

AZ V. SEKCIÓ ELŐADÁSAI

VERES ZOLTÁN – MÁLOVICS ÉVA – HETESI ERZSÉBET – LIPPAI LÁSZLÓ – MIHÁLY NIKOLETT¹⁵⁰

VÉLT KOMPETENCIÁK, ÉSZLELT KOCKÁZATOK ÉS KOCKÁZATKEZELŐ KOMMUNIKÁCIÓ A SZOLGÁLTATÁSÜGYLETEKBEN

BEVEZETÉS

Cikkünk a 2004-es soproni marketingoktató konferencián bemutatott „Kompetenciák és kockázatérzet a szolgáltatásokban” című kutatási anyag továbbfejlesztett változata. Az egészségügyi és a felsőoktatási szolgáltatásügyletek során létrejövő kockázatérzettel kapcsolatos csapdahelyzeteket tárja fel, melyek főként az eltérő informáltságból, s így az eltérő kompetenciákból származtathatóak. Ez utóbbi fogalmat hat kategóriába soroltuk be a jelenség értelmezési keretének kialakításakor:

- A szolgáltatást nyújtó „valós” kompetenciája: a „szakma által közös megegyezésen alapuló” szükséges kompetenciák a szolgáltatás nyújtásához.
- A szolgáltatást nyújtó „vélt” kompetenciája a szolgáltatásra vonatkozóan: szubjektív ítélet a saját, szolgáltatói kompetenciájáról.
- A szolgáltatást nyújtó „ítélete” a szolgáltatást igénybe vevő hozzáértésére vonatkozóan.
- A szolgáltatást igénybe vevő ismeretei a szolgáltatás-technológiáról (hozzáértés).
- A szolgáltatást igénybe vevő „vélekedése” a szolgáltatást illető saját hozzáértésére vonatkozóan.
- A szolgáltatást igénybe vevő „vélekedése, ítélete” a szolgáltatást nyújtó kompetenciájáról (szolgáltatás előtti, alatti, utáni fázis-specifikus megközelítésben)

AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK MŰKÖDÉSÉNEK A SZOLGÁLTATÁSMARKETING SZEMPONTJÁBÓL FONTOS JELLEGZETESSÉGEI

Az egészség különleges értéke az egészségügyi szolgáltatások kockázatának megítélésében is kulcsszerepet játszik. Az egészségnek különleges helye van preferencia-rangsorban, ami betegség esetén jelentősen át is strukturálódhat. Ugyanakkor az egészségnek nincs piaci értéke: nem igazán fejezhető ki pénzben az egészség, néhány további életév értéke vagy az elveszített egészséget kompenzáló kárpótlás mértéke. A társadalom morális szempontból igen érzékeny az egészségügyi szolgáltatók, amúgy elkerülhetetlen, *piaci szelekciójára*. Törvényszerű, hogy minden gazdasági mechanizmus valamilyen módon szelektál a potenciális fogyasztók között. Ugyanakkor éppen az egészség különleges értéke miatt ez a fajta szelekció nem tolerálható.

Az egészségügyi szolgáltatások jellegéből fakadóan elkerülhetetlenül *információs aszimmetria* lép fel. Ez minden olyan piacra jellemző folyamat, ahol az eladó többet tud a tranzakció tárgyáról, mint a vevő. Az egészségügyben, a kínálati oldalon, elsősorban az orvosoknál többtudás halmozódik fel a tranzakció tárgyáról, vagyis például az adott betegség gyógyításáról, a gyógyítási folyamat valódi hasznosságáról és költségeiről, valamint az egyes beavatkozások valódi kockázatáról, a káros mellékhatások valószínűségéről. Ez az információs aszimmetria sajátos kockázatkezelési folyamatokat eredményez a betegnél, és fokozza például a kockázatkommunikáció, vagy az orvos észlelt kompetenciá-

¹⁵⁰ Dr. Veres Zoltán SZTE GTK–BGF KKFK; Málovics Éva, Dr. Hetesi Erzsébet, Lippai László, Mihály Nikolett SZTE GTK.

jának szerepét a beteg saját egészségével kapcsolatos döntéseiben, illetve az egészségügyi szolgáltatás színvonalának megítélésében.

A *beteg kiszolgáltatottsága* tovább árnyalja a képet. Az orvosnak hatalma van a beteg felett, amely részben a tudástöbbletből, aszimmetrikus információkból fakad; részben a nagyobb döntési lehetőségből. A beteg szuverenitása viszont sérül, gyakran nincs döntésképes helyzetben. Ez a kiszolgáltatottság csökkenthető, de teljesen kiküszöbölni nem lehet. A csökkentésre a törvényi szabályozás, az orvosi kultúra, az etikus hozzáállás és az anyagi ösztönzés adhat módot. A beteg kiszolgáltatottságát tovább erősíti az egészségügyi szolgáltatók *monopolhelyzete*, amelyet gyakran a célszerű szervezéssel indokolnak a rendszer alakítói. Az orvosi kamarák és gyakran a biztosítótársaságok is a monopolhelyzet fenntartásában érdekeltek.

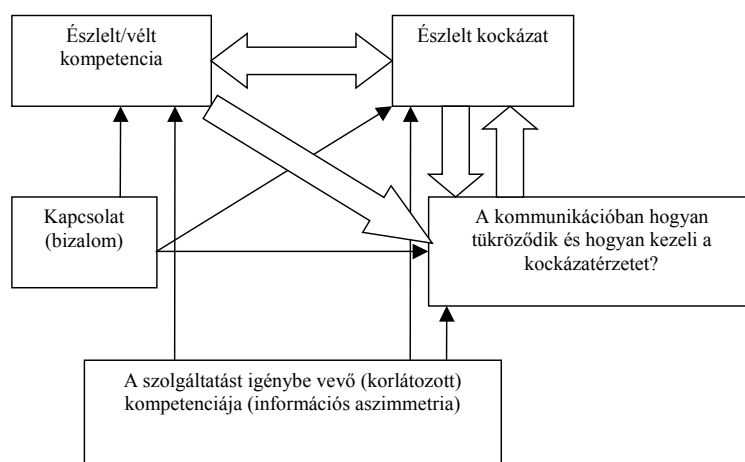
Az egészségügyi biztosításokban, és ez alól tulajdonképpen a társadalombiztosítás sem kivétel, fokozottan érvényesül az erkölcsi kockázat (moral hazard) jelensége. Minél jobban fedezi a biztosítás a kárt, annál gyengébb a biztosított ösztönzése a kár megelőzésére. A beteg kevésbé érdekelt egészségének megőrzésében, az egészséges életmód kialakításában, a szűrővizsgálatokban való részvételre, miután az ellátás „ingyenes”. Ez az egészségügyi szolgáltatások túlhasználására csábítja. Ugyanakkor az orvosok sem érdekeltek az egészségügyi szolgáltatások költségeinek korlátozásában.

MIBEN KÜLÖNBÖZIK AZ OKTATÁSI SZOLGÁLTATÁS A TÖBBI SZOLGÁLTATÁSTÓL?

