páciensellátás?

Stoelwinder és Clayton (1978) esettanulmányukban idézik Weisbord (1976) állítását, miszerint a szervezetfejlesztői törekvések az egészségügyi intézményekben gyakran nem járnak olyan sikerrel, mint például ipari környezetben (Stoelwinder & Clayton, 1978, p. 4). (Erről Tempfer & Nowak (2011) is hasonlóan vélekedik.) A szerzők felteszik hát a kérdést, hogy vajon a szervezetfejlesztési folyamat alkalmatlan az adott környezetben, és/vagy az egészség-

ügyi szervezetekben vannak olyan tényezők, amelyek akadályozzák azt. Egy ausztráliai kórház esetén keresztül tárják fel, hogy mire lehet szükség egy sikeres fejlesztés kivitelezéséhez. A megoldást itt végül abban találták meg, hogy a beavatkozás fókuszát a jobb vezetésről a jobb páciensellátásra helyezték át.

A program – amely a Management by Objectives filozófiára épült – kezdetben nehezen érte el az orvosi kört, s ellenállásba ütközött az ápolók körében is, amikor a közösen meghatározott teljesítménycélokat mérni próbálta, mivel ezt többen bizalmatlanságnak és ellenőrzésnek élték meg. A szervezetfejlesztési folyamatot tehát felülvizsgálták, és alaposabban szemügyre vették a kórház sajátosságait, felépítését, valódi céljait. A páciens nézőpontjából gondolták át a szervezeti felépítést, az orvosok értékei, pácienseket szolgáló céljai figyelembevételével közelítették. Ez segítette a program elfogadottságának kialakítását és eredményes kivitelezését. A megvalósult program például előnyös hatással volt a páciensek várakozási idejére és a személyzet hozzáállására (Stoelwinder & Clayton, 1978).

Rendszerszemlélet és vezetésfejlesztés

Cocowitch és társai (Cocowitch et al., 2013) írása ugyan a vezetésfejlesztést helyezi a középpontba, de ezt szervezetfejlesztői megközelítésben teszi. Az amerikai egészségügy fő problémájaként a rendszerszemlélet hiányát azonosítják. A páciensek különféle szakorvosokhoz jutnak el, különböző módszerekkel, javaslatokkal találkoznak, miközben ezek az orvosok a kórtörténetet alig ismerik teljességében. A rendszerszemléletű megközelítés a betegség okát tárná fel, illetve előzné meg. Ez nyilván hosszú átalakulási folyamatot igényelne, ehhez pedig különösen is szükség van jó vezetőkre.

Cocowitchék szerint a vezetésfejlesztés azonban ugyanúgy hiányt szenved az integrációban, konzisztenciában, hosszú távú gondolkodásban. Sokszor csupán alkalmankénti, koordinálatlan képzésekről beszélhetünk. Ezek tulajdonképpen éppen felmerülő szükségleteket elégitenek csak ki (például egy szakmai probléma megoldása vagy a részvétel csupán a felettestől érkező elvárás), nem ismerik a szervezeti hátteret vagy célokat, kultúrát, csapatot, ahonnan „kiemelik” a vezetőt. Egy-egy képzés után ugyanebbe a (változatlan) közegbe kerül vissza a résztvevő. Egy rendszerszemléletű közelítésben a fejlesztés az egész szervezetre hat, az egyént is rendszertudatos módon fejleszti. Az írás egy nonprofit egészségügyi intézményben (Novant Health) megvalósult fejlesztésen keresztül ismerteti a folyamat kulcstényezőit. Nem tanításról van itt szó, hanem a tanulást lehetővé tevő környezet kialakításáról. Mindezt pedig úgy, hogy azzal megvalósulhasson a tapasztalati tanulás, még hozzá az adott szervezetre testre szabottan, alkalmazkodva annak környezetéhez, értékeihez és hitrendszeréhez. A folyamat párhuzamosan fejleszti, használja az önismeret, a csapatban működés, az akciótanulás és a rendszer gondolkodás adta lehetőségeket. A program hosszú távú hatásokban gondolkodik, a megvalósítása is éveket ölel fel, sikeressége elsősorban kvalitatív módon ítélné meg (Cocowitch et al., 2013).

Vezetésfejlesztés

Egy kórházban sok dolgozó kerül vezető szerepbe: szervezeti egységek, szakmai csapatok élén, sokszor más szakterületekkel együttműködve. Ezzel kapcsolatban egy sebészek körében végzett vezetésfejlesztési folyamat kritikai, kvalitatív értékelése (Pradarelli et al., 2016) fontos tanulságokkal szolgál. Ebben az esetben nem kifejezetten szervezetelemfejlesztés valósult meg, de fontos jellemzőket azonosítottak. Egy hosszabb, nyolc hónapos folyamatban kulcsszerep jutott az önismeretnek, tapasztalati tanulásnak, coaching-oknak, visszajelzések megfogalmazásának és a folyamatos csapatmunkának. A fejlesztés egyik fontos kritériuma volt, hogy a kórház motivációjának, céljainak figyelembevétele mellett tudjon alkalmazkodni a sebészek kórházi kötelezettségeihez, szűkös idejéhez is. Ennek eredményeképpen a fejlesztésben a résztvevők mindennapjaira tudtak hatással lenni, ahogy ezt az egyik résztvevő meg is fogalmazta: „Megtanultam a saját környezetünkben jobban együttműködni” (Pradarelli et al., 2016, p. 261).

Szervezeti tanulás

A Peter Senge (1998) által bevezetett fogalom, a szervezeti tanulás fontosságát hangsúlyozza Ratnapalan és Uleryk (2014) az egészségügyben is. Központi szükségletnek tartják a folyamatos tanulást a rendszerek (szerepek, felelőségi körök) összekapcsolódó, dinamikus együttműködése (információátadás, kapcsolattartás) közepette, melynek célja a hatékony, biztonságos páciensellátás. Ez a folyamat szintén nem egy egyszeri beavatkozás, hanem kifejezetten hosszú távú szervezeti jelenség. Meghatározó eleme a személyes, csapaton belüli, vagy csapatok, szakmák közötti együttműködés; nem nélkülözheti a rendszergondolkodást és a munkakörülményekhez való alkalmazkodást (Ratnapalan & Uleryk, 2014).

