

Miért is félünk az ISO-tól? Hazai kórházi körkép

Dr. Széll Erika, Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar

Noha a minőségirányítás célja az, hogy az intézmények, vállalatok munkáját hatékonyabbá és gazdaságosabbá tegye, miközben a munkakörülmények javításával a munkatársak megelégedettségét növeli, a tapasztalat azt mutatja, hogy az egészségügyi dolgozók rendkívül negatívan vélekednek a minőségbiztosításról. Ennek okát keresve kérdőívek segítségével vizsgáltam a munkatársak véleményét, és hozzáállását különböző kórházakban. Az eredmények azt mutatták, hogy a negatív attitűd háttérében számos egészségügyi-, illetve Magyarország-specifikus tényező áll, illetve állhat. Ezeket megismerve és megértve a munkatársak ellenállása leküzdhető, mely lehetőséget adhat hatékonyan működő rendszerek bevezetésére. Ebben a kórházvezetők, és a felkészítők, illetve tanácsadók szerepe óriási.

PROBLÉMA FELVETÉS

Egészségügyi minőségügyi menedzserként és auditorként azt tanultuk, hogy a minőségirányítás mindenki számára jó – ideértve a vezetőséget, a munkatársakat és a vevőket is. Az egészségügyben dolgozó kollégákkal, ismerősökkel beszélve azonban az tapasztalható, hogy a minőségbiztosítás hallatán „mindenki elmenekülne”, a minőségüggyel kapcsolatban kizárólag rossz élményekről számolnak be. Mi is igaz mindebből? A szerzőt minőségügyi felkészítőként az érdekelte, hogy vajon ez-e az általános vélemény a minőségirányításról, és ha igen, akkor ennek mi az oka, illetve mit lehet ellene tenni.

Az egészségügy minősége manapság kulcskérdéssé vált, egyaránt foglalkoztatva a közvéleményt, az egészségügyi szakembereket, az egészségügyi vezetőket, politikusokat és a finanszírozókat. Fontos, hogy az egészségügy céljait explicit módon fogalmazzák meg, valamint hogy a szolgáltatás tudományosan megalapozott, átlátható és kontrollálható legyen. Ezt szolgálja a minőségirányítási rendszerek bevezetése és tanúsíttatása. Magyarországon az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről minden egészségügyi intézmény számára előírja valamilyen minőségbiztosítási rendszer működtetését.

Ma Magyarországon az egészségügyben működő minőségirányítási rendszerek alapvetően két módszerre, az MSZ EN ISO 9001:2001-re, illetve a Kórház Ellátási Standardokra (KES) épülnek. Egyre inkább terjed az ISO rendszer kereteire támaszkodó, de a KES szakmai követelményeinek is megfelelő integrált rendszerek alkalmazása. Bár

az alapvetően ipari felhasználásra kialakított ISO 9000 szabványrendszer értelmezhető a betegellátásra is, mint szolgáltatásra, az egészségügy speciális helyzetben van a non-profit jelleg és az erősen szűkös anyagi erőforrások körvetkeztében. Emellett a betegek, mint a szolgáltatást igénybe vevők elvárásai az ellátással szemben szubjektívek és laikusak.

A minőségügyi szabványok mindegyike igen nagy hangsúlyt fordít a humán erőforrásra. Az emberi tényező szerepe az oktatás, a jogszolgáltatás és a hitélet mellett talán az egészségügy területén a legkifejezettebb, hiszen itt a folyamatok túlnyomó többsége nem automatizált, tehát közvetlenül az emberek végzik embereken. Egy minőségirányítási rendszer bevezetésének komoly hatása lehet a dolgozókra, mint ahogy a munkatársak hozzáállása jelentősen befolyásolhatja a rendszer bevezetését. Sikeres minőségbiztosítás csak a dolgozók együttműködésével és támogatásával érhető el, ugyanakkor minden szervezet csupán a jól működő, és folyamatosan fenntartott minőségirányítási rendszerből profitálhat. A nemzetközi és hazai, részben saját tapasztalatok szerint sajnos a minőségüggyel szemben nem ritkán cinizmus, bizalmatlanság, félelem, illetve rezisztencia alakul ki, noha az orvosok túlnyomó többsége rendkívül fontosnak, mondhatni hitvallásának tekinti a minőségi betegellátást. Ennek az ellentmondásnak számos pszichoszociális és gazdasági oka lehet [1, 3].

Kétségtelen, hogy a minőségirányításnak vannak előnyei és hátrányai is. A felkészítés során általában előnyként tüntetik fel a tanácsadók a jogi védelmet. Ez vonatkozik a betegek által a szolgáltatóval szemben indított és a munkajogi perekre is. A védettség háttérében a szabályozott és így egységes munkafolyamatok, a kibővített, frissített munkaköri leírások és a felelősségi körök meghatározása áll, valamint az, hogy a tanúsíttatáshoz nélkülözhetetlen a hatályos jogszabályok kivétel nélküli betartása.