A fizikai elemek nem olyan fontosak ennél a szolgáltatásnál, mint a nem fizikai elemek, tehát a frontszemélyzet. A fizikai elemek leginkább arra szolgálnak, hogy a frontszemélyzet végezni tudja munkáját.

- A frontvonal (oktatók) rátermettsége, rögtönzőképessége befolyásolja az eredményt, ezen keresztül az elégedettséget.
- Az oktatásban nem biztos, hogy mindig előnyt jelent az automatizáltság, a sztenderdizáltság, a mindig pontosan ugyanolyan teljesítés, mivel a diákok a változékonyságot is értékelik.
- A szolgáltatás igénybevevői szeretnek beleszólni a folyamatokba a szolgáltatás nyújtása során. (Szeretnek az órák folyamatába beleavatkozni, beleszólni.)
- Különösen nagy a szolgáltatás előtt érzett kockázatterzet, amit makrogazdasági tényezők (munkaerőpiac) is befolyásolnak.

A szolgáltatásokkal kapcsolatos feltételezett kompetenciákról az egészségügyi és oktatási *fókuszcsoporthos viták* már lezajlottak, melyeknek résztvevői tanárok, diákok, orvosok és betegek voltak. E fókuszcsoporthos értékelésének eredményei mutatjuk be cikkünkben. Az alábbi modell a kompetencia-kockázatterzet-kommunikáció lánc összefüggéseinek rövid összefoglalója az eddig nyert adatok alapján:



KAPCSOLAT (BIZALOM)

Kutatási modellünk egyik moderátor változója a bizalom, amelynek jelentőségét az észlelt kockázat területén a fókuszcsoport interjúk is alátámasztják. N. Luhmann szerint a bizalom a komplexitás és ezáltal a bizonytalanság csökkentését szolgálja. A cselekvőnek akkor van szüksége bizalomra, ha már észleli a környezet problémáosságát-komplexitását, de ennek uralására nem képes (Luhmann 2000). A bizalom annál fontosabb, minél nagyobb a bizonytalanság. A probléma – szituációban adható reakciók szerint a cselekvők négy típusba sorolhatók:

- Az ember igyekszik csökkenteni cselekvési területeit, vagyis a nem kontrollálható dolgokról inkább lemond, mert túl kockázatosnak tartja.
- cselekszik és vállalja a bizonytalanságot, mert bízik abban, hogy elfogadható kockázatot vállal
- vállalja a cselekvést, de közben retteg és nagy stresszt él át.
- teljes mértékben uralni igyekszik a releváns társadalmi környezetet. Ez az egyén szintjén gyakorlatilag lehetetlen (Luhmann 2000).

A személyekbe vagy szervezetekbe vetett bizalom tehát lehetővé teszi, hogy ne kelljen mindent ellenőriznünk, azaz képesek legyünk elviselni környezetünk komplexitását. A bizalom nem kapcsolódik szorosan a morális kategóriákhoz, az orvosba vetett bizalom pl. általában annak professzionalitásán múlik. A szakirodalomban általában a bizalom két formáját különböztetik meg (Luhmann 2000, Sass 2005), és vizsgált területeink szempontjából mindkettő fontos. Az első a személyekbe vetett bizalom, itt mindig személyes kapcsolatokról van szó, a másik formája az intézményekbe vetett bizalom (rendszerbizalom), ez mind az oktatási, mind az egészségügy szférában jelentős és egyirányú.

A bizalom egyrészt a bizalom tárgyával kapcsolatos ítélet, másrészt a bizalomadó személy jellemzője (Sass 2005). A bizalom egyik alapeleme a kockázat, amit a másik fél szándékából, (lehetséges viselkedéséből s az ebből adódó lehetséges veszteségünkből) adódik. Másik alapeleme a felek kölcsönös függése, egymás nélkül nem tudják realizálni érdekeiket.

A bizalmat a másik fél megbízhatóságára vonatkozó előzetes ítélet befolyásolja. A jelentős másikkal (ez mind az oktatásban, mind az egészségügyben lényeges) kapcsolatos bizalom a kutatások szerint a következő tényezőktől függnek: elérhetőség, kompetencia, konzisztencia, diszkréció, méltányosság, integritás, lojalitás, nyitottság, ígéretbetartás, fogékonyság (Sass 2005). Mayer és munkatársai a bizalom tárgyának megítélésnél a következő három faktort különítették el:

- kompetencia
- észlelt pozitív szándék
- a bizalomadó úgy észleli, hogy a másik fél hozzá hasonló elveket vall (Mayer és tsai 1995).

Ha a bizalmat, mint viselkedéses szándékot tekintjük, akkor olyan egyéni választásként fogható fel, amelyben a bizalomadó vállalja a lehetséges negatív következmények (sebezhetőség) kockázatát. E szándékot befolyásolhatja az egyén „saját fejlődési tapasztalataiból származó, személyiségdiszpozícióvá vált általános bizalomadási hajlama, másrészt a tapasztalatoktól függő, szituatív bizalomadási hajlandósága.” (Sass 2005. 8. o.)

A következő felmerülő kérdés, hogy milyen tényezők alapján jöhet létre a bizalom. Kramer két fajtáját említi a megbízhatósági információknak:

- a személyesen elérhető ismeretek (kapcsolat, harmadik fél)
- az ezeket helyettesítő személytelen rendszerből származó tudás (szerep- és szabályalapú bizalom) (Sass 2005).

Fókuszcsoport interjúink eredményei alapján a bizalom különböző szintjei befolyásolhatják az észlelt kockázat mértékét, mind az általános bizalom, a kapcsolati, a kategóriaalapú, valamint a rendszerbizalom is szerepet játszik ebben.

KOCKÁZAT-KOMMUNIKÁCIÓ

Kutatásunk gyakorlati hasznosíthatóságát az adja, hogy a bilaterális kockázaterzet jól enyhíthető kockázatsökkentő kommunikációval, amennyiben ezzel a tranzakció résztvevői élni tudnak. A kockázat-kommunikáció olyan kommunikációs folyamat, amelyet meghatároz(nak) a felek információs, kompetencia- és hatalmi asszimmetriájából is származó különböző kockázateszlelések és becslések, és torzíthatja az esetleges opportunizmus a kapcsolatban. Rendkívül fontos a kockázat-kommunikáció időzítése, különösen az időben elhúzódó tranzakciók esetén. A kockázat-kommunikáció különböző szereplői különböző szemlélettel és érdekekkel bírnak, a köztük kibontakozó dialógus egyik oldalról sem kontrollálható teljes mértékben, de formálható, s e mozgáster kihasználása a cél. Egyidejűleg fel kell tárnai a kommunikáció interaktivitásából eredő problémákat is.

CÉLOK, MÓDSZERTANI FELTÉTELEK ISMERTETÉSE

A komparatív elemzés érdekében a kutatási célcsoportokat úgy választottuk, hogy a különböző mértékű bevonódás, a hozott anyag eltérő értéke, a kompetencia-asszimmetria és a kockázat-kommunikáció gyakorlata legyen az összehasonlítás kritériumai. A kutatási célok között definiálhatók kvalitatív úton kutathatók (mint pl. a kockázati attitűdök vagy a bilaterális eredménykockázat felismerése), illetve kvantitatív módszerrel vizsgálhatók. A kvalitatív kutatási fázisban először szolgáltató- és igénybe vevő-oldali fókuszcsoporthoz tartunk fel a kutatási modell egyes elemeit (kompetencia, eredményesség, kockázat-kommunikáció). A vizsgált célszemélyek orvosok, betegek, felsőoktatásban dolgozó tanárok és diákok voltak. Az egyes fókuszcsoporthoz 5-8 személy vett részt; általában két fókuszvezető részvételével. Az eseményt videóra vettük, melynek hanganyagát később írott formában rögzítettük. Ez alól kivételt csak a diákokkal való fókuszcsoporthoz képezték, melyek nagy részét diákok vették fel, s helyben jegyzetelték. A megkérdezettek száma közelíti a 100 főt; két orvos, öt beteg, két tanár és nyolc diák fókuszcsoporthoz. A tanár, beteg és diák fókuszcsoporthoz összeállításakor a „hólabdaelv” érvényesült, míg az orvosok az SZTE, GTK Egészségügyi posztgraduális képzésének hallgatói voltak. A diák fókuszcsoporthoz résztvevői programozó matematikus, jogász, közgazdász és tanár szakos hallgatók voltak. *A legfőbb témák, melyek köré a kérdések csoportosultak: a szolgáltató és a szolgáltatást igénybe vevő kompetenciája, a szolgáltatással kapcsolatos kockázaterzetek, valamint a két fél közötti kockázatkommunikáció.*

A következő részben az elemzés eredményét úgy mutatjuk be, hogy párhuzamba állítjuk a szolgáltatók „frontszemélyzetét” (tanárok, orvosok) és a szolgáltatást igénybe vevők véleményeit (diákok, betegek).

ORVOS ÉS BETEG FÓKUSZCSOPORTOK EREDMÉNYEI

A *kompetencia* szó általában vett jelentésének meghatározásában lényegi különbség nem volt a két csoport között. Általában adott területhez kapcsolódó szaktudást, szakképzettséget, hozzáértést, tájékozottságot és elhivatottságot értettek alatta. Az észlelt kompetencia, tehát a *kompetens orvos* meghatározásában viszont lényegi különbségeket tapasztaltunk. A *betegcsoportokban* az orvosi kompetencia ismerveire elsősorban az orvos-beteg viszony ismerveire vonatkoztak:

- az orvosi tájékoztatás minőségére („érhetően magyarázza el a betegségem okát, lefolyását, kezelésének mellékhatásait”);
- az orvos empátiájának megnyilvánulásaira (törődés, gondosság, türelmesség, kedvesség, figyelmisség, vagyis „az orvos modora”), valamint;
- az orvos személyére vonatkozó általános megfigyelésekhez (őszinteség, magabiztosság, ápoltság, egészséges megjelenés)

Szemponként megjelenik továbbá az orvosra vonatkozó háttér-információk szerepe is („jó híre van”, „hírneves”), illetve az adott egészségügyi munkahely viszonyainak megítélése is („emberségesen bánt a munkatársaival”).

A szakképzettséget a betegfókuszokban természetesnek vették, forrását nem firtatják, inkább csak azt figyelik, hogy az orvos megnyilvánulásaiban a szakképzettség mennyire tükröződik („naprakész tájé-

kozottság”). *A jó orvos ismérveiként (kompetenciáiként)* jelölték meg a jó magyarázóképeséget – elsősorban a betegség okaira, lefolyására vonatkozóan; az emberi kapcsolatokban való jártasságot (törődés, gondosság, türelmesség, kedvesség, figyelmesség, őszinteség, biztatás, magabiztosság, „emberkedvelő”); a magabiztosságot a jó hírnevet, a problémamegoldó képeséget, a hatékony munkaszervezést, a munkatársakkal való emberséges bánásmódot és az elhivatottságot. Ha minden szükséges információt közöl, és mérlegeli a beteg nézőpontját is véleménykülönbség esetén.

A rendelő tisztasága alapvető elvárás, a felszereltség korszerűsége nem annyira. Arra a kérdésre, hogy mi látszik ebből elsőre, azt a válaszolták, hogy az orvos szakértelme (kikérdezés és megvizsgálás során), az orvos modora, és a rendelő tisztasága (*kompetencia imázs*). Inkompetensnek tünik az orvos, ha nem néz a beteg szemébe, nem mosolyog, rigid, mindig az óráját nézi, állandóan csörög a telefonja és késik, sokat gondolkozik, mellébeszél, rossz híre van, felszínesen végzi a vizsgálatokat, nem figyel a beteg panaszaira.

Az orvoscsoportokban viszont azt tapasztaltuk, hogy az orvosok, saját kompetenciájuk megítélése során leginkább a professzió kritériumait veszik figyelembe: így a szakma szabályainak ismeretét és betartását, a megfelelő szaktudást és a kellő végzettség meglétét tartották fontosnak, valamint döntéskészséget, határozottságot, szakvizsgát. Az empátia, illetve az orvosi kommunikáció szerepe a betegcsoportokhoz képest lényegesen kevésbé hangsúlyozottan jelent meg. Arra a kérdésre, hogy milyen kockázatot csökkentő kompetencia-tényezőket tartanak a legfontosabbnak, lényegében hasonló válaszok születtek. Ennél a kérdéssel azonban kiemelt jelentőséget kaptak a „beavatkozás körülményei”, és a „humán komponens”, mely mintegy „kisugárzik” az orvostól. Egyes vélemények szerint egyáltalán nem a szakmaiságtól, hanem e tényezőtől függ a kockázat érzet csökkentése. Fontosnak tartották még a magyar nyelvű, folyamatos érthető tájékoztatást, beleértve például a zárójelentés közös értelmezését, a türelmet, a segítőkészséget, a bizalmat, mely lényegében megfelel a „humán komponens” tágabb értelmezésének. A bizalom, a kompetenciába vetett hit megingását elsősorban abban látták, ha nem megfelelőek a tárgyi adottságok – például a kórterem –, ha nem a beteg van mindenkor a figyelem középpontjában. Fontos megjegyezni, hogy a bizalomvesztés okaként a médiát is megjelölték. Ha a bizalomvesztés már megtörtént, akkor azt gondolják, hogy az orvos érzelmi intelligenciájától függ, hogy az még visszafordítható-e.

Érdekes volt számunkra *a beteg kompetenciájának* kérdése. A betegcsoportok megítélése szerint, ha a beteg kompetens a betegségével kapcsolatban, esetleg „szakmabeli”, akkor más bánásmódban részesül. Ez enyhe betegség esetében előny, súlyos betegség esetében hátrányt jelenthet a beteg számára. Ezen kívül a beteg képzettségét, és fizetőképességét (hálapénz) jelölték meg a betegkompetencia fő faktoraiként. A betegek megítélése alapján az orvos munkájának eredményességét befolyásolhatja a beteg kompetenciája. A megkérdezett betegek *saját betegségükkel kapcsolatos kompetenciájukra* vonatkozóan olyan megállapítást tettek, miszerint a beteg kompetenciája kapcsolatban van a képzettségével, illetve az orvos eredményességét befolyásolhatja a beteg kompetenciája. Ha a beavatkozás kevésbé kockázatosnak tünik, akkor a beteg általában ragaszkodik saját elképzeléséhez, amit nagyban befolyásolnak a személyiségjegyek is. Véleményük szerint az orvosnak pontosan kell felmérnie a beteg kompetenciáját, sikeressége érdekében.

A betegcsoportok *kockázatosnak* ítélték meg az orvosi beavatkozásokat, hiszen „az emberi élet a tét”. A következő kockázatokat azonosították: nem következik be javulás a beteg állapotában a kezelést követően, a beteg állapota romlik a kezelést követően, komplikáció, halál, orvosi műhiba. *Az észlelt kockázatokat csökkentő kompetenciatényezők* között a *betegcsoportok* esetében már szervezeti szempontok is megjelennek, így például a kórház hírneve, jó híre; és a kórház felszereltsége is. De a szervezeti kultúra egy sajátos megnyilvánulásaként, szerepet játszanak az esetleges kórházi betegtársak jó tapasztalatai, története is. Továbbá, természetesen szerepet játszik az egészségügyi személyzet (!) észlelt kompetenciája is, ami elsősorban a kommunikációban, illetve a beteg számára látható szakmai tevékenység megítéléséből tevődik össze (az orvos hírneve, jó híre; az orvos bizalomkeltő megjelenése; az orvos kapcsolatletteremtése, ami elősegíti, hogy a beteg merjen kontaktust kialakítani az orvossal; az ápolónók szaktudása, mennyit foglalkoznak a beteggel; az esetleges műtét előtti előkészületek magas színvonala). A betegek szerint a *szolgáltatás előtti véleményt* befolyásoló tényezők: az ismerősöktől, családtagoktól hallott vélemények és tapasztalatok. Általában a beteg megadja az orvosnak az előzetes bizalmat. Függhet a tünetektől, illetve fájdalom érzet alakulásától. A szolgáltatás *alatt* az

ápoló személyzet odafigyelése, orvos kedvessége, kórház tisztasága, kórház felszereltsége és a kapott étel minősége befolyásolja. *Utána* a személyes tapasztalat, az, hogy miként bántak a beteggel, miket élt át a klinikán; az utólagos következmények visszahatnak a szolgáltatás megítélésére.

Az *orvoscsoportokban* a legfontosabb kockázatot csökkentő kompetencia-tényezőként a szakmai protokoll betartása jelent meg. Szervezeti szempontként itt a munkavégzés körülményeinek kompetencia-befolyásoló szerepe merült fel. A kommunikáció esetében erőteljesen a kognitív aspektusra helyezték a hangsúlyt, például: a magyar nyelvű, érthető, folyamatos tájékoztatásra, a zárójelentés érhető ismertetésére stb. Az érzelmi oldal is megjelent, elsősorban a türelem, a bizalom, a segítő szándék kimutatásának fontosságában. Ugyanakkor az orvosok a „hivatásos kommunikátorok” (pszichológus, segítő foglalkozású) szakemberek iránti igényt is kifejezték, tehát a mélyebb, érzelmi segítségnyújtást nem tekintették az orvosi kompetencia részének. *Kockázatsökkentő szerepet tölthet be a beteg részéről* a megelőzés, a tájékozottság, a bizalom, az orvos utasításainak betartása, pozitív hozzáállás – hit a gyógyulásban –, gondos megválasztása az orvosnak és együttműködés vele. *Ugyanez az orvos részéről*: kevesebb akut beteg, időben felismerni a betegséget, empátia és kellő tapintat.

A *kockázatot növelő kompetenciaelemek* észlelésében is különbség volt a két csoport között. A *betegcsoportok* az orvos ismeretlenségét emelték ki legfontosabb kockázati tényezőként, de külön megjelent a nem magyar származású orvos kockázata is. Az orvosok viszont az időhiányt, a bizonytalanságot és az orvosi kockázatkommunikáció korlátait emelték ki („minden kockázatot el kell mondani, mert beperelhet” de „lehetetlen minden kockázatot elmondani”).

Arra a kérdésre, hogy miként lehet egészségügyi szituációban *az orvosi kompetencia elemeit kommunikálni*, szintén eltérő válaszokat kaptunk az orvos- és betegcsoportokban. Az *orvoscsoportok* a betegjogi tájékoztatóra, a felvilágosításra, a közvetlen interakciókra, a beleegyező nyilatkozatok szerepére, az igazán átfogó tájékoztatóra helyezték a hangsúlyt, tehát inkább az orvos-beteg kommunikáció formális és verbális elemeire. Informális oldalról az informális csatornákon terjedő információ szerepét („hallomások”, „sznob-hatás”), valamint a metakommunikáció vonatkozásában a határozottság szerepét emelték ki.

Az orvos-beteg *kommunikáció fontosságát* nagyrészt elismerték az orvosok. Kiemelték, hogy a kommunikációnak eltérő a szerepe a különböző szakorvosok esetében („műtős versus háziorvos”). Felismerték a jelentőségét az orvos- beteg viszony formálásában („...mi teszünk érte, mert a kommunikáció a legfontosabb”, „[a betegek...] jobban szeretik, ha partnerként kezelik őket”), valamint megjelent az információs aszimmetria is („ha az orvos rendesen elmondja, akkor a beteg elvárásai reálisak”, „az orvos tudja, mit tenni adott helyzetben, a beteg nem”). De felmerültek problémák is. Így a képzési hiányosságok („ezt nekünk még nem oktatták”), és a kommunikáció fontosságával kapcsolatos kételességek („A beteg azt fogja kihallani belőle, amit akar”, „nyilván a beteg nem ahhoz megy el, aki 50-ből 10 műtétet csinált meg jól, de jól kommunikál, hanem ahhoz, ki 50-ből 50-et, de egy pokróc! Krónikus betegnél más a helyzet, ott vissza kell menni.”). A *betegcsoportokban* is megjelent a formális tájékoztatás igénye a kompetensnek észlelt orvos vonatkozásában („minden szükséges információt közöl”, „érthető, szakzsargon nélküli beszéd”), de a metakommunikatív elemek hangsúlya sokkal kifejezettebb volt. Így a türelmesség, a figyelmesség megnyilvánulása a kommunikációban; valamint a közvetlen, de nem túl bizalmas viszony kialakításának jeleit várták a betegek az orvosi szituációkban („bármit megjegyezhet a beteg (kérdés, fenntartás), akkor is őszinte választ kap”, „mérlegeli a beteg nézőpontját is véleménykülönbség esetén”). A *kockázatok ismertetése* a betegek véleménye szerint az orvos munkaköri kötelessége, ugyanakkor hozzátesszük, hogy részletes tájékoztatás a probléma súlyosságától, függ. Kevésbé kockázatos területként jelölték meg a fogászatot, a háziorvosi szolgáltatást, bőrgyógyászatot, szemészetet, reumatológiát, ortopédiát, endokrinológiát. Kockázatosnak ítélték meg, gyors döntést illetve agresszív beavatkozást igénylő területként jelölték meg a gyomortükrözést, sebészetet, szülészetet, nőgyógyászatot. Úgy vélik, hogy minél hosszabb egy orvosi beavatkozás, annál kockázatosabb. Arra a kérdésre, hogy van-e tudatosság a *beteg kommunikációjában*, igenlő volt a válasz „az ember végiggondolja tüneteit, ha orvoshoz megy” Hogy hogyan alakul az orvos-beteg kommunikáció elsősorban attól tették függővé, hogy hol van a kommunikáció helye, mennyire ismerik egymást a felek, mennyire műveltek és mi a párbeszéd témája. Az optimális kommunikáció alapfeltétele szerintük a kétoldalú empátia, a bizalom. Az orvosi meggyőzés sikertelenségének okát abban látják, ha az orvos ráhagyja a döntést a betegre, nem szán elég időt a páciens meggyőzésére. A betegek

véleménye szerint nem az egyetemi tréning, hanem az orvos személyisége számít. Úgy vélik, hogy magánintézményben fontos, hogy a beteg elégedett legyen, államiban nem, csak a szakmai szempontok érvényesülnek.

A beszélgetés menete egy időre kiszakadt az orvos-beteg kapcsolat kommunikációjának taglalásából, helyette az *orvosok közötti kommunikáció* került előtérbe. Általános vélemény, hogy a tapasztalatok során az orvosok saját kommunikációs stratégiákat építenek fel, melyek esetenként változik a beteg személyiségének megfelelően. Kiemelik azt a tényt is, hogy a kommunikáció „szakma függő”, azaz máshogy kell beszélnie például egy műtősnek vagy egy gyerekgyógyásznak. Nincs „optimális kommunikáció”, de hangsúlyozzák a kétoldalúságot, a bizalmat illetve az empátiát. Kiemelik, hogy gyakorta kell a hozzátartozókat is „kezelní” nemcsak a beteget (pl. gyerekgyógyászatban). „Sokszor azért választanak alternatív gyógymódot, mert ott foglalkoznak vele.” Az idő elhúzódnása is fokozza a beteg labilitását, amit megfelelő kommunikációval lehet csökkenteni.

Külön tárgyaltuk a *bizalomvesztés* esetét, vagyis amikor megrendül a beteg hite az adott orvos vagy az orvosok kompetenciájában. A betegcsoportokban a média és a közvetlen tapasztalatok hatását lehetett kimutatni. A média hatása a negatív példák felemlítésében nyilvánult meg („betegcserés ügy”, „orvosi műhibák”). A közvetlen tapasztalatok elsősorban az orvos inkompetensnek vagy gondatlannak percepiált magatartásával, illetve a beteg állapotának alakulásával álltak összefüggésben. Például „...az orvos mindenre ugyanazt adja”, „nincsenek szerteágazó ismeretei a szakmájával kapcsolatban”, „...a gyógyulással kapcsolatban...”, „...rosszabbodik az egészségi állapotom”, „nem elérhető az orvos, amikor szükség lenne rá”, „indokolatlanul sokat várnak az ellátásra”, „az orvos figyelmetlensége, dezorientációja”, „az orvos könyv segítségével próbálja diagnosztizálni a betegséget”). Az *orvoscsoportban* az egyes tényezők fontossági sorrendje is másképp alakult, valamint új szempontok is megjelentek. A bizalomvesztés fő okát az ellátás körülményeiben látják („a külső, látható dolgok vezetnek a betegnél a bizalomvesztéshez”, „egy rosszul kinéző fürdőszoba”, „omladozó falak”). Szempontként megjelennek az orvos-beteg kommunikáció egyes elemei is („vizit alatt a betegre figyelni, nem egymással beszélgetni”, „nem a beteg van a figyelem központjában”). Időnként az ápolók munkájának hiányosságait emelték ki („nem segítenek neki [a betegnek] megenni az ételt”. Végül kiemelték a médiában megjelenő ügyek szerepét is.

Ugyancsak külön tárgyaltuk a *kompetenciaütközés* esetét. Ezen a fogalmon azt értettük, amikor a beteg és az orvos véleménye, álláspontja nem egyezik meg valamilyen szakmai kérdésben. A *betegcsoportokban* tapasztalható általános álláspont az volt, hogy a beteg legtöbbször saját érdekében elfogadja az orvos döntését, tehát nem lép fel kompetenciaütközés. Speciális esetekben kiemelték a szakmai érvek szerepét akkor, ha a beteg maga is orvos. Néhány esetben pedig eredményes volt az, ha a beteg korábbi, más orvosoknál szerzett tapasztalataira hivatkozott. Az orvosok nem helyeztek különösebb hangsúlyt a kompetenciaütközés kezelésére („ha nem ért egyet velünk, akkor elmegy”, „menjen máshova, ennek a kockázatát nem vállaljuk”).

A *szolgáltatás sikerességének* fő szempontjaiban azonos elemek merültek fel a két csoportnál, azonban a sajátos nézőpontból fakadó különbségek is megfigyelhetők. A *betegcsoportoknál* egyértelműen a gyógyulás a legfontosabb szempont, valamint az, hogy a gyógyulási folyamat *ismereteiknek megfelelően* alakuljon. Minden más szempont másodlagos, így például: a gyorsaság, a hatékonyság, a kevesebb kellemetlenség, a kisebb fájdalom és az elégedettség is. Az optimális szolgáltatás kritériumai-ként: a megfelelő ütemű gyógyulási folyamat biztosításán kívül a rugalmas és gyors ügyintézés, kevés várakozási időt, az embercentrikus dolgozókat és a megfelelő környezetet emelték ki. Az *orvosoknál* is a gyógyulás volt a legfontosabb szempont, emellett a szolgáltatással való elégedettség is megjelent. Jellegzetes különbség volt, hogy a gyógyulás szempontjainak megfogalmazása árnyaltabb („a beteg elfogadja a helyzetet”, „az élet meghosszabbítása, elfogadható életminőséggel”). Megfogalmazódott, hogy az elégedettség függ a betegség súlyosságától is. Ezután érdekes módon a negatívumok hiányával próbálták definiálni az optimális állapotot („nincs probléma kiszolgáló személyzettel”, minden kapacitás kihasználva, nincs gond a betegellátás szervezettségével”). Itt már tehát kapcsolati tényezőkön túl szervezeti szempontok is megjelennek.

A TANÁR ÉS DIÁK FÓKUSZCSOPORTOK EREDMÉNYEI

A tanárok és a diákok a *kompetencia* fogalmat nagyon hasonlóan értelmezték. Megfelelő előképzettség, informáltság, hozzáértés, hatékonyság, „jártasság valamiben” szerepeltek a leggyakoribb meghatározások között. A tanárok a „*tanári kompetencia*” fogalmakörét két részre bontották: egy tanulhatatlan részre, melyet a köznyelv pedagógiai vénának hív és egy tanulható részre, mely főként a tárgyi tudást, a szakmai háttérrel, a kommunikációs készséget jelöli. Ez utóbbi összetevőjeként jelölték még a fegyelmezési készséget, az osztály menedzselésének képességét, a motivációs illetve „bizalomépítő” készséget és az előadói képességet. A diákok lényegében ugyanezeket a tulajdonságokat sorolták fel, kiegészítve a naprakészséggel „...építse be a tanár az aktuális eseményeket a tananyagba, ha lehetőség van rá”. Véleményük szerint személyes tapasztalatok átadása révén is a kompetencia tükröződik, tehát nem szükséges hozzá oktatási tapasztalat. A tanárok véleménye az egyik csoportban az volt, hogy a tanári kompetenciát nem növelik a tudományos fokozatok, sőt a kettő együtt ritkán működik, „az előző introverziót, az utóbbi extraverziót igényel...ezért mindenki valamilyen kompromisszumot köt”. A másik csoportban a kompetencia meglétének legfontosabb jelzőjeként a szakmai eredményességet jelölték meg, bár szerintük a tudományos teljesítmény a legkevésbé befolyásolja a hallgatót a kompetencia megítélésének kérdésében. Külön kell tehát választani a szakmai és a tanári kompetenciát, amit egyébként szerintük a hallgatók is külön kezelnek. A diákok véleménye megosztott volt; többek véleményét jelzi az a kijelentés, miszerint „...a tudományos fokozat számomra nem fontos...egy demonstrátor tarthat érdekesebb, hasznosabb órát, mint egy professzor.” Egy TTK-n tanuló hallgató viszont úgy nyilatkozott, hogy a professzorokat jobban tiszteli. Érdekes volt számunkra, hogy a tudományos előmenetelre vonatkozóan csak a professzori címet említettek, más fokozat nem került elő a beszélgetések során.

Arra a kérdésre, hogy „*miből tudja megállapítani egy hallgató, hogy a tanár kompetens-e?*”, ugyancsak megosztottak voltak a vélemények. Abban egyetértettek a diákok, hogy ha már részt vettek az órán el tudják dönteni, hogy kompetens-e az oktató a már említett szempontok (szakértelem, pedagógiai és előadóképesség, gyakorlat, hozzáértés) alapján. A leggyakoribb válaszok a következők voltak:

- a feltett kérdésekre nem tud válaszolni
- projektor nélkül nem tud órát tartani
- nem érti a kérdést
- ellentmondásba keveredik önmagával
- nem kér visszajelzést
- a hallgatók kerülnek az óráját
- szidja a könyvet, amiből készülni kell
- nem ismeri el, hogy hibázott
- ismétli önmagát.

Kiemelték, hogy általában az óra meghallgatása előtt is szereznek be információkat felsőbbévesektől, és ez is nagyban befolyásolja őket. A kompetencia jeleként tartják számon az óra látogatottságát, bár megjegyezték, ez utóbbi függ a napszaktól és a „nehézségétől” is.

A tanárok kevesebb szempontot sorakoztattak fel, mint a diákok. A legfontosabb jelzőként azt tartják, hogy az oktató tud-e a feltett kérdésekre válaszolni. A megkérdezett tanárok szerint a diákok számára a tanári kompetencia elsősorban „érthetőséget és világosságot” jelent, valamint az alkalmazkodóképességet az újfajta igényekhez. Ez a fajta kompetencia szerintük leginkább abban nyilvánul meg, hogy a diákok évek múlva is visszajárnak az adott tanárhoz. A legtöbb vélemény szerint a kompetencia nem kizárólagosan befolyásolja a hallgatói elégedettséget. Fontosnak tartják a bizalom kérdését „... ha valaki az alapozó képzés során, egy elméleti tárgynál, adott esetben általánosan művelő tárgynál kudarc élményt él meg egy tanár miatt, akkor később az intézménybe vetett bizalma is megroppan...” Az oktatóval való elégedettség ugyancsak időfüggő, a lényeg az, hogy a szolgáltatás igénybe vétele után legyenek elégedettek.

A *magas színvonalú oktatás megvalósítását*, a tanárok a világstandardokon nyugvó vizsgák teljesítésében, a diákok tudományos fórumokon való jó helyezését látják, valamint a későbbi igény szerinti elhelyezkedésben. Tehát elsősorban a mérhető eredményekre gondoltak a kérdés megválaszolásakor. Bár hozzátették, hogy mindezek eléréséhez szükséges a tanár részéről a „megszállottság”, a gyakorlat-

orientáltság és a már említett motivációs, irányító készség. A diákok elsősorban az átadott anyaggal, illetve a tanárokkal hozták kapcsolatba ezt a dimenziót. Úgy vélték, hogy a magas színvonalú oktatás megvalósulásához elengedhetetlen, hogy az átadott anyag inkább gyakorlati jellegű legyen, mint elméleti. Fontos továbbá, hogy alapműveltséget is adjon, mely hozzásegíti őket, hogy az oktatásból kilépve széles látókörrel rendelkezzenek. A technikai felszereltség, a tisztaság és az esztétikus környezet is fontos szempont volt számukra, de kevésbé, mint az oktató személye, kompetenciája. A jogászhallgatók a magas színvonalú oktatás feltételeként határozzák meg az oktatási segédeszközök használatát (írásvetítő, projektor, mikrofon stb.), míg a közgazdászhallgatók nem tartják szükséges feltételnek, inkább a tanári képességeket helyezik előtérbe. Ennek az eltérésnek az lehet az oka, hogy a gazdasági karon a technikai felszereltség színvonala igen magas, melyet a hallgatók már megszoktak, így nem jelenik meg külön elvárásként ezek megléte.

Az egyetemen az oktatás színvonalát a diákok szerint befolyásolja továbbá, hogy milyen meghívott előadók vannak, esetleg van-e lehetőség fakultatív előadások látogatására, ahová az egyes szakmák jeles képviselőit hívják meg. Az egyik csoportban került szóba, hogy a minőségi oktatáshoz „válogatott diákanyag” is kell. Ehhez kapcsolódott a tömegképzés megszüntetésének igénye, annak érdekében, hogy az oktatásból „tényleg szakképzett munkaerő” kerüljön ki.

Arra a kérdésre, hogy „mitől lesz sikeres a felső oktatási szolgáltatás” általában kitérő válaszokat kaptunk a tanároktól. Problémának tartották, hogy nincsenek meghatározva a felsőoktatási intézmények sikerkritériumai, így erre a kérdésre is nehéz válaszolni. „Először a feladatot kell meghatározni, és utána lehet eldönteni, hogy annak alapján sikeres-e.” Véleményük szerint a sikeresség megítélése változik időben is: „...nem most, hanem a jövőben kell majd elégedettnek lenniük a hallgatóknak – s akkor lehet az intézmény sikerességét lemérni”. A tanárok szerint a leendő hallgató nem az intézmény sikeressége alapján választ, a hallgatók szakmát, pályát tartanak sikeresnek – de ezzel ellentétes vélemény is volt. Az intézmény megválasztását jelentősen befolyásolja az is, hogy milyen szintű bizonyítványt ad; például amikor egy kar a főiskola szárnyai alatt működött, nyolcszor kevesebb diákja volt, mint amikor egyetemi cím került a kar elé.

Szolgáltatásra vonatkozó véleményformálás. A felsőoktatási intézmény megválasztását nagyban befolyásolja, hogy *milyen kapcsolata van vele a diáknak a szolgáltatás igénybevétele előtt.* Sajnos a tanároktól az intézmény megválasztására vonatkozó szempontokat nem kaptunk; a diákok különböző megismerési, illetve kapcsolati formákat jelöltek meg, így szakismertetőn keresztül, médiákon keresztül, a felvételi tájékoztatót, barátok, tanárok, szülők, szomszédok az intézményben oktatók véleményét. De voltak olyanok is, akiknek semmilyen tapasztalata nem volt, csak a felvételin szereztek bizonyos benyomást. Ebben a tekintetben érdekes lenne megvizsgálni, hogy a különbözőképp informálódtak vajon különbözőképp látják-e a kockázatokat is.

Az intézményválasztás fontos meghatározója volt a lakhelytől való távolság, az érdeklődés és természetesen a tanulmányi eredmény is. Voltak olyan hallgatók, akik azért járnak ide, mert nem vették fel Pestre őket az egyetemre. Ők úgy vélték, hogy az, aki Pesten, egy nagy hírnevű egyetemre járt és szerzett diplomát, jobb esélye lesz később a munkaerőpiacon. Ezzel szemben a már első helyen Szegedre jelentkezők szerint nincs különbség diploma és diploma között. Sőt „...azért jobb Szeged, mert sokkal kisebb a létszám, így ha valaki jobb képességekkel rendelkezik, könnyebben észre tudja vetetni magát, mint egy nyolcszor ekkora tömegben”; „...az egyik középiskolai osztálytársamat, aki a középiskolában (Szeged egyik legerősebb iskolájában) kitűnő tanuló volt, felvették Pestre, és most ott csak egy szürke kiséger”. Szolgáltatás alatti minőséggel kapcsolatos véleményformáló tényezőként jelölték meg a diákok az oktatókat, azok mennyiségét, valamint a szolgáltatás színvonalát, konferenciák, rendezvények számát.

Arra a kérdésre, hogy a diák mikor elégedett a szolgáltatással, a következőképpen csoportosítható válaszokat kaptuk: a vizsgákon sikeresen túljut („objektíven ítélik meg a teljesítményét”), értő és tájékozott gazdasági témákban, piacképes diplomát kap, el tud helyezkedni, igényeinek megfelelően. Külön hangsúlyozták, hogy elégedetlenséget okoz, ha őt vagy akár egy társát valamilyen diszkrimináció éri. Negatív irányban torzítja az elégedettséget a már említett gyakorlati jelleg hiánya. Pozitív irányba hat a „jó társaság”, „megfelelő oktatás”, „kellems légkör”. Fontosnak tartják továbbá kifejezni az elégedettséget. A diákok véleménye szerint a tanár akkor elégedett, ha a diák látogatják az óráit, fenn tudja

tartani a figyelmet, számonkéréseken, azt kapja, amit várt, („ saját szavainak a visszaadása is elégedetté teszi őket”), ha a gyakorlatok interaktívak, ha figyelünk az előadásokon és jegyzetelünk. Véleményük szerint jólesik az oktatónak az is, ha tudja (tudatják vele a diákok), hogy amit tanított, az valóban a mindennapi életben használható tudást jelent majd a hallgatóknak. („és nem csak tanította, hanem sikerült is átadnia!”).

A tanárok úgy vélik, hogy a diák akkor elégedett az oktatással, ha a motiváció felkeltésével „sikerélménnyel” zár a diák, bár hozzátették: hallgatófüggő, hogy mit neveznek sikernek. Szerintük az iskolaévek alatti megítélés szempontja elsősorban az, hogy hogyan tud kommunikálni a diák az oktatókkal, hogyan épül fel egy vizsga (mennyire alázzák ott meg), s volt egy kissé cinikus vélemény is: „milyennek a kocsmák”. Az iskolaévek utáni megítélés szempontjaiként jelölték meg a tanárok az egyetem „nevét” és a tudás alkalmazhatóságát.

A fentiekhez szorosan kapcsolódik a *kockázat* kérdése is. *A kezdeti időszakban a szolgáltatással kapcsolatos kockázati tényezők meghatározását két részre lehet bontani* a diákok válasza alapján. Részben a szolgáltatás alatti kockázatokat, részben szolgáltatások utáni kockázatokat jelölték meg. Előbbi a tanulmányi helyállással („...mi lesz, ha az alapokkal nem sikerül megbirkózni?”), a beilleszkedéssel kapcsolatos félelmek voltak dominánsak, kiemelt jelentőséget tulajdonítva az otthoniak elhagyásával kapcsolatos kockázatot is. Utóbbihoz a szakma telítettségét, az adott tudásanyag piacképességét, a társadalmi megbecsültségét valamint a követelményrendszer változását sorolták. Arra a kérdésre, hogy „*mennyi idő múlva fog kikristályosodni, hogy jól döntöttél-e?*” általában azt választ kaptuk, hogy ez akkor derül ki, mikor megtudják, hogy ezzel a diplomával el tudnak-e helyezkedni, megállják-e a helyüket a munkahelyen, fogják-e azt szeretni.

Közös álláspont, hogy körülbelül az egyetem után 1-2 évvel ki kell derülnön, hogy mennyire piacképes a tudás, amit megszereztek. A későbbi kockázat csökkentését kettő, vagy akár több diploma megszerzésében látják. „Az első diploma megszerzése után el kell kezdeni dolgozni úgy, hogy amellet még maradjon idő további tanulásra is.” Az aktuális kockázatérzetet mindenképp csökkenti szerintük a gyakorlati órákon való aktív részvétel, a folyamatos tanulás és a tanárokkal való együttműködés. A hosszú távú kockázatokat az egyetemi szervezésen kívüli képzésekben való részvétel is csökkenti.

A tanárok szerint kockázatosabbnak ítéli meg a hallgató a szolgáltatásban való részvételt, ha az alapozó tárgyakban kudarc éri. Szerintük függ a kockázatérzet attól is, hogy milyen képességei vannak a diáknak, milyen „előélettel” jön be – ezzel egyébként a diákok is egyetértettek. Véleményük szerint a *szolgáltatás előtt* a kockázatérzet függ a képzőhely arculatától. „Ebben az időszakban a kockázatérzetet úgy lehet csökkenteni, ha kialakítanak olyan laborokat, ahova beülnek a hallgatók, a végzős gimisek is, és megnézhetik, hogy mi mivel foglalkozunk, és miket szoktunk szervezni.” *A szolgáltatás alatt* a kockázatsökkentő módszerként javasolják végzett hallgatók visszahívását, hogy elmondják a tapasztalataikat, például hogy „mi volt a nehéz az elhelyezkedésben”. Kiemelik, hogy a szolgáltatás alatti véleményformálást befolyásolja a benne eltöltött idő. *A szolgáltatás utáni véleményformálást* hasonlóan a diákokhoz szerintük is az elhelyezkedés, a megszerzett tudás átértékelése befolyásolja. Javíthatja a szolgáltatás megítélését, ha a végzős hallgatókat biztosítják róla, hogy később aktualizálhatják, frissíthetik a tudásukat az anyaintézményben. Ezzel ellentmondó, érdekes vélemény, hogy ezek a technikák nem biztos, hogy javítják az elégedettséget: „...a hallgató igazából akkor lesz elégedett 5 év múlva, 10 év múlva, ha valamilyen mértékben előtte is elégedett volt.”

A kommunikációval kapcsolatos kérdésekben a tanároktól és a diákoktól nem arra kaptunk választ, hogy a szolgáltatás miként kommunikál önmagáról, és hogy az megfelelő-e, hanem annak részegységéről, a tanár-diák kommunikációról. Általános vélemény a tanárok részéről ebben a tekintetben, hogy a hiteles kommunikáció önismereti alapokra épül, s ennek lehet eredménye a jó együttműködést. Megoszlanak a vélemények arra vonatkozóan, hogy mennyire kell a kapcsolatnak személyesnek lennie. A szolgáltatással kapcsolatos kommunikációval a tanárok szerint elsősorban az a probléma, hogy nem lehet tudni mire reagáljon – nem tudják a hallgatói elvárásokat. A megkérdezett diákok véleménye szerint az aktuális kockázatérzetet csakis abban az esetben csökkenti a kommunikáció, ha sikerül megtalálni a tanárokkal a közös hangot. A kommunikáció csak a nyitott, közvetlen oktatóval kapcsolatban csökkenti a kockázat érzetét. A zárkózott, elutasító oktatóval szemben a formális, személytelen

kommunikáció sokkal inkább alkalmas a kockázaterzet csökkentésére. „Ha a tanár például előre elküldi az anyagot PowerPointon, az biztos, hogy csökkenti az én kockázatom.”

Arra a kérdésre, hogy: *melyik kommunikációs stílus a hatékonyabb – az egyoldalú irányító vagy kétoldalú empátikus?* – sokféle válasz született, ugyanakkor egyezés van abban, hogy ez leginkább a tanártól függ. Jellemzően az utóbbit preferálják. A diákok véleménye szerint a gyakori találkozások csökkentik a kockázaterzetet, mert a felek jobban megismerik egymást. Hipotézisként szerepelt, hogy *a kompetencia-asszimmetria csökkenti a kockázat-kommunikáció hatékonyságát*. Ez egyértelműen megfogalmazást nyert, a diákok kifejtették, hogy sokszor találkoztak már náluk magasabb kompetencia-szinttel rendelkező tanárokkal, és probléma esetén nem szívesen fordultak hozzájuk. Hamarabb kérik a gyakorlatvezető segítségét két tényező miatt: korban közelebb áll hozzájuk, és az esetek többségében alacsonyabb a kompetenciaszintje is. (Azt is meg kell itt jegyezni, hogy a gyakorlatvezetők általában sokkal közelebb kerülnek a diákokhoz az óra jellege miatt.) Továbbá a megkérdezett hallgatók egyértelműen kifejtették, hogy minél magasabb egy oktató rangja, tudományos fokozata, annál nagyobbban gondolják a kettejük közötti kompetencia rést, és annál kevésbé mernek az oktatóval kommunikálni.

NÉHÁNY KÜLÖNBSÉG A KAROK KÖZÖTT

Az *orvostudományi karon* megvalósul a tanárok és a diákok közötti közvetlen kommunikáció, mivel az oktatók szerveznek „keresztal beszélgetések”-et, ahol bárki bármilyen tanulmányi és egyéb jellegű kérdésért felteheti, véleményét elmondhatja. Ezáltal közelebb tudnak kerülni a diákok a tanárokhoz. A legtöbb óra előtt kiadják az óra anyagát, hogy a diákok már ott el tudják sajátítani az anyagot, ezáltal is csökken a kockázat érzetük. Sok olyan oktató van, aki háttérkutatásokat is végez, az eredményekkel próbálja színesíteni az órákat. A *jogtudományi karról* leginkább panaszok érkeztek, mert az oktatók csak a száraz anyagot adják le, és az sem naprakész. Túl sok a történelemmel kapcsolatos tananyag. A diákok rengetegen vannak, nem férnek be még a legnagyobb tantermekbe sem, ha pedig beszüföldnek, akkor olyan meleg van, hogy képtelenség figyelni. Leginkább a *GTK-n* várják el a hallgatók a tanárok naprakészességét, mert már előre rettegnék a munkaerőpiactól. A *programozó matematikus* hallgatóktól sajnos semmi olyan információ sem hangzott el, ami karukat jellemezné.

TOVÁBBLÉPÉSI LEHETŐSÉGEK

Az ezt követő kvalitatív kutatás egy olyan interjúsorozat, amelyben rendkívüli esemény analízis és viselkedés esemény analízis segítségével az alapmodellhez köthető szituációk mechanizmusa tárható fel. A kvantitatív fázisban a tesztelendő hipotézisek az alábbi összefüggésekre vonatkozhatnak:

- A szolgáltatás-folyamat hossza és a kockázaterzet ingadozása,
- A kompetencia-asszimmetria és a kockázat-kommunikáció hatékonysága,
- A hozott anyag értéke és a kockázaterzet intenzitása,
- A kockázat-kommunikáció interaktivitása és a kockázaterzet,
- A kapcsolat előtörténete és a kockázaterzet,
- Hatalmi asszimmetria és a kockázatkezelő szabályrendszer.

HIVATKOZÁSOK

- Besley, T.–Govveia, M. (1994): Alternative systems of health care provision. In. *Economic Policy. A European Forum*. Eds. Menil, G. de és Portes, R. Cambridge University Press. 200–257.
- Kornai János (1998): Az egészségügy reformjáról. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest.
- Luhmann, Niklas (1995): Vertrauen. 4. Auflage. Lucius & Lucius Stuttgart.
- Mayer, R. C.–Davis, J. H.–Schoorman, F. D. (1995): An integrative model of organisational trust. *Academy of Management Review*, 20, 3, 709–734.
- Sass