Csapatmunka és szervezeti tanulás

Goh, Chan és Kuziemy (2013) a páciensek biztonságát középpontba helyezve, annak elérése érdekében a csapatmunka mellett szintén a szervezeti tanulást hangsúlyozzák. Ehhez szükség van a kultúra, a kommunikáció (annak hibái) megértésére, majd ezek olyan alakítására, hogy az támogassa a közös tanulást.

A kultúrát tekintve a szerzők megkülönböztetik a biztonságos (safely culture) és a hibáztató kultúrát (blame culture). Előbbi kezelni próbálja a hibát, és a hangsúly azon van, hogy mi történt, nem pedig azon, hogy ki követte el a hibát. Ehhez szükség van egy jó vezetőre, aki számára a hierarchia nem fontosabb a hibákból való tanulásnál. Ezzel szemben a hibáztatás kultúrája büntetéseket alkalmaz, gyenge minőségben jelent a hibákról (megpróbálja leplezni azokat), és az egyéneket okolja. Ebben a kultúrában a hibákra nem úgy tekintenek, mint tanulási lehetőségekre. A kultúra és a tanulás így hatással van a páciensek biztonságára, az ellátás minőségére. Ott, ahol a csapatok között hatékonyabb a kommunikáció, ahol a pácienseket helyezik a középpontba, és a hibákat nem elkendőzni próbálják, hanem tanulni szeretnének azokból, ott kevesebb hiba történik, a nővérek elégedettebbek a munkájukkal és kisebb mértékű a kiégés (Goh et al., 2013).

Összefoglaló értékelés

Ezekben a beszámolómban, tanulmányokban megjelennek azok a fogalmak, szempontok, amelyek országtól vagy finanszírozási háttértől függetlenül központi szerepet töltenek be egy kórházi szervezetenél megvalósuló támogató kutatás vagy fejlesztés során. Az alábbiakban kiemelem e pontokat. Olyan kulcstényezők ezek, amelyeket saját munkám során is figyelembe kellett vennem.

- Mindegyik írás foglalkozik a következő témákkal: egyéni fejlődés, önismeret, csapatmunka, csapaton vagy szakmákon belüli, illetve közötti együttműködés.
- A fejlesztési folyamatok mindig törekednek a kórházi körülmények adta kötelezettségekhez, feladatokhoz, időbeosztáshoz való alkalmazkodásra.
- Nagyon fontos, hogy a szerzők rendszerben, a helyi kultúrában és hosszú távon gondolkodnak, kvalitatív módon közelítenek és értékelnek.
- A megértés is előkerült a legtöbb írásban, például a szervezeti tanulóshoz kapcsolódóan: „Az egészségügyben a szervezeti tanulásnak arra kell fókuszálnia, hogy megértse, hogyan történt, tökéletesítenie kell, hogy hogyan történik, és feltárnia, hogy hogyan történhet annak érdekében, hogy optimalizálja a páciensellátást a páciensbiztonság veszélyeztetése nélkül” (Ratnapalan & Uleryk, 2014, p. 31). A megértő, elsősorban kutatói szerep tehát egy folyamat (legyen az diagnózis, szervezeti tanulás vagy szervezetelemfejlesztés) első lépése lehet, ahogy a megértés az idézett mondatban is megelőzi a tökéletesítést.
- A fentebb bemutatott írásokban szintén közös még a páciens középpontba helyezése, hiszen gyakorlatilag a róluk való gondoskodás hatékonyságának, minőségének javítása motiválja a fejlesztést.

Mindazonáltal szembevetendő, hogy a szerzők egyik esetben sem számolnak be a páciensek vagy hozzátartozóik fejlesztési folyamatba történő bevonásáról. Holott Tempfer és Nowak – a WHO-t idézve – tanulmányukban kiemelik, hogy ez az érintetteknek nem csak lehetősége, de joga és kötelezettsége is: „Az embereknek joga és kötelessége, hogy egyéni és kollektív szinten részt vegyenek egészségügyi ellátásuk tervezésében és megvalósításában” (Tempfer & Nowak, 2011, p. 409). 2010-ben végzett kutatásuk az érintettek bevonásával megvalósított szervezetelemfejlesztési projektekről szóló (1968 és 2009 közötti) publikációkat vette számba. (A szervezetelemfejlesztést itt a kutatás szempontjából tágan értelmezték: „[...] egy tervezett kísérlet arra, hogy szisztematikusan fejlesszünk bármilyen szervezeti stratégiát, struktúrát vagy folyamatot” (Tempfer & Nowak, 2011, p. 409).

A szerzők az egészségügyben külső érintettek bevonásával megvalósított folyamatokról 25 tanulmányt találtak, amelyekből öt további nagyszámú tanulmány rendszerezett áttekintése. A keresés után végül megvizsgált 467 tanulmány földrajzilag tekintve főleg angol nyelvterületekhez köthető (Egyesült Államok, Ausztrália, Kanada, Egyesült Királyság). A kutatás után megfogalmazott főbb következtetések a következők voltak.

- Az egészségügyben megvalósított fejlesztések nem lettek különösebben sikeresek,
- az érintettek bevonásának mértéke alacsony volt,
- 18 esetben tudták a bevonás mértékét kvalitatív módon, a következő szintekkel jellemezni: tájékoztatás, véleményezés, döntéshozatal; a 18-ból
 - tájékoztatás szintjén 2,
 - véleményezés szintjén 14,
 - a döntéshozatalban való részvétellel pedig 2 alkalommal valósult meg az érintettek bevonása.

Tempfer és Nowak kutatása kimondja, hogy az érintettek bevonása nem bevett gyakorlat a vizsgált egészségügyi szervezetfejlesztések során. Amikor viszont megvalósul, akkor nagymértékben hozzájárul például a fejlesztési folyamatban, tréningeken részt vevő egészségügyi dolgozók empátiájának, kommunikációs készségeinek fejlesztéséhez. Továbbá elősegíti a páciensek számára létrehozott tájékoztató anyagok, információk érthetőbb, aktuálisabb megfogalmazását (Tempfer & Nowak, 2011).

A fentiek szerint az általánosabb gyakorlattal ellentétben nekem nem csupán a vizsgálat tárgyát tekintve vált fontossá az együttműködés és a bevonás, hanem magában a kutatási folyamatban is.

Magyar tapasztalat: PAF Az emberibb egészségügyért Közhasznú Alapítvány

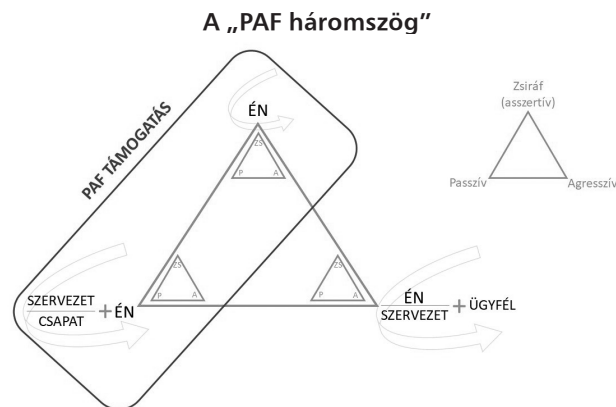
A magyar egészségügyben végzett szervezetfejlesztésekhez a 2011-ben alakult PAF – *Az emberibb egészségügyért Közhasznú Alapítvány* segítségével kerültem közelebb. A betűszó jelentése: pozitív attitűdformálás. Ez az, amiért a szervezet kiáll a magyar egészségügyben. Civil önkénteseket gyűjt össze, akik főleg a szervezetfejlesztési, tréneri, coach, pszichológiai szaktudásukkal támogatják a közös célt: emberibb egészségügyi intézmények kialakítását, fejlesztését.

Az alapítvány tevékenységei közé tartozik például készség- és attitűdformáló tréningek, konferenciák tartása, kórházak szervezetfejlesztése, a jó példák gyűjtése és terjesztése. Létezik PAF-díj, amit az egészségügyben kiemelkedő odaadással dolgozók részére adományoznak. Képzéseket tartanak évente több alkalommal (pl. „Változáskezelés” vagy „Öszinteség vészhelyzetben” címmel). Olyan programok tartásával is foglalkoznak mint például a „Stresszmentes koraszülött- és újszülöttellátás”, ami egy interaktív, gyakorlatorientált, saját élményű, kétnapos műhelymunka (PAF Közhasznú Alapítvány, 2020).

Az ún. „Zsiráf tréning” például az asszertív kommunikáció oktatásával járul hozzá a fejlesztéshez. (A zsiráf vált ennek szimbólumává többek között nagy szíve, széles látóköre és növényevőként békés jellege, de szükség esetén mégis erős fizikuma miatt.) Az alapítvány az egyéni hozzáállás passzív, agresszív vagy asszertív megtestesüléséből az utóbbi kibontakoztatásával támogatja az egészségügyi dolgozókat. A fejlesztési folyamat fókuszában az áll, hogy az egyén kamatoztatni tudja az asszertív viselkedés előnyeit személyes működésében, a szervezeti együttműködésekben (munkatársakkal vagy páciensekkel való kapcsolataiban). A közös tanulás, fejlődés eredményeképp

pen a szervezet belső „rendjének” kialakulása hozzájárul az ügyféllel való kapcsolat fejlődéséhez is. A 2. ábra ezt a megközelítést szemlélteti.

2. ábra



Forrás: PAF Közhasznú Alapítvány

Együttműködés az egészségügyben: bevonás, kapcsolat

Egészségügyi fejlesztési tevékenységek esetszintű bemutatása után témám fókuszához közelítek, az ahhoz kapcsolódó fogalmakat járom körbe. Ezek áttekintése lehetővé teszi a közös nyelv megismerését, és bepillantást enged az adott (tág) közeg jelentésvilágába.

Kutatásom középpontjában az együttműködés áll, méghozzá egészségügyi környezetben. Ennek a témának az egyik lehangsúlyosabb szempontja az orvos és páciens közötti kapcsolat. Ezt a kapcsolatot határozza meg az együttműködés. Málovics és társai idézik Pillinget: „Az orvos és a beteg közötti együttműködés fontosságának felismerése hozzájárult az orvos-beteg kapcsolat átalakulásához...” (Málovics et al., 2009, p. 253). A következőkben ezt a felismerést és ennek a szakirodalomban megjelenő hatását mutatom be előbb az elméleti iránymutatást, majd a gyakorlati tapasztalatokat tárgyaló írások áttekintésével.

Páciens- és család-központúság: irányelvek

Az egyesült államokbeli The Joint Commission nagyon fontos irányelveket fogalmazott meg a jövő kórházi számára. Iránymutató kiadványukban (Guiding Principles for the Development of the Hospital of the Future, 2008) az egyik fő kritérium a páciensközpontú ellátás elérése. Itt olyan fogalmakkal találkozunk, mint a kultúra, hozzáállás, partneri viszony. Ezek pedig a szöveg szerint olyan tényezők, amelyek nem csupán érzelmi megnyugtatásként szolgálnak, hanem meghatározó hatással vannak az ellátás biztonságára és minőségére.

Ahogy munkám középpontjában is ez áll, a szöveg is kiemeli: az egészségügyi ellátásban a páciensek igen gyakran nem egyedül kerülnek kapcsolatba az egészségügyi dolgozókkal. A család, a hozzátartozók alkotják az érintettek harmadik csoportját. A szövegben idézett Institute for Family-Centered Care négy alapelvet fogalmaz meg a páciensközpontú ellátás alkotóelemeként. Ezek a

méltóság és tisztelet, az információmegosztás, a részvétel, bevonás és az együttműködés.

Ideális esetben az ellátás szerves részét alkotja a páciens és a hozzátartozók tudásának, meggyőződéseinek, kulturális háttérének megismerése és *tiszteletben* tartása. A páciensek és a család pontos, teljes *tájékoztatót* kapnak időben, ami lehetővé teszi az ellátásban való hatékony részvételt. Ami pedig *a részvételt*, azaz a bevonást illeti, a kórház támogatja a pácienseket és hozzátartozóikat, hogy részt vegyenek az ellátásban és a döntéshozatalban, amilyen szinten ők ezt igénylik. Az *együttműködés* itt szervezeti szinten értendő. Ez magában foglalja az egészségügyi vezetők együttműködését a páciensekkel és a családtagokkal egyaránt a kórházi irányelvek, programok, ellátás fejlesztésében, megvalósításában és az értékelésében (The Joint Commission, 2008, pp. 21–22).

A szerzők szerint a páciensek valódi részvétele, bevonása a saját ellátásukba látványos hatással van az ellátás minőségére. Egy együttműködő rendszerben akár a krónikus betegek is nagyobb hatással tudtak lenni a saját állapotukra (pl. vérnyomás, vércukorszint), szemben azzal a közeggel, ahol kevésbé bíztak meg az orvosukban vagy saját magukban, hogy képesek gondoskodni magukról. Azok a páciensek, akik kevésbé ítélik páciensközpontúnak az ellátásukat, általában rosszabb egészségügyi állapotban is vannak. Egy neurológiai osztályon a családok folyamatosan a páciensek mellett maradhattak, ami mérhető módon javította az ellátás biztonságát és minőségét. Javult a kommunikáció, csökkentek a gyógyszerelési hibák, felére csökkent a bentartózkodási idő és a személyzet is kevesebbet hiányzott (The Joint Commission, 2008, p. 22).

Az elvárások mellett a szöveg szót ejt a korlátokról és félreértelmzésekről is. Mivel egyre kevesebb idő jut a páciensekre (pl. rövid vizitek), az érintettek oktatása egy fontos téma. Az átláthatóságra való igény a kórházak életében kockázatokkal is járhat, ugyanakkor a páciensek valódi vágya a nyílt párbeszédre, együttműködésre inkább építheti a kapcsolatot. Fontos még megjegyezni, hogy mit *nem* jelent a páciensközpontúság. A család részvétele az ellátásban, az etetés, állandó felügyelet még önmagában nem valódi bevonás, főleg, amíg emellett a kórházi dolgozók elszigetelten, önmagukban maradnak meg döntéshozóként. Továbbá fel kell mérni azt, hogy egyáltalán a páciens milyen mértékben kíván egyenrangú félként jelen lenni, vagy éppen a családját maga mellett tudni. Ezen felül a páciensközpontú ellátás nem pusztán víziók vagy gyakorlatok kialakítását jelenti, hanem a kultúra megváltoztatását. Egy fontos megállapítás a szövegben: a páciensekhez való empatikus viszony kialakításához a kórháznak a dolgozóival is ilyen viszonyt kell teremtenie. (Lásd az előző fejezetben említett PAF, vagy később Susan Long (2001) hasonló gondolatait.) A kórházi személyzet is védelemre, támogatásra szorul a vezetőség, a kultúra által (The Joint Commission, 2008, p. 24).

Pont ezeknek a szempontoknak a megfogalmazása után érdekes számomra, hogy a szöveg a páciensközpontú ellátás megvalósítása érdekében folyamatfejlesztő eszközöket említ példaként, mint például a Six Sigma vagy a Lean. Szerintem ezek kétségtelenül segítséget nyújthatnak

a folyamatok fejlesztéséhez, de a felsorolt szempontok, jelenségek és területek fejlesztésében – a páciensközpontú ellátás elérése érdekében – olyan területek fejlesztésén keresztül visz az út, amelyek folyamataiban a szervezetfejlesztés rendszerszemléletű eszköztára és/vagy a mély megértés nagy segítséget jelenthet.

Páciensközpontúság a gyakorlatban: kommunikáció, részvétel és döntéshozatal

Az előző részben ideális, megvalósítandó körülményeket mutattam be. A fent összefoglalt iránymutatás tulajdonképpen célokat fogalmaz meg. További tanulmányok tanulsága alapján viszont érdemes más nézőpontból is rátekinteni ezekre a fogalmakra, és további véleményeket is feltárni. A szakirodalomban sok kritikai írás született, amelyek árnyalják a páciensközpontúság fogalmát. Ezekből a szövegekből (is) kiderül, hogy az orvos-beteg kapcsolatot nagyon nehéz elválasztani az orvos-beteg kommunikációtól és a (szövegekben azon belül tárgyalt) kezelésekre vonatkozó döntéshozatal kérdésétől. A következő sorokban ez utóbbi két téma kerül előtérbe a páciensközpontúság kapcsán.

A kommunikációs stílust szem előtt tartva megkülönböztethetünk három döntéshozatali módszert (Málovics, Vajda, & Kuba, 2009; Thompson, 2007):

- paternalista: orvosközpontú kommunikációs módszer, azaz az orvos közli a döntést a beteggel,
- informatív: az orvos szakértelmet, információkat biztosít a beteg számára, aki meghozza a döntést,
- közös döntés: a döntés folyamatában és eredményében is közös a két fél között.

Haes (2006) leírja, hogy a páciens-központúságot és a közös döntést a jó kommunikáció alapköveként említik az orvostudományi képzéseken. Felhívja viszont a figyelmet arra, hogy a hasonló „elvárások” tulajdonképpen a ma elterjedt betegség- vagy orvosközpontú modellekkel való elégedetlenségből fakadóan jöttek létre, és ezek inkább egy trend részét képezik, ideologikusak, politikaiak, koncepcionálisak, sem mint tudományosak. A páciens-központúságnak vagy páciensközpontú kommunikációnak, ellátásnak számos meghatározása létezik. Vannak határozottan közös elemek (pszichoszociális igények figyelembevétele, a páciens meggyőződésének feltárása, partnerség, bevonás a döntéshozatalba), de ez a téma kuszának mondható. A szerző kiemelt olyan kórházi eseteket (pl. vészhelyzet) és élethelyzeteket (pl. ideges állapot, súlyos betegség, kisebbséghez való tartozás), amikor egyrészt a páciens nem igényli, másrészt pedig nem is hatásos az a fajta idáltipikus informáltság és döntési felelősség, amelyről sok szerző ír (tehát érdemes lehet inkább tiszteletben tartani a pszichológiai önvédelmi reakciókat).

A nehéz helyzetben lévő, sebezhető emberek esetében a páciensközpontú kommunikáció ellentétes hatást válthat ki, ami egy paradox helyzetet eredményez: „Az ilyen nagyon sebezhető páciensek számára paradox módon a páciens középontba helyezni lehet, hogy pont azt jelenti, hogy nem páciensközpontúan viselkedünk” (de Haes, 2006, p. 296). Ezért érdemes tehát megkülönböztetni a

páciens-központúságot (az egész ellátásra vonatkozóan) a „pusztán” páciensközpontú kommunikációtól. Ennek nagyon fontos tanulsága számomra az, hogy tisztázni kell a fogalmak helyi jelentését.

Thompson (2007) az eddigiek megerősítése mellett – egy kvalitatív kutatást követően – a bevonás és a részvétel vizsgálatával felállít egy osztályozást, amelyben a közös döntés kapcsán a kétoldalú igény és a dialógus fontosságát hangsúlyozza.

Az orvos-beteg kommunikációra vonatkozóan Málovics és társai (2009) Magyarországon megvizsgálták azt, hogy „a szakirodalomban optimálisnak tartott közös döntésről hogyan vélekednek a páciensek” (Málovics et al., 2009, p. 250), összefüggésben a paternalizmussal. Az elméleti, ideális formák mögé nézve itt is a páciensek igényének feltárása kerül előtérbe. Az eredményeket tekintve a többség a döntés tekintetében inkább az orvosra bízna magát, azonban sokszor panaszoknak az elégtelen kommunikáció miatt. A kommunikációs folyamatban számos értékelés és értelmezés rejtett formában zajlik. Még ha csak információgyűjtésről is van szó, de „az első lépés tehát a közös nyelv megtalálása, amely már feltételezi a páciens jelentésvilágának (...) figyelembevételét” (Málovics et al., 2009, p. 252). Az orvos és páciens közötti eltérő helyzetben (pl. szakértelem, döntési jogkör, érzelmi bevonódás) hiedelmek, felfogások is szóba kerülnek. A közös nyelv és jelentésvilág interpretatív szervezettelméleti közéletem miatt kutatásomban is fontos fogalmak.

A napjainkban is zajló átalakulási folyamatok kapcsán még egy fontos jelenségről érdemes szót ejteni: az *e-páciens* megjelenéséről. Gyórfy (2019) szerint a XXI. században ez nem csupán a rendelkezésre álló technikai újítások felhasználását jelenti, hanem egyben kulturális váltást is, ami – a paternalista modellt felváltva – az orvos és páciens partneribb kapcsolatára, valódi együttműködésére épül. A fogalom tehát nem csupán arra utal, hogy a páciens a digitális egészségügy eszközeit használja (azaz nem pusztán „electronic”, hanem pl. „enabled” vagy „empowered” is, azaz „képesé tett” és „proaktív, elhivatott” is). Az objektív adatok és innovatív technológiák elérhetőségével a páciens felkészültebbé, saját állapotának szakértőjévé válik, tudatosan fordul szakértőkhöz, közösségekhez, és egyenlőségre törekszik az orvos-beteg kapcsolatban (Gyórfy, 2019).

A téma kapcsán a hivatkozott szövegekben közös célként fogalmazódik meg az ideálisnak elképzelt modelleken túl a páciens valódi igényeinek feltárása és a fogalmak, helyzetek megértésére való törekvés, elsősorban a kommunikáció vizsgálatával. A modernebb, demokratikusabb, partneribb kapcsolatot vizsgálva a szövegek viszont nem szólnak az együttműködés kapcsán például a viselkedés (nem szóbeli kommunikáció), az érzelmek vagy éppen a fizikai környezet tanulmányozásáról. A következő fázisban publikálendő kutatásomnak ezek a témák is részét képezték.

Együttműködés újszülöttek mellett: családközpontúság a szülészetben

Kutatásom fókuszában az egészségügyön belül konkrétan egy újszülött intenzív osztályon való együttműködés áll.

A terepre lépés előtt érdemes az eddig megismert irányelveken, tapasztalatokon túl ennek a területnek a sajátos orvos-páciens kapcsolatáról is szót ejteni. Szeverényi Péter (2008) A családközpontú szülészeti gyakorlat lehetőségei a lelki egészség megőrzésében címmel írt cikke ugyan nem az intenzív ellátással foglalkozik, de a szülővel való kapcsolatot érintve témám szempontjából fontos gondolatokat fogalmaz meg. Úgy gondolom, hogy a szerző által megfogalmazott szülői igények egy része (a terhesség és a szülés kapcsán) a kisgyermek intenzív osztályra kerülésekor csak erősödhetnek. „Alapesetben” is a nők hiedelmeinek, vágyainak befolyásoló hatásairól és a párbeszéd fontosságáról ír Szeverényi. Továbbá kiemeli a férfi, és így a teljes család szerepének fontosságát a szülés kapcsán. Nem csak az anya, de az apa minél korábbi bevonását javasolja a szülésre való felkészítésben. Ezt nem csak az orvosoknak ajánlja, de „a várandós nővel (és partnerével) kapcsolatba kerülő valamennyi egészségügyi dolgozónak ki kell használnia minden lehetőséget a felkészítés érdekében.” Ír a fizikai környezet otthonosabbá tételéről, illetve arról, hogy „... ez [pl. barátságos szülőszobák kialakítása orvosok nélküli szüléshez] részben gazdasági kérdés, de még inkább szemléletmód függvénye.” valamint arról, hogy „A szülőszobai személyzet viselkedésének is változnia kell!” (Szeverényi, 2008). Ezek és a további szempontok (pl. szülőszobai látogatások, a baba rutinszerű elkülönítésének mellőzése) mind az anya és az érintettek lelki egészségét szolgálják, amelyekben a kapcsolódás a közös elem. A szövegben hivatkozott felmérésben a nők 20%-a traumatizálóan minősítette a szülését. Ami itt érdekes ebből, az az, hogy ebben olyan tényezőknek tulajdonítottak fontos szerepet, mint: 1) hiányzó támogatás (a szülés után), 2) „nem figyeltek rám eléggé szülés közben” tapasztalat, 3) az orvos részéről elégtelen odafigyelés, támogatás, 4) a felkészítés hiányosságai (Szeverényi, 2008). Ezek a (sokszor kielégítetlen) igények nagyon szorosan kapcsolódnak az általam vizsgált témához és az eddig tárgyalt fogalmakhoz (együttműködés, kapcsolat, páciensközpon-túság).

Meggyőződésem szerint olyan szempontok és jelenségek ezek, amelyek az általam vizsgált újszülött intenzív osztályon az újszülött szüleiével való kapcsolat minőségét, azaz az együttműködést határozzák meg. Ez természetesen más pácienskapcsolat esetében talán erőteljesebben, de itt is hatással lehet az ellátás milyenségére, sőt sikerességére.

A kutatásom előkészítésének összefoglalása előtt még fontos szót ejteni az együttműködés egy kikerülhetetlen velejárójáról és annak feltárásának lehetőségeiről, kihívásairól.

Az érem másik oldala: együttműködés és konfliktus

Susan Long azonos című (Cooperation and conflict, 2001) írása a szervezet valós, mélyebb szintű megértése miatt vált fontossá számomra. Az alcímben jelzett két fogalom az egészségügyi szervezetről való gondolkodásomban központi szerepet tölt be (különösen a személyes élmé-

nyeket felidézve). Long segít eligazodni és támpontot ad a mögöttes, esetleg rejtett, vagy legalábbis máshol jelenlévő jelenségek felkutatásához, mélyebb megértéséhez. Itt már előtérbe kerül az előző írásokban jellemzően csak a háttérben sejtethető téma, az együttműködés, a csapatmunka, vagy a szervezeti élet kapcsán ezek velejárója: a konfliktus.

A Long (2001) által megfogalmazott álláspont szerint a konfliktusokat – jelenjenek meg azok egyéneken belül vagy között, csoportos vagy intézményi keretekben – több szinten lehet értelmezni. Ennek a rendszerszemléletű megközelítésnek a lényege tulajdonképpen az, hogy például egy értéket, érdekeket érintő konfliktus megjelenése a szervezet egy adott szintjén (pl. csoportok között) felfogható a rendszer egy másik szintjén jelenlévő konfliktus tüneteként. Abban az esetben például, ha két ember között találkozunk egy feloldhatatlannak tűnő konfliktussal, – a szerző szerint – szinte biztosak lehetünk abban, hogy ez az ellentét jelen van máshol is a rendszerben (ez a „displacement” jelenség).

Feltételezésem szerint Long egy olyan jelenséget ragad meg leírásában, amely az egészségügyi intézmények esetében is idevágó probléma. Szerintem az egészségügyben dolgozók és a páciensek (hozzátartozók) közötti közvetlen feszültségektől eltávolodva érdemes feltárni azt, hogy hol jelennek meg ezek párhuzamosan más szintereken. Például az ápolók és páciensek közötti kapcsolat nehézségei gyökerezhetnek az orvosok és az ápolók közötti viszonyban. Elképzelhetőnek tartom, hogy a nagyobb rendszerek közötti problémák (például állam és egészségügy közt), vagy éppen az osztályok, csoportok közötti ellentétek nehezítik a személyzet és a páciensek együttműködését, vagy éppen a dolgozóknak okoznak belső feszültséget.

Long (2001) szerint, ahogy az egyén is kialakítja a saját pszichológiai védekezését a szorongás, feszültség ellen, úgy ez szervezeti szinten is értelmezhető jelenség. A szerző egy releváns példát említ a szociális védekezési mechanizmus elmélete (Social defence theory) kapcsán: a kórházi közeget (Menzies-Lyth, 1988a). A kórházi dolgozók intim és nagy felelősséggel járó kapcsolatba kerülnek a páciensekkel, amelynek kezeléséhez kialakítják a saját védekezési mechanizmusukat (a szorongás ellen). A szöveg említi a kórházi rendszer védekezési mechanizmusát, ami a feladatok szervezésében érhető tetten. A kórházi struktúra és kultúra lehetővé teszi a távolságtartást, ami tetten érhető például a páciens betegséggel való azonosításában vagy abban, hogy a nővér csak bizonyos funkciók ellátásáért felel, nem pedig a betegért magáért. Ez másodlagos problémákat szül. A páciens elhanyagolva érzi magát, a dolgozóknak pedig büntudata van. A (hibáktól való félelem miatt kialakuló) szociális védekezés okán például a kapcsolat rideggé válik, döntéseket csak a tapasztaltabbak hozhatnak.

Long ezekhez fűzött megállapításai közül kettőt emelek ki a témához kapcsolódóan. 1) A szervezet ilyen jellegű (védekező) kultúrájába nehezen illeszkednek be például azok (a nővérek), akik személyes védekezésükben már „megoldották” ezt a fajta nehézséget a pácienskapcsolatban. A kultúra könnyebben fogadja be, illetve „ki-

termeli” az abba jobban illeszkedőket. 2) Erre a kultúrára jellemző az összetett helyzetek szétdarabolása egyszerűbbekre, így a konfliktusok is több helyre „szakadhatnak szét” (Long, 2001, pp. 103–104).

Ez a gondolatmenet tovább árnyalja – és még izgalmasabbá teszi – az egészségügyi szervezetekben létrejövő kapcsolatokat és azok vizsgálatának folyamatát is.

Fontos még számomra, hogy Long (2001) az előzőekhez kapcsolódóan felhívja a figyelmet arra a veszélyre, hogy a konfliktusok léte (akár szervezeti szinten megjelenő védekezési, projektálási mechanizmusként) elfogadottá, azaz a szervezeti kultúra részévé válik. Itt pedig – őt idézve – fontos tisztázni egy lehetséges félreértést: „A konfliktus és a stressz tudatosan megélt az érintettek részéről. A kollektív szervezeti válasz az, ami tudatosság nélkül jelenik meg” (Long, 2001, p. 105). Nem arról van tehát szó, hogy az érintettek ne lennének tudatában a konfliktushelyzetben megélt feszültségnek. Ami viszont tudattalan szinten marad, az a szervezeti szinten fellépő – vagy éppen elmaradó – reakció az ilyen helyzetekre. Ez elvezet a Gelei (2006) által is megfogalmazott célhoz: a mögöttes, rejtett jelenségek feltárásához. A szervezeti kultúra hatékony feltárása és az azzal való közös munka a szervezetfejlesztői tevékenység meghatározó jellemzője. Én ennek a munkának egy első lépését vállalom kutatással a kiválasztott újszülött intenzív osztályon.

Long (2001) nem állítja, hogy egy együttműködő kultúra nélkülözne a konfliktust, de három tényezőt azonosít, amelyeket szem előtt tartva érdemes építkezni. A 1) tisztán lefektetett feladatok és szerepek, a 2) képesség a tapasztalat és cselekvés általi tanulásra, valamint a 3) képesség a közvetítő és érzelmileg megtartó munkakörnyezet kialakítására és fejlesztésére (Long, 2001, pp. 106–107). Nos, ezek olyan témák, amelyeket egy megértésen alapuló kutatás és egy erre építő szervezetfejlesztői közelítés nagymértékben tud támogatni.

A kutatás-előkészítés összefoglalása

A kórházi fejlesztési folyamatok kapcsán írt cikkekből, tanulmányokból közös és hangsúlyos témákat és szempontokat ismertem meg. Egy kórházzal való együttműködés során különösen fontos a közeget, kultúrához való alkalmazkodás. A vezetők és csapatok (együtt)működése kulcsfontosságú, szó szerint életbevágó. A páciens közép-pontba helyezése láthatóan fontos, de magukba a fejlesztési folyamatokba jellemzően mégsem vonják be őket. A következő fázisban bemutatásra kerülő kutatásom során hangsúlyt fektetek a hozzátartozók (egy újszülött intenzív osztályon: a szülők) véleményének, megelégségeinek megismerésére. Az írások megerősítettek abban, hogy az együttműködés témakörének helyi jelentését célzó kutatási kérdések megfogalmazásának és a fejlesztői szándéknak helye van egy egészségügyi intézményben.

A kórházi együttműködés témájában a szakirodalmon keresztül megismert fogalmak (orvos-páciens kapcsolat és kommunikáció, páciensközpontság) kapcsán világossá vált, hogy ezek értelmezése korántsem kézenfekvő, sőt, nagyon sokszor helyzetfüggő. A lényeg igazából az – és ez

az eltérő álláspontok, sőt ellentmondó javaslatok gyökere is –, hogy bizonytalan, mit is jelent ez a pár fogalom. A különböző modellek, definíciók, sőt a hatások ellentmondásos tapasztalata arra ösztönzött, hogy valóban a helyi jelentést érdemes megismerni: azt, hogy egy adott kórházi osztályon mit jelentenek ezek a fogalmak (már, ha jelen vannak). Nem általános választ kutatok tehát, hanem helyi megértésre töreksem.

Victoria Sweet (2014) orvos a „gyógyító figyelemről” ír a modern orvoslásban. Könyvében bemutatott tapasztalata azért fontos, mert a hozzáállása – nem szervezetekhez ugyan, hanem a beteg testének rendszeréhez, illetve teljes személyéhez – hasonló az enyémmhez. Nem modelleket vagy általános igazságokat közöl, hanem saját tapasztalatát osztja meg az amerikai Laguna Honda Kórházban. Az orvoslásról, betegekről és önmagáról éveket felölelő tanulási folyamatában az idő, a figyelem, a rendszerben való gondolkodás és a beteg személye játszottak kulcsszerepet. Az orvosláshoz és betegekhez való viszonyát tulajdonképpen a saját munkámmal (interpretatív megközelítés, szervezetfejlesztői alapelvek) tudom párhuzamba állítani. Nagy hatással volt rá Bingeni Szent Hildegárd, a XII. századi gyógyító, akinek „Legfontosabb módszere – akárcsak nekem – a páciens megfigyelése volt” – írja (Sweet, 2014, p. 152). A beteg megismerése érdekében, annak hozzátartozóit is bevonta. Könyve a *kapcsolatról* szól – nem pedig kommunikációról –, amelynek alapja az emberségesség. Ebben a kapcsolatban pedig a figyelem áll a középpontban, ami nélkül szerinte gyakorlatilag az (orvosi) segítség is elképzelhetetlen. Itt pedig álljon a kézenfekvő párhuzam: „A külső tanácsadó is csak akkor tud a szervezettel jó kapcsolatba kerülve tényleges segítséget nyújtani, ha – a fenti értelemben vett – megértésre törekszik. Ez azonban nem könnyű” (Gelei, 2006, p. 92). Nem könnyű (ahogy az orvosi munka sem), én mégis erre vállalkoztam egy kórházi osztállyal való együttműködés során. Erőt adott, hogy a közeg, amelyet szerettem volna megismerni, talán hasonló fogalmakat és alapelveket vallhat magáénak.

A páciens igényeit oly sokszor emelik ki bármelyik témában az írások – nos, én az ő hangjukat is szerettem volna hallani, megértve őket. A tanulmány folytatásában bemutatom, miképpen valósult ez meg, és mindennek hol, miképpen lehet jelentősége.

Felhasznált irodalom

Borbás, I., Németh, Gy., Villusz, L., Lux, L., & Juhász, J. (2004). Az egészségügyi ellátórendszer és tulajdonviszonyai. In Kincses Gy. (Ed.), *Magyarország egészségügye és szociális rendszere* (pp. 45-58). Budapest: Medinfo, Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet.

Burrell, G., & Morgan, G. (1979). *Sociological Paradigms and Organisational Analysis*. Oxford: Heinemann Educational Books Ltd.

Cocowitch, B. V., Orton, S., Daniels, J., & Kiser, D. (2013). Reframing Leadership Development in Healthcare. *OD Practitioner*, 45(3), 10-18.

de Haes, H. (2006). Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability. *Patient Education and Counseling*, 62(3), 291-298. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.06.012>

French, W. L., & Bell, C. H. (1995). *Organization Development* (5th ed.). Upper-Saddle River: Prentice-Hall International Inc.

Gelei, A. (2006). A szervezet interpretatív megközelítése. *Vezetéstudomány*, 38(1 ksz.), 79-97.

Gelei, A. (2020). Szervezetfejlesztés szerepe a sportpszichológiában. In Zs. Imre Tóvári, G. Simonné Goschi, & Á. Pálvölgyi (Eds.), *A sportpszichológia tankönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó (szerkesztés alatt).

Goh, S. C., Chan, C., & Kuziemy, C. (2013). Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(5), 420-432.

Györfly, Zs. (2019). E-páciensek és digitális gyógyítók. *Magyar Tudomány*, 180(10), 1471-1480. <https://doi.org/10.1556/2065.180.2019.10.6>

Long, S. (2001). Cooperation and conflict: two sides of the same coin. In R. Wiesner & B. Millett (Eds.), *Management and Organisational Behaviour* (pp. 95-108). Milton: John Wiley and sons Australia Ltd.

Málovics, É., Vajda, B., & Kuba, P. (2009). Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos-beteg kommunikációról. In E. Hetesi, Z. Majó, & M. Lukovics (Eds.), *A szolgáltatások világa* (pp. 250-264). Szeged: JATEPress.

Menzies-Lyth, I. (1988a). *Containing Anxiety in Institutions*. New York: Free Association Books.

Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő. (2018). *Fekvőbeteg (kórházi) ellátás*. Retrieved from http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok/fekvobeteg_korhazi_ellatas/fekvobeteg_ellatas.html#Mi_a_fekvobeteg-szakellatas

PAF Közhasznú Alapítvány. (2020). *Pozitív Attitűd Formálás. Az emberibb egészségügyért*. Retrieved from www.pafhungary.hu

Pradarelli, J. C., Jaffe, G. A., Lemak, C. H., Mulholland, M. W., & Dimick, J. B. (2016). A leadership development program for surgeons: First-year participant evaluation. *Surgery*, 160(2), 255-263. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2016.03.011>

Ratnapalan, S., & Uleryk, E. (2014). Organizational Learning in Health Care Organizations. *Systems*, 2(1), 24-33. <https://doi.org/10.3390/systems2010024>

Senge, P. M. (1998). *Az ötödik alapelv*. Budapest: HVG Kiadó.

Stoelwinder, J. U., & Clayton, P. S. (1978). Hospital Organization Development: Changing the Focus from 'Better Management' to 'Better Patient Cared'. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 14(3), 400-414. <https://doi.org/10.1177/002188637801400314>

Sweet, V. (2014). *Isten Hotel – Gyógyító figyelem a modern orvoslásban*. Budapest: HVG Kiadó Zrt.

- Szeverényi, P. (2008). *A családközpontú szülészeti gyakorlat lehetőségei a lelki egészség megőrzésében*. Nőgyógyászati És Szülészeti Továbbképző Szemle. Retrieved from http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/a_csaladkozpontu_szuleszeti_gyakorlat_lehetosegei_a_lelki_egeszseg_megorzeseben
- Tempfer, C. B., & Nowak, P. (2011). Consumer participation and organizational development in health care: A systematic review. *Wiener Klinische Wochenschrift*, *123*(13-14), 408-414. <https://doi.org/10.1007/s00508-011-0008-x>
- The Joint Commission. (2008). *Health Care at the Crossroads: Guiding Principles for the Development of the Hospital of the Future*.
- Thompson, A. G. H. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine*, *64*(6), 1297-1310. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.002>

- Weisbord, M. R. (1976). Why Organization Development Hasn't Worked (So Far) In Medical Centers. *Health Care Management Review*, *1*(2), 17-28.

Jegyzet

1. Az *orvos-beteg kapcsolat, orvos-beteg kommunikáció* az orvoslás fontos témakörei. Később hivatkozott szakirodalmakban is tetten érhető, hogy a magyar szóhasználatban a *beteg* szót használják sokszor a *páciens* helyett. Írásomban én az utóbbit használom a magyar hivatkozásokat leszámítva. Így például az angol *patient care*-t páciensellátás, míg a *patient-centered care* fogalmat páciensközpontú ellátásként fordítom. A jelentések tartalma és (feltehetően) ezáltal a mögöttes előfeltevések sem ugyanazok. Kézenfekvő példa arra, hogy az egészségügyi ellátás résztvevői sokszor nem betegek, hanem páciensek, ha egy édesanyára és születendő kisbabájára gondolunk.