A felelősségi körök pontos meghatározása igen lényeges eleme a szabványnak, és jelentős mértékben növeli a munkatársak biztonságérzetét.

A munkafolyamatokat az ISO célkitűzései alapján az előre definiált munkautasítások gördülékenyebbé teszik. Bár a protokollok megítélésében szerepet játszik az, hogy az ellátói szabadságot esetleg korlátozza (ez a minőségbiztosítást ellenzők egyik jellemző érve), az egyéb munkafolyamatok szabályozása egyértelműen nagy előnye a rendszernek.

A szabvány egyik, ha nem a legfontosabb eleme a PDCA (plan – do – check – act) ciklus, melynek lényege, hogy a folyamatokat mindig tervezés előzi meg, és értéke-

lés követi, és az értékelés eredményei döntően befolyásolják a további lépéseket. Vagyis a munkafolyamatok során folyamatos adatgyűjtés zajlik, mely adatok elemzése segíti a vezetőség döntéseit. E rengeteg adat összegyűjtése és feldolgozása többletmunkát okoz (ez egyébként szintén gyakori ellenérv a rendszerrel szemben), azonban ennek megítélését jelentősen módosíthatja annak tudata, hogy a feldolgozott adatok érdemi kiértékelése megtörténik, és a későbbi lépéseket meghatározza, tehát a ráfordított munka megtérül. Ugyanakkor a folyamatjellemzők mérése a dolgozóknál, szakirodalmi adatok szerint elsősorban az orvosokban, tiltakozást vált ki [1]. Ennek hátterében az a tapasztalat áll, hogy a vezetés által végzett mérések, ellenőrzések évtizedekig csak a szankcionálások, megszorítások alapjául szolgáltak. Nehéz elfogadtatni az a szemléletet, hogy a hibák feltárása a javítás és a fejlesztés alaplépése, és nem a retorzióké.

Előnye a szabványnak az is, hogy megköveteli a hatékony belső kommunikáció kialakítását, ami biztosítja azt is, hogy a munkatársak fontosnak érezzék szerepüket a kórház életében, és ne úgy éljék meg, hogy a fejük felett hozott, rájuk vonatkozó döntések csupán esetlegesen jutnak el hozzájuk, saját tapasztalataikat, problémáikat pedig nem tudják a vezetőség felé továbbítani [3].

A szabvány külön fejezete foglalkozik a munkakörülmények kialakításával, másrészt pedig a jogszabályok betartásán keresztül befolyásolja a munkakörülményeket, mely a dolgozók szempontjából szintén előnye a rendszernek. Közvetve ugyan, de ide tartozik a megfelelő műszerezettség, mely a minőségirányításnak köszönhetően várhatóan szintén javul. Ez a munkatársak mindennapi munkáját megkönnyíti, ezért szintén a rendszer előnyeként említhető.

A szabvány megköveteli a munkatársak folyamatos képzését, másrészt ez az egészségügyi intézmények törvényben előírt kötelezettsége is. A munkatársak lojalitását a kórház és a minőségbiztosítási rendszer iránt fokozza az, ha az egyéni karrierterveiket meg tudják valósítani, ill. azt érzik, hogy szakértelmüket megbecsülik.

A minőségbiztosítás egyik alapelve a betegelégedettség javítása. Az ellátásban dolgozók mindent megtesznek azért, hogy a beteg állapota javuljon, és amennyiben ehhez a minőségbiztosítási rendszer is hozzájárul, akkor nagyobb hajlandóságot mutatnak irányába, pozitívabban ítélik meg. A betegek véleménye a kórházról az ott dolgozók számára visszajelzésként szolgál, és önbecsülésüket fokozza a pozitív megítélés. Ugyanakkor a betegek laikusként a gyógyulás mellett legfeljebb a hotelszolgáltatással, illetve az ellátás szervezettségével szemben támaszthatnak elvárásokat, az ellátás tényleges szakmai színvonalát, a tudomány legújabb eredményeinek való megfelelését azonban nem tudják megítélni, így az elégedettségük vagy elégedetlenségük sem feltétlenül a munkatársak munkáját minősíti.

A minőségbiztosítás a profit-orientált szférában forgalomnövekedést okoz, mely szintén előnye a rendszernek. Az egészségügyben azonban a betegforgalmat számos más tényező (aktuális, időszakos morbiditási mutatók, ellá-

tási terület nagysága, elhelyezkedése, az ellátott populáció összetétele, beutalási rend stb.) is befolyásolja, melyek függetlenek az ellátás színvonalától. Emiatt ez a rendszer pozitív megítélése szempontjából kevésbé jelentős.

A minőségirányítás a folyamatok racionalizálása és a redundancia kiszűrése révén költségmegtakarítást eredményez, mely a rendszer egyik sokat emlegetett előnye [1, 3]. Az egészségügyben azonban a speciális finanszírozás miatt ez a megtakarítás nem mindig jelentkezik, vagy a hiányos közgazdasági ismeretek miatt a munkatársak számára nem mindig nyilvánvaló. A jelenlegi rossz anyagi körülmények között ellenérzést válthat ki egy költségigényes program megvalósítása.

Az ISO ellen érvelők legfontosabb fegyvere a túlzott dokumentáció, mely kétségtelenül hátránya a rendszernek. Emiatt várható a legnagyobb ellenállás, hiszen ez leterheli az embereket. Úgy érezhetik, hogy ez a betegellátástól veszi el az időt.

Sokan állítják, hogy mivel a szabványt az ipari termelésre fejlesztették ki, az egészségügyi ellátásra nehezen értelmezhető. Az ipari folyamatok adaptálása a betegellátásra az orvosok szerint nehézkes, egyes elemeit pedig teljesen elutasítják. Ez elsősorban annak köszönhető, hogy a tanácsadók és felkészítők főként ipari szakemberek, akik nem látják át az egészségügy speciális felépítését és működését, és ezáltal „nem értenek szót” az egészségügyi dolgozókkal [3].

A rendszer kialakításában elengedhetetlenül fontos, hogy a munkatársak megfelelő kapcsolatot alakítsanak ki a tanácsadókkal, mert ez a részvételt, és a rendszer kezdeti megítélését is meghatározza. Az elégedetlenség nagyobb, ha úgy érzik, hogy az újszerű feladattal magukra maradtak. Másrészt tapasztalatok azt mutatják, hogy az egyes munkakörökben dolgozók eltérően ítélik meg a segítség mértékét. A rendszer megismerésének illetve megismertetésének egyik legfontosabb eszköze az oktatás. A rendszerről alkotott pozitív vélemény kialakításában szerepet játszik az, hogy az egyes változtatások hátterét, célját is megismerjék, többek között az oktatások keretei között.

A legtöbb újonnan bevezetésre kerülő rendszerben a munkatársak rendelkeznek már ismeretekkel az ISO-ról. Ezek általában a már tanúsított kórházak munkatársaitól származó információk, melyek a szakmai találkozások alkalmával jutnak el az orvosokhoz, ápolókhoz. Mivel a minőségirányítási rendszerekről alkotott vélemény vegyes, ezért a hátrányként tolmácsolt jellemzők (például a túlzott dokumentáció, a többletmunka, esetleg a felkészítő személy alkalmasságának megkérdőjelezése) elfordítják a rendszertől a többi munkatársat, akik így eleve ellenérzéssel viseltetnek a bevezetéssel szemben.

VIZSGÁLAT

Az egészségügyi dolgozók véleményét a szabvány bevezetéséről és a rendszer működéséről kérdőíves meg-

keresés formájában mértem fel. A vizsgálat célja az volt, hogy megtudjam, mit tartanak a munkatársak a rendszer előnyének, és mit a hátrányának, és ezek közül mi az, ami fontos is számukra. A felméréstől azt vártam, hogy a kapott eredmény alapján magyarázatot találok arra, hogy az egészségügyi dolgozók miért idegenkednek a minőségbiztosítástól, mely a felkészítők számára lehetőséget nyújtana az „oki terápiára“. A felmérés anonim volt, hogy kiküszöböljem a szankcióktól való félelem okozta torzítást.

A kérdőív a minőségirányítási rendszerek előnyeit, és a feltételezhető hátrányokat célozta meg, részben feleletválasztós, részben kifejtős kérdések segítségével. Ezenkívül szerepeltek kérdések a felkészítő cég munkájára vonatkozóan is, hiszen ez alapvetően befolyásolhatja a munkatársak véleményét, illetve hozzáállását a rendszerhez. A feleletválasztós kérdések a minőségirányítási rendszer nemzetközi szakirodalom alapján várható egyes előnyeire illetve hátrányaira kérdeztek rá, vizsgálva a megkérdezett véleményét illetve tapasztalatát az adott jellemzővel kapcsolatban. A lehetséges válaszok egy négyelemű értékskála szerint minősítették a jellemzőt. Minden kérdésnél volt még egy semleges válasz is (pl. „Nincs véleményem” vagy „Nem tudom megítélni“). E kérdések egyes válaszaihoz meghatározott pontértéket rendeltem (1-4 pont), mely lehetővé tette a matematikai összegzéseket is. A minőségirányítási rendszert negatívan megítélő válaszok (ez kérdésenként más és más volt) alacsonyabb pontot kaptak, mint az azt pozitívan megítélők. A semleges válaszok nem kaptak pontszámot, így az értékelésnél nem befolyásolták az eredményt. Ugyanígy a megválaszolatlanul hagyott kérdéseket is kiszűrtem az adatfeldolgozás során. A kifejtős kérdésekben lehetősége volt a megkérdezettnek a saját szavaival leírni, hogy szerinte melyek a minőségbiztosítás előnyei és hátrányai. A feldolgozás során a felsorolt jellemzőket az értelmük szerint egységesítettem, így lehetővé vált a statisztikai elemzés.

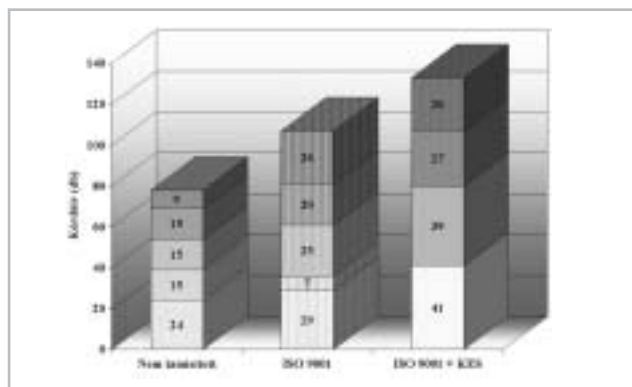
Az egyes kérdések után szerepelt az abban felvázolt előny vagy probléma jelentőségére vonatkozó kérdés, melynek célja a valós pozitívumok illetve negatívumok kiszűrése, és rangsorolása volt. Ugyanis elképzelhető például, hogy egy, a minőségügyben jártas gazdasági szakember véleményét fog alkotni a minőségirányításnak a gyógyító munkára kifejtett hatásáról, azonban ez, mivel őt közvetlenül nem érinti, számára esetleg indifferens lesz.

Vizsgáltam olyan intézményeket, ahol még nem működik tanúsított rendszer, ahol ISO szabvány szerinti minőségbiztosítás működik, valamint ahol ISO és KES alapú integrált rendszert vezettek be, így lehetőségem nyílt az összehasonlításra. A vizsgálatokhoz kétféle kérdőívet használtam; a tanúsított és a még nem tanúsított kórházak munkatársai által kitöltött kérdőívek kérdései egymásnak megfeleltethetőek, általában csak mondat megfogalmazásában különböznek. Az utóbbi kérdőívben csupán a dolgozók minőségirányításban betöltött szerepére, valamint a rendszer bevezetésére, illetve a felkészítésre vonatkozó kérdések maradtak ki, ez azonban az adatfeldolgozást nem befolyásolta.

A kérdőíveket 14 különböző kórházban osztottam szét. A vizsgált kórházak mintegy kétharmadában (10/14) működik valamilyen tanúsított rendszer, mely jól tükrözi a hazai helyzetet [2]. A kiosztás során, annak érdekében, hogy a minta reprezentatív legyen, az alábbi szempontokat vettem figyelembe:

- Lehetőleg 10 orvos, 10 ápoló, 10 asszisztens és 10 gazdasági vagy adminisztratív részen dolgozó töltse ki.
- A kérdőíveket lehetőleg egyaránt töltsék ki olyanok, akiknek van külön feladatuk a rendszerben és olyanok, akiknek nincs.
- A válaszadók között lehetőleg a kórházi hierarchia összes rétege képviseltesse magát.

A munkaköri besorolás esetében az asszisztensek közé került minden olyan személy, aki a betegellátásban részt vesz, de nem folyamatosan foglalkozik egy beteggel, hanem a diagnosztika, illetve terápia egyes lépéseiben vesz részt. Ide sorolhatók ez alapján a gyógytornászok, szülésznők, radiológiai, laboratóriumi asszisztensek, és a járóbeteg-rendelőben dolgozó asszisztensek. Az egyéb kategóriába kerültek a betegellátásban nem közvetlenül résztvevők, azaz a támogató folyamatok szereplői, például az adminisztrátorok, a karbantartók, a műszaki, a gazdasági és a munkaügyi osztály alkalmazottjai. A válaszadókat beosztásuk alapján három csoportba soroltam (felső vezetők, középvezetők és beosztottak).



1. ábra
Az egyes kórházakból beérkezett kérdőívek száma a kórházban bevezetett rendszer szerint csoportosítva

A 14 kórházból összesen 318 kérdőív érkezett vissza. Leginkább az integrált rendszerek esetében teljesült az az elvárás, hogy közel 10-10 dolgozó töltsse ki minden munkakörből a kérdőíveket (1. ábra), ugyanis ezekben az intézményekben a kérdőívek kiosztása általában a minőségügyi vezető segítségével, a felső vezetés maximális támogatásával történt, míg a nem tanúsított kórházakban személyesen, illetve ismerős kollégák segítségével juttattam el a kérdőíveket a munkatársakhoz, az esetek nagy részében a felső vezetés támogatása nélkül.

A válaszadókat először az adott kórházban működő minőségirányítási rendszer alapján csoportosítottam, majd megnéztem az eloszlásukat a beosztásuk, illetve munkakör-

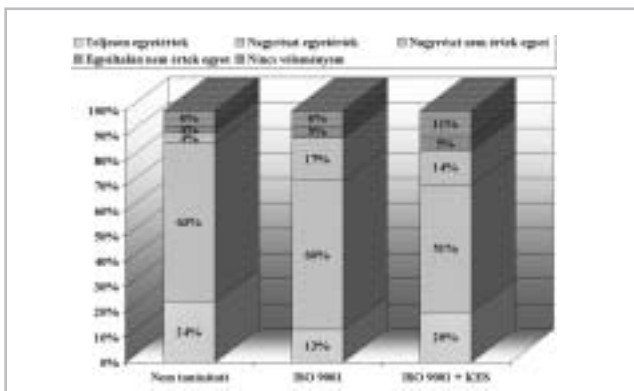
rük szerint, valamint az alapján, hogy van-e valamilyen speciális feladatuk a minőségirányításban. Mivel a tanúsítással nem rendelkező kórházakban a vezetőség támogatásának hiányában a kérdőívek kiosztása nehezebb volt, ezekből az intézetekből kevesebb válasz származik (a kérdőíveknek csupán mintegy egynegyede). A megkérdezettek megoszlása beosztásuk alapján nagyon nagy szórást mutat, mely nagyrészt tükrözi az intézmények szervezeti felépítését, azonban a felső vezetők elenyésző száma miatt statisztikai elemzést e változó alapján érdemben nem lehetett végezni. A munkakör szerinti megoszlás meglehetősen egyenletes, ezért ez jó alapot ad a további csoportosításokra.

EREDMÉNYEK

A kérdőívek elemzése során megállapítottam, hogy a minőségirányítási rendszerek megítélése az egészségügyi dolgozók körében alig jobb a semlegesnél (a kapott átlagpontszám: 2.5, az 1-4-ig terjedő skálán); a személyes beszélgetések alapján azonban még ennél is rosszabbra számítottam.

A munkatársak jelentős része úgy gondolja, hogy jogi védelmet nyújt vagy nyújtana a bevezetett rendszer. Ha elemezzük a kapott válaszokat beosztás alapján is, akkor azt látjuk, hogy minél magasabb beosztású egy adott személy, annál inkább egyetért ezzel az állítással. Ez jól tükrözi a magasabb beosztással járó nagyobb felelősséget. Meg kell azonban jegyezni, hogy a magas beosztású válaszadók kis létszáma miatt ez az eredmény még nem bizonyító erejű.

A minőségirányítás legfőbb erényének a szabályozottságot tekintik. A válaszadók jelentős része (79%) szerint a felelősségi körök meghatározása a rendszer bevezetésével javult vagy már korábban is megfelelő volt, és 76%-ban gondolják úgy, hogy a működés átláthatóbbá vált. Érdekes, hogy a még nem tanúsított kórházakban ez utóbbi kérdést pozitívan megítélő munkatársak aránya jóval nagyobb (87% versus 73% illetve 71%), mely arra utal, hogy a rendszer nem váltotta be teljesen a hozzá fűzött reményeket (2. ábra). A munkatársak 78%-a gondolja úgy, hogy az előre meg-

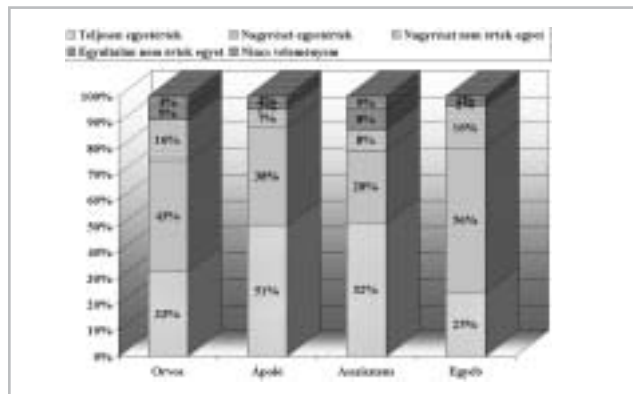


2. ábra
A válaszadók véleményének megoszlása a bevezetett minőségirányítási rendszer szerint arról, hogy a minőségirányítási rendszer bevezetésével átláthatóbbá váltak/válnának-e a tevékenységek.

határozott munkautasítások megkönnyítik a mindennapos munkát, ugyanakkor a nemzetközi adatokkal ellentétben nem érzik azt, hogy a gyógyítás szabadságát korlátozná a rendszer. A válaszadók többsége (60%) szerint a belső kommunikáció is javult (42% szerint jelentősen, 18% szerint kismértékben), mégis sokan úgy vélték, hogy a rendszer működéséből származó információk csak kis részben játszanak szerepet a vezetőség későbbi döntéseiben, és ez a kommunikáció gyengeségére utal.

A munkatársak véleménye szerint enyhe pozitív változás volt megfigyelhető a munkakörülményekben, a műszerek állapotában és a képzések számában.

A munkatársak jelentős része (82%) szerint az adminisztráció eltúlzott, és ez számukra kifejezett problémát jelent. A rendszer megítélésében ez már akkor is szerepet játszik, amikor még nincs bevezetve. A munkakörök összehasonlításakor megfigyelhető, hogy leginkább az ápolók (52%) és az asszisztensek (51%) vélik úgy, hogy túl sok adminisztrációs feladat hárul rájuk. Az orvosok és a támogató folyamatok szereplői ezzel szemben csak 33%-ban, ill. 25%-ban választották ezt (3. ábra). Ennek magyarázata az lehet, hogy az egészségügyi dokumentációt nagyrészt nem az orvos kezeli, hanem segítője. A legtöbb dolgozó részére (82%) összességében többletmunkával jár a rendszer működtetése, még akkor is, ha ezt nem itéli jelentős mértékűnek (57%).



3. ábra
A válaszadók véleményének megoszlása a munkakörök szerint arról, hogy a minőségirányítási rendszer túlzott adminisztrációs terheket ró/róna-e a munkatársakra.

Érdeemes figyelmet fordítani arra, hogy a dolgozók többsége (71%) a költségek növekedését érzi. Sokan (25%) azonban nem tudtak választ adni, mivel ismeretek hányában nem alakult ki erről önálló véleményük. Érdekes az is, hogy a magasabb beosztásban lévők közül kevesebben ítélték költségesnek a rendszer működtetését, azonban a felső vezetők kis száma miatt ez az eredmény fenntartással értékelendő.

A betegforgalomban nem észleltek változást a munkatársak, és elég sokan nem alkottak véleményt. Valószínűleg ebben az játszik szerepet, hogy a betegellátás kötelező területi ellátást jelent, melyek nem változtak jelentősen az el-

múlt pár évben. Szemben a profit-orientált intézményekkel, a felmérésből az is világosan látszik, hogy ez a kérdés jelentéktelennek tűnik a munkatársak számára.

A dolgozók nagy része (70%) fontosnak érzi a rendszer működtetését, ami az elkötelezettségüket jelenti, azonban a minőségbiztosítás a munkatársak elvárásait csak részben teljesítette, mely magyarázhatja a viszonylag negatív megítélést.

A válaszok alapján a felkészítők munkája nem volt kifogástalan, bár ebben a kérdésben elég sok az ellentmondás. A válaszadók mintegy harmada véli úgy, hogy a felkészítők sokat segítettek, egyharmaduk szerint kevés, vagy semmilyen segítséget nem kaptak, és közel egyharmaduk nem alkotott véleményt, ami szintén arra utal, hogy ők nem nagyon találkoztak a felkészítővel. Másrészt viszont a munkatársak 55%-a véli úgy, hogy elég sok oktatást tartottak. Ezt az adatot azonban cáfolni látszik az a tény, hogy a munkatársak mintegy 30%-a még azt sem tudja, hogy milyen minőségirányítási rendszer működik a kórházban.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az eredmények alapján megállapítható, hogy az egészségügyi dolgozók a legnagyobb problémát a túlzott dokumentációban, az ezzel járó többletmunkában és így a betegek jutó kevesebb időben látják. Pozitívumként élük meg a szabályozottságot, az egyértelmű feladat és felelősségi köröket, az átláthatóbb tevékenységeket. Felismerték, hogy ez egyben jogi védelmet is nyújt számukra. A protokollok használatáról az irodalommal ellentétben pozitívan vélekednek, mivel az megkönnyíti a döntéshozatalt. Egyértelmű előnye a rendszernek a problémák detektálása, javítása és a fejlesztés.

A munkatársak átérzik ugyan a minőségügy jelentőségét, és „elméletileg” tisztában is vannak az előnyeivel, azonban a mindennapi munkájuk során ezeknek csak elenyésző részét érzékelik, sokkal kézzelfoghatóbbak és meghatározóbbak számukra a hátrányok. Ha megvizsgáljuk a pozitívan megítélt kérdéseket, (pl. jogi védelem, felelősségi körök meghatározása stb.) ezek nem érintik a munkatársak rendszeres tevékenységét, csak potenciális kockázatok ellen védenek. Ezzel szemben a negatívumként megítélt túlzott dokumentáció és többletmunka folyamatos terhet jelent, az amúgy is jelentősen túlterhelt egészségügyi dolgozók számára.

A költségtöbblet, ami a válaszadók nagy része szerint a minőségirányítási rendszer velejárója, szintén demoralizáló hatású, még akkor is, ha esetleg egy beosztott orvos vagy ápoló ezt nem is tudja objektíven megítélni. Az is elgondolkodtató, hogy miért érzik a munkatársak, hogy a rendszer fenntartása ahelyett, hogy megtakarításokhoz vezetne (mint az az ipari alkalmazása alapján várható lenne), még többletkiadásokhoz is vezet. Ennek részben az lehet az oka, hogy a rossz belső kommunikáció miatt a munkatársak nem látanak bele az intézet gazdasági helyzetébe, és a tudatlanság találgatásokhoz vezet, de lehet az is az oka, hogy a félelmük valós, mert vagy a rendszer nem működik megfelelően, vagy a működtetése nem jár finanszírozási előnnyel.

Néhány kérdésre adott válasz az egészségügy speciális helyzetére mutat rá. Profitorientált cégek esetében a minőségirányítási rendszer bevezetésével járó folyamatracionalizálás a minőség javulását, a hatékonyabb időfelhasználást segíti elő. A tanúsítvány megszerzése piaci előnyt jelent, a vevők elégedettségét fokozza. Ezek a hatások a gazdaságosság, a költséghatékonyság és a növekvő bevételek felé vezetik a céget. Ennek megfelelően a vezetői és a munkatársi elkötelezettség is jelentős lehet. Az egészségügyben a finanszírozás nincs összhangban sem az elvégzett munka színvonalával, sem a tanúsított minőségirányítási rendszer működtetésével. A területi kötelezettség miatt a páciensek számának alakulását sem befolyásolja jelentősen. Nem meglepő, hogy a megkérdezett munkatársak szerint a tanúsítás óta nem volt észlelhető változás a betegforgalomban, és elég sokan nem is alkotnak véleményt. Megfigyelhető az is, hogy a válaszadók nagy része számára ez a kérdés jelentéktelennek tűnik. Hasonlóan, bár a törekvések nyilvánvalóan a beteg igényeinek fokozott kielégítésére és a kórház jobb megítélésére irányulnak, a kórházak dolgozói nagyrészt nem érzékeltek változást abban, hogy a betegek miként ítélik meg munkájukat.

Érdekes megfigyelés volt az is, hogy azokban az intézetekben, ahol még nincs tanúsított rendszer, a munkatársak pozitívabban vélekednek a minőségirányításról, és kifejezett javulást várnak, elsősorban a munkakörülményeikben, a műszerezettségben, a tevékenységek átláthatósága, valamint a szakmai továbbképzések terén, és a betegek hozzáállásában, az intézmény pozitívabb megítélésében. A tanúsított intézményekben azonban a rendszer bevezetése feltehetően nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, így ez csalódáshoz vezethetett, mely magyarázza az összességében negatív attitűdöt.

A felkészítőket minősítő ellentmondásos válaszok a felkészítés hátrányosságait jelzik. A felkészítők feltehetően nem fordítanak kellő időt és figyelmet a rendszer ismertetésére, és túl sok munkát rónak az amúgy is leterhelt egészségügyi dolgozókra. Kétségtelen, hogy a felkészítők feladata elsősorban a tanácsadás, de fel kell ismerni, hogy egy, a menedzsment területén járatlan személy számára a minőségügy megértése, az eljárások megalkotása és az újfajta gondolkodásmód felvétele sokkal nehezebb, mint például egy közgazdász számára, ezért az egészségügyi dolgozók jelentős része sokkal több időt, türelmet és segítséget igényel. Enélkül számukra a minőségirányítás idegen és riasztó marad, ezért ellenérzéseket vált ki belőlük.

A kapott eredmények nem teljesen korrelálnak a nemzetközi adatokkal, melynek hátterében egyrészt a viszonylag kisszámú minta torzító hatása, másrészt magyarországi specificitások (egészségügyi finanszírozás elégtelensége, az egészségügyben tapasztalható merev hierarchia, a vezetők elkötelezettségének a hiánya, a „muszájból” bevezetett látszatrendszerek inefektivitása) állhatnak.

A megfogalmazott vélemények csak megerősítik azt az elgondolást, hogy ma Magyarországon csak akkor lehet valódi minőségbiztosítást, és ennek megfelelő magas szintű ellátást

biztosítani, ha az anyagi erőforrások adottak, a vezetőség elkötelezett, a szükséges szervezeti és szemléletbeli változások megtörténnek, önmagában a törvény szigora kevés.

Figyelembe véve a felmérés eredményeit, a felkészítéstől kezdődően nagyobb hangsúlyt kell fektetni a gondot okozó kérdésekre. A túlzott dokumentációról alkotott elképzelések kialakulásában szerepet játszhat az, hogy a rendszer bevezetésével a kórház működésére vonatkozó összes törvény, szabályozás ismételtén áttekintésre kerül, és ezek írják elő kötelezettségeket, melyek a minőségügyi rendszer kiépítésével párhuzamosan bevezetésre kerülnek. Ez az egyidejűség játszhat szerepet az új dokumentumok, űrlapok és a rendszer összekapcsolásában. Másrészt a csupán a tanúsítás megszerzését megcélzó intézményekben a rendszer a dokumentumok karbantartására szorítkozik, így érthető, hogy a dokumentáció értelmetlennek és megterhelőnek tűnik. Különösen igaz ez akkor, ha a mérések illetve a folyamatok nyomon követése rengeteg papírmunkával jár, de a munkatársakhoz nem jut el az adatfeldolgozás eredménye. Természetesen, az új utasításokról értesülnek, de nem kapnak arról tájékoztatást, hogy ez a korábbi adatgyűjtésre épülő vezetői döntés eredménye.

Nekünk, mint a betegellátásban dolgozóknak, a kórházak vezetőinek és a tanácsadóknak arra kell összpontosítanunk, hogy megtaláljuk azokat a lehetőségeket, melyek a szűkös erőforrások ellenére segítenek abban, hogy a fejlődés bein-

duljon. Fontos a vezetőséggel is megértetni, hogy a hatékonyabb munkavégzés érdekében a rendszer bevezetése során a munkatársi elégedettségre kiemelkedő figyelmet kell fordítani. Ez a munkahelyi miliő javításával, a jól végzett munka megbecsülésével és támogatásával, a szakmai továbbképzések biztosításával, az előrelépés lehetőségének megadásával, valamint különböző kedvezményekkel, illetve juttatásokkal érhető el. Alapvető, hogy kétoldalú és részletes kommunikáció alakuljon ki, hogy ezekről a javulásokról értesüljön a dolgozó. Tájékoztatni kell a munkatársakat a bevezetett intézkedések háttéréről, hogy azokat megértve elfogadják a rendszer működését és a változásokat.

A felkészítés során figyelmet kell arra fordítani, hogy minden csoporttal megértessük a rendszer lényegét, és kidomborítsuk a minőségbiztosításból számukra származó előnyöket (de túlzások nélkül, mert az csalódottságot szülhet!), és készítsük fel őket a várható hátrányokra is, pontosan elmagyarázva mindennek az okát is. Kerüljük a kommunikáció során a minőségügyi szakzsargont, mert az csak riadalmat kelt.

Mindezek ellenére, mivel az emberek átérzik a minőségügy jelentőségét, egyre több a minőségügyben és az egészségügyben is jártas szakember, úgy érzem, hogy ez jó alapot biztosíthat a későbbiekben hatékonyan működő minőségbiztosításra.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Brent, James C.: Physicians and Quality Improvement in Hospitals: How do you involve Physicians in TQM? *Journal for Quality & Participation*, 10409602, Summer, Vol. 25, issue 2, 2004
- [2] Szy Ildikó, Sinka Miklósné: Minőségügyi helyzetfelmérés a fekvőbeteg-intézményekben, *Magyar Minőség*, 2004. október, 6-9. oldal, 2004
- [3] Wilson, Lionel L.: 'Quality is everyone's business' why this approach will not work in hospitals, *J Qual. Clin. Practice* 20, 131-135, 2000

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Széll Erika: orvos-közgazdász, egészségügyi minőségmenedzser és auditor, egészségügyi menedzser hallgató. A Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar elvégzése (2000) után GYES-en volt. A Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar orvos-közgazdász szakán 2005-ben diplomázott, az Egész-

ségügyi menedzsment szakon végzős hallgató. Az NYME és az Osztrák Minőségügyi Egyesület által szervezett képzésben 2003-ban megszerezte az Európai Minőségügyi Társaság egészségügyi minőségmenedzser oklevelét, 2004-ben pedig auditori oklevelét. Jelenleg a Medical Advice Kft. minőségügyi tanácsadója., több hazai tanúsító cég szakértőjeként pedig számos egészségügyi intézmény auditján vesz részt. A cikk az orvos-közgazdász képzésen elkészített szakdolgozat kivonata.