

***“Jest tyle uczuć ile serc”***  
***etnografia Oddziału Klinicznego pewnego Szpitala***

Projekt badawczy na seminarium doktorskie prof. dr hab. Moniki Kostery  
pt. Etnografia organizacji

Autorki:

mgr Bożena Freund

mgr Aleksandra Radwan

Studia doktoranckie na Wydziale

Zarządzania i Komunikacji Społecznej UJ

Dziedzina: nauki humanistyczne

Dyscyplina: nauki o zarządzaniu

Kraków, 31 maja 2016

## Spis treści

1. Informacje wstępne.....	2
Dlaczego zdecydowaliśmy się na badania w szpitalu?	
Krótka charakterystyka organizacji	
2. Opis badań etnograficznych.....	2
3. Wyniki badań.....	3
(Za mała) przestrzeń	
(Barwny) personel medyczny	
(Nie)doceniana pielęgniarka	
(Najważniejszy jest) pacjent	
(Nie)chlubne posiłki	
4. Wnioski.....	8
5. Bibliografia.....	9

## 1. Informacje wstępne

### Dlaczego zdecydowałyśmy się na badania w szpitalu?

Wybór organizacji do przeprowadzenia badań nigdy nie jest łatwy. To kluczowa decyzja wpływająca na całokształt badań. Szpital jest miejscem o charakterystycznej atmosferze, z reguły kojarzy się z czymś nieprzyjemnym oraz przykrym. Historie na temat służby zdrowia, przepełnionych sal, trudnych sytuacji oraz błędach popełnianych przez lekarzy i pielęgniarki mnożą się w mediach niemal każdego dnia. Postanowiłyśmy zatem poznać bardziej ludzką twarz szpitala, czyli ludzi, którzy w nim pracują: co mają do powiedzenia, jakie mają problemy, co ich cieszy, motywuje, przynosi satysfakcję, a co powoduje konflikty i niezadowolenie oraz gdzie w tym wszystkim znajdujemy się my - pacjenci.

### Krótką charakterystyka organizacji

Szpital, w którego skład wchodzi oddział, który zbadałyśmy stanowi jeden z wiodących ośrodków w Polsce. W powszechnie dostępnych źródłach w wykazie liczbowym kadry podano informację, że na badanym oddziale pracują zarówno profesorowie, specjaliści, jak i lekarze w trakcie specjalizacji oraz rezydenci. Niestety pominięto kwestię wykształcenia oraz liczby pielęgniarek. Dopiero przy okazji przeprowadzania wywiadu z Pielęgniarką Oddziałową dowiadujemy się, że *“jest nas (pielęgniarek - przypis) w zasadzie teraz 23 osoby razem ze mną”*. Warto wspomnieć, że oddział zajmujący się konkretną specjalizacją lekarską wchodzi w skład struktury, w której znajdują się również pracownice oraz specjalistyczna poradnia lekarska. Jednak my skupiłyśmy się na badaniu oddziału, w którym liczba rocznie hospitalizowanych pacjentów wynosi znacznie ponad 1000 osób z całego kraju.

## 2. Opis badań etnograficznych

Badania etnograficzne w organizacji (w terenie) zostały przeprowadzone w dniach od 5 kwietnia 2016 r. do 13 maja 2016 r. W organizacji przebywałyśmy średnio raz w tygodniu, a wiedzę na temat badanej organizacji uzyskałyśmy głównie dzięki obserwacjom i wywiadam z pielęgniarkami oraz lekarzami.

Metody badawcze jakie wykorzystaliśmy:

- a) analiza danych zastanych – zebranie informacji ze stron internetowych na temat struktury oddziału, ilości pracujących w nim osób oraz zasad przyjęć i zabiegów jakie są wykonywane na Oddziale.
- b) obserwacje nieuczestniczące - podczas obserwacji zwracałyśmy uwagę na system pracy na oddziale, relacje między pracownikami, stosunek personelu do pacjentów, wywiady medyczne poprzedzające przyjęcia na oddział czy wydawanie posiłków. Pełne obserwacje przeprowadziłyśmy 5 i 19 kwietnia 2016 r. Dokonałyśmy także obserwacji 12 kwietnia 2016 r.

podczas nieudanej próby wejścia na oddział oraz 13 maja 2016 r. podczas oczekiwania na przeprowadzenie wywiadów i w trakcie ich prowadzenia.

c) wywiady standaryzowane, niestrukturalizowane – podczas wywiadu posiadałyśmy zestaw pytań opracowany z niewielkimi zmianami do każdego stanowiska. Pytania były jednak na tyle ogólne, że odpowiedzi mogły wejść na dowolnie wybrany przez rozmówcę strumień myślowy. 2 maja 2016 r. przeprowadziłyśmy wywiad z młodą Pielęgniarką i Lekarzem (mężczyzną), a 13 maja 2016 r. z Pielęgniarką Oddziałową i Lekarzem (kobietą).

Badania przeprowadziłyśmy w różnych porach dnia i tygodnia, byłyśmy obecne zarówno podczas przyjęć pacjentów, jak i ich oczekiwania na wyjście ze szpitala. Otrzymałyśmy również zgodę na uczestnictwo w jednej z popołudniowych odpraw dla lekarzy (które odbywają się dwa razy dziennie: rano i popołudniu). Byłyśmy obecne, także podczas przerwy między świątami - 2 maja 2016 r., obserwując oddział w nieco innej, spokojniejszej odświeżonej. Staraliśmy się też umiejętnie dobrać naszych rozmówców tak aby poznać opinie i informację od osób różnej płci, w różnym wieku, z różnym stażem pracy i o odmiennych doświadczeniach.

### **3. Wyniki badań**

Metody jakimi posłużyłyśmy się do przeprowadzenia badań w organizacji, pozwoliły na osiągnięcie pewnego poziomu wiedzy oraz wyciągnięcie interesujących wniosków z wnętrza badanego terenu. Poniżej przedstawimy kilka elementów, jakie udało nam się wyodrębnić podczas prac nad analizą zgromadzonego materiału.

#### (Za mała) przestrzeń

Korytarz, w którym znajduje się badany oddział został oddzielony od reszty pomieszczeń szklanymi drzwiami otwieranymi (w dyżurce pielęgniarek) za pomocą domofonu. Przed oddziałem, tuż obok gabloty z ogłoszeniami dla studentów, znajduje się "sekretariat ruchu chorych" - pierwsze miejsce kontaktu skierowanej osoby z oddziałem. Na początku korytarza umiejscowiono dyżurkę pielęgniarek, a naprzeciwko niej - pokój kierownika. Idąc w głąb oddziału, w centralnym punkcie przestrzeni mieści się sala konferencyjna. W sali jest minimalistycznie, nowocześnie i czysto. Na środku znajduje się duży stół i szare krzesła; na ścianie na końcu sali – plazmowy telewizor, na drugim końcu zawieszono są dyplomy medyczne oraz zdjęcie z wydarzeń promujących zdrowy styl życia, w których pracownicy oddziału wzięli udział. W pomieszczeniu jest też rzutnik, flipchart i zegar; znajduje się także mała biblioteczka wbudowana w ścianę z szachami oraz różnymi książkami (medyczne, ale też klasyki polskiej literatury; część zbioru wydaje się nowa, część ma już swoje lata). W głównym korytarzu oddziału znajdują się 4 korkowe tablice ogłoszeń dla pacjentów, krzesła, a także zamykana szafka, a na niej czajnik elektryczny dla pacjentów. Przy każdej sali, w której leżą pacjenci są tabliczki z informacjami o lekarzu dowodzącym oraz lekarzach prowadzących, odpowiedzialnych

za pacjentów. W drugiej części oddziału znajduje się pokój dietetyczki i sala wydawania posiłków, a na samym końcu ukryta jest dyżurka lekarska oraz pokój oddziałowej. Pokój Pielęgniarki Oddziałowej jest malutki, a w środku panuje lekki rozgardiasz, na który składają się głównie sprzęty medyczne i najróżniejsze zapisane kartki. Przy wejściu, obok drzwi, na ścianie wiszą śmieszne rysunki związane z pracą medyczną. Centralnym punktem jest biurko Pielęgniarki Oddziałowej, które całe dookoła oblepione jest karteczkami z ważnymi medyczno-organizacyjnymi informacjami, a na środku znajduje się komputer. W tym małym zagraconym pokoiku jest też wiele miejsc do siedzenia – co świadczy o tym, jak wiele spraw może być obgadywanych właśnie w tym miejscu.

Oddział jest bardzo mały i zwarty, co oznacza, że na niewielkiej przestrzeni, dzieje się wiele zdarzeń, na co zwracali uwagę nasi rozmówcy. Pielęgniarka podkreśliła, że *“nie ma takiego miejsca, gdzie na klinice można by było spokojnie zebrać wywiad z pacjentem. Jeżeli są przyjęcia na przykład w ciągu dnia i jest ich, nie wiem, 8 na raz, pacjenci są do różnych sal przypisywani, różni lekarze są odpowiedzialni za te przyjęcia, więc oni też się starają zrobić swoją pracę jak najszybciej, żeby ci pacjenci byli przyjęci. (...) Z naszej strony jest problem z pobieraniem krwi do badań, no bo na przykład w danym dniu jest pacjent przyjmowany o 8 rano, o godzinie 10 ma być przygotowany do zabiegu, nie ma sali, nie ma łóżka, nie ma go gdzie położyć, a my nie jesteśmy w stanie ani pobrać krwi, ani zrobić podstawowych pomiarów czy zebrać wywiadu na spokojnie”*. Dodaje jeszcze, że *“nie jest to jakoś, nie wiem, kontrolowane czy zaplanowane i na przykład przychodzi pacjent o godzinie 9, ma 90 lat i siedzi na krzeselku i czeka aż ktoś, kto ma 40 lat czy tam 60 nawet, ustąpi mu miejsca o godzinie 14 czy 15, bo takie ma życzenie dopiero opuścić łóżko”*. Na problem braku przestrzeni zwróciła także uwagę Pani Doktor mówiąc, że *“problem polega też na tym, że na tym oddziale nie da się nic zaplanować. Wypisy według oficjalnego regulaminu powinny się odbywać do godziny 15. Zdarza się jednak, że pacjent przyjeżdża wcześniej rano, a już popołudniu ma zabieg, w między czasie trzeba jeszcze wykonać kilka badań na cito, pacjent musi być dobrze zaopatrzony i wtedy nie bardzo jest co zrobić z takim pacjentem, a wiadomo, że trzeba się nim zająć jeszcze przed tym, jak zwolni się dla niego łóżko. Tymczasem pacjenci czasem czekają wiele godzin zanim zwolni się to łóżko. Mamy jednak taką praktykę, że pacjentów przyjeżdżających do nas z daleka, wypisujemy z rana, żeby mieli czas na spokojnie sobie dojechać do domu. Dziennie mamy od 8 do 10 przyjęć na oddziale”*.

#### (Barwny) personel medyczny

Personel medyczny ubrany jest w różnokolorowe stroje zabiegowe: lososiowe i różowe noszone głównie przez pielęgniarki, ale także bordowe, szare, niebieskie, granatowe i wzorzyste. Niektórzy medycy ubierają własne ubrania, a na to mają narzucony biały kitel.

Lekarze noszą czarne, srebrne, bladuróżowe i morskie stetoskopy. Dominujące obuwie to crocysy i chodaki. Nie wszyscy noszą identyfikatory.

Część personelu medycznego zwraca się do siebie po imieniu, a pielęgniarki dość często zdrabniają swoje imiona rozmawiając między sobą, co można było zauważyć nie tylko podczas naszych obserwacji, ale także w wywiadzie z Pielęgniarką Oddziałową, która podkreśliła, że *“część z nas mówi sobie po imieniu, jesteśmy taką żyłą grupą tutaj. Tak samo traktuje nas szef, docenia to, co robimy, tak odczuwamy my to, więc myślę, że to tak naprawdę jest i że to naprawdę jest taki zgrany zespół. Tak samo traktujemy nasze sanitariuszki, firmy zewnętrzne”*. Można zatem zauważyć, że relacje między personelem medycznym są przyjazne, co pojawia się także w wypowiedzi młodej Pielęgniarki, która mówi, że *“staramy się utrzymywać te kontakty na takim dobrym poziomie. Jesteśmy względem siebie życzliwi, pomocni, nie ma jakiś tam problemów w komunikacji, więc myślę, że jest w porządku. (...) Myślę, że (...) tutaj no jest praca pracą, ale też przychodzimy i przebywamy ze sobą nawzajem, jesteśmy ludźmi, więc żyjemy w jakiejś wspólnocie. Więc to też jest jakaś tam forma po prostu, nie wiem, kontaktów, przyjaźni mniejszych, większych”*. Można zauważyć, że badani przez nas Doktorzy (kobieta i mężczyzna) już inaczej niż Pielęgniarki, wypowiadają się o relacjach między personelem medycznym. Pan Doktor mówi krótko, że w jego przypadku to *“90% kontakty służbowe z pielęgniarkami i z lekarzami. Nawet 95%”* i dopowiada: *“taki mam sposób bycia, nie rozmawiam na tematy prywatne, muszę kogoś bardzo dobrze znać żeby rozmawiać”*. Z kolei nieco więcej o relacjach powiedziała nam Pani Doktor, która zwróciła uwagę nie tylko na przyjazne relacje panujące w zespole, ale także na występujące konflikty, co jest nieuniknione w każdej grupie zawodowej. Kobieta zauważyła, że *“niektórzy się bardzo lubią, najpierw się znali na gruncie prywatnym, np. mieli dzieci w tym samym przedszkolu, a potem zaczęli razem tutaj pracować i ich relacje są zarówno prywatne, nieformalne, jak i zawodowe, formalne. Wiadomo, że to są takie grupki, które się lubią, ale jest też część, która się wzajemnie nie lubi. Nie wszyscy muszą się lubić. Część lekarzy przyszła tutaj i jest zainteresowana wyłącznie ścieżką zawodową. Oczywiście zdarzają się jakieś konflikty, ale staramy się tłumić je w zarodku”*.

#### (Nie)doceniana pielęgniarka

I dalej Pani Doktor zdradza swoje nastawienie wobec grupy zawodowej pielęgniarek mówiąc, że *“przyznam, że widzę zmianę pokoleniową wśród pielęgniarek. Dużo lepiej pracowało się ze starszymi pielęgniarkami, z poprzedniego pokolenia, one były nastawione na opiekę nad pacjentem, a obecne, młode pokolenie pielęgniarek skończy magistra i już im się wydaje, że mają taką samą wiedzę jak lekarze, chcą dorównywać lekarzom, próbują coś tam podpowiadać, wychodzą ponad swoje kompetencje, zamiast zająć się troską o pacjenta. Ich rola w systemie jest inna niż nasza”*

Z kolei młoda Pielęgniarka mówi o sposobie, w jaki ich grupa bywa traktowana przez pacjentów: *“myślę, że zawód pielęgniarki nadal jest niedoceniany (...). Ostatni komentarz jednej z Pań to było: trzeba było zdać maturę to by Pani tutaj nie pracowała. Pomijając fakt, że większość z nas ma wyższe wykształcenie (...). Są ludzie, którzy są niesamowicie wdzięczni za tą pracę i naprawdę doceniają, a są tacy, którzy nas dalej mają jako panie salowe (...). Jakiś stary stereotyp, który krąży w naszym środowisku i pewnie jeszcze będzie krążył długie lata”*.

#### (Najważniejszy jest) pacjent

Personel medyczny zwraca się do pacjentów w konkretny i zrozumiały sposób; czasem upewnia się, czy chorzy na pewno rozumieją konsekwencje wyrażenia zgody na zabiegi, dopytują o różne kwestie (także te około-medyczne).

Personel pamięta pacjentów po konkretnych przypadkach medycznych, a nie po nazwiskach czy twarzach, czego dowodzą wypowiedzi lekarzy. Pan Doktor powiedział: *“pamiętam przypadki - nie twarze, choroby - nie nazwiska. Za dużo mam nazwisk, nie pracuję tylko tutaj tylko w paru innych miejscach. No chyba, że ktoś jest kilka razy. Tak to w markecie bym nie poznał. No chyba, że jest to 20 letnia ładna dziewczyna to tak (śmiech)”*. Potwierdza to również Pani Doktor, która mówi, że pamięta pacjentów *“niestety nie po nazwiskach ani twarzach, tylko po przypadkach medycznych, choć wiem, że to źle, że tak nie powinno być”*.

Z drugiej strony wszyscy badani zgodnie twierdzą, że największą satysfakcją w ich pracy jest polepszenie się zdrowia pacjentów. Nawet lakonicznie odpowiadający Doktor na pytanie o to, co daje mu największą satysfakcję w pracy powiedział *“dobrze zdiagnozować, tak żeby się pacjentowi polepszyło, jego stan uległ poprawie”*. Również Pani Doktor odpowiada nam krótko, ale treściwie, że *“jak pacjentowi się polepszy wtedy jest satysfakcja. Niekoniecznie jak mi coś wyjdzie, ale jak rzeczywiście jego stan się polepszy”*. Również młoda Pielęgniarka dodaje, że *“najlepszą nagrodą jest to, jak widzi się pacjenta, który przyjechał do nas w ciężkim stanie, na przykład (...) zaintubowany, nieprzytomny, we wstrząsie, i wychodzi i mówi dziękuję”*.

Warto także podkreślić, ile jest empatii w personelu medycznym wobec trudnych sytuacji pacjentów, na co wskazują słowa Pielęgniarki Oddziałowej, która opowiedziała, że *“jest różnie, ale to nie znaczy, że pacjent robi to częściowo złośliwie, czy że jest niegrzeczny, arogancki, czy źle się zachowuje w stosunku do nas, do personelu, nie. Czasami jest to wynik jego złego samopoczucia, czasami jest to wynik hm... nie wiem, odosobnienia od rodziny, czasami jest to spowodowane chorobą, zespołem psychoorganicznym, że chory jest pod wpływem, mieszają się te leki, kontrasty i pod wpływem tego, to jego złe samopoczucie, złe takie odbieranie, które jest zresztą nieświadome, z tego może wynikać, ale to nie znaczy, że on to robi złośliwie. Jest czasem zły dzień, każdy ma prawo do złego dnia. Ja wiem, że my naszych chorych usprawiedliwiamy i tłumaczymy, że ten... no ale uważamy, że my też czasami mamy gorszy dzień i każdy z nas ma prawo do tego”*.

### (Nie)chlubne posiłki

Pomimo właściwego traktowania pacjentów, w trakcie obserwacji zauważyliśmy ogromną rozbieżność pomiędzy posiłkami dla pacjentów, a posiłkami dla personelu medycznego.

Będąc w małym parku przy oddziałach zaobserwowałyśmy, że posiłki dla pacjentów wykładane były z samochodu przez mężczyznę z papierosem i wydawane z metalowych pojemników na plastikowych talerzach i miskach. Jeden z pacjentów (podczas obserwacji) został zapytany o to, czy ma swoją łyżkę, co sugeruje, że pojawiając się w szpitalu najlepiej zaopatrzyć się również w talerze i sztućce. Z kolei od Pani Doktor dowiedziałyśmy się, że *“pacjent w dniu wypisu dostaje tylko śniadanie. Pacjent może sobie rano zamówić posiłek powiadamiając o tym pielęgniarkę czy kogokolwiek innego z personelu medycznego. Za taki posiłek musi zapłacić z własnej kieszeni, co oczywiście nie podoba się pacjentom. Staramy się jednak naszą wewnętrzną procedurą zabezpieczać szczególnie osoby chorujące na cukrzycę”*. Potwierdza to także rozmowa z młodą Pielęgniarką, która powiedziała, że *“tutaj jest od niedawna uregulowane to w ten sposób, że pacjenci, którzy są wypisywani w danym dniu należy im się tylko śniadanie. Kiedyś było jeszcze tak, że należała im się jeszcze zupa, a teraz należy im się tylko śniadanie, więc pacjenci muszą zostać zapytani, czy chcą sobie dokupić ten płatny posiłek, no i to też jest problem, no bo na przykład pacjenci chorzy na cukrzycę, których nie stać na ten posiłek, bo kosztuje 13 złotych, wtedy nie wiadomo, co z nimi zrobić”*. Sprawa posiłku dla osób z cukrzycą jest jednak rozwiązywana *“po naszymu”* czyli poza procedurami.

Inną kwestię stanowią posiłki dla personelu medycznego. Zaobserwowałyśmy, że przed popołudniową odprawą lekarzy do sali konferencyjnej wszedł mężczyzna z cateringiem i zaczął rozkładać posiłki. Kobieta, która przygotowywała się do spotkania personelu medycznego, w zamian za fakturę, wręczyła mu okazały plik banknotów (ok. 400 - 500 zł), a dostawca powiedział „do następnego razu”, co może sugerować, że nie był tam pierwszy ani ostatni raz. Sala podczas wykładania zapakowanego jedzenia została celowo zamknięta (nie wyproszono jednak osób oczekujących na wypis siedzących naprzeciw nas - Ci opuścili salę kilka chwil przed rozpoczęciem zebrania).

#### **4. Wnioski**

Oddział boryka się z problemami nie tylko przestrzeni fizycznej (brak miejsca, gdzie można spokojnie przeprowadzić wywiad medyczny, a także pobrać czynniki), ale również w przestrzeni społecznej, ponieważ zauważalne jest powolne odejście od holistycznego traktowania pacjenta (szczególnie przez lekarzy) na rzecz efektywności działań i procedur.

Posiłki wydawane pacjentom są nieadekwatne do ich potrzeb (cukrzyca) (Młoda Pielęgniarka: *“No właśnie współpracy z dietetykiem tutaj na oddziale nie ma żadnej. I nasza pani*



dietetyczka nie za bardzo się wywiązuje ze swoich obowiązków, więc...”), jednak personel radzi sobie z tym problemem “wewnętrzną procedurą”.

Występuje wyższa świadomość możliwości i potencjału pielęgniarek przejawiająca się między innymi poprzez zmianę sposobu kształcenia i oddanie bardziej odpowiedzialnych oraz samodzielnych zadań w ręce pielęgniarki oddziałowej (Pielęgniarka Oddziałowa: *“Oddziałowa to teraz jest taki zarządca. Przedtem bardziej pełniłyśmy funkcję taką opiekuńczą, znałyśmy bardziej pacjentów. Teraz nie. Teraz to taka księgowa, która przychodzi rano, zamawia na oddział wszystkie leki, koordynuje wyjazdy, kto, z którym pacjentem z daną osobą wyjeżdża na konsultacje, rozsyła konsultacje po innych klinikach, zamawia karetki, pilnuje aby były stany lekowe, magazynowe i wszystkie. Nasza praca się teraz zmieniła jako oddziałowych. Niestety większość dyżuru siedzimy przy biurku i sprawdzamy, koordynujemy, zamawiamy, rozkodowujemy, liczymy i praktycznie na tym schodzi nam czas”*), ale jednocześnie zauważalne są elementy “konfliktu pokoleniowego” lub “konfliktu kompetencyjnego” przejawiające się w relacjach pielęgniarka - lekarz (Lekarz Kobieta: *“część starszych pielęgniarek odeszła na emeryturę. Z nimi dobrze się pracowało, a obecnie pielęgniarki zastaniają się papierami”*).

Istnieją dwie ścieżki kariery medycznej - jedna w Szpitalu Uniwersyteckim zorientowana na pracę naukową (również w przypadku pielęgniarek) i publikowanie, a druga - na uzyskanie mocnych podstaw do założenia prywatnej praktyki medycznej.

Zauważalny jest podział na to “co było dawniej” i to co “jest teraz” - zmiana zarządzania, sposobu myślenia, funkcjonowania szpitali (wywiad: Oddziałowa, wywiad: Lekarz Kobieta).

## **5. Bibliografia**

Kostera, Monika (2003) *Antropologia organizacji*. Warszawa: PWN.

Kostera, Monika (2016) (red.) *Metody badawcze w zarządzaniu humanistycznym*. Warszawa: Sedno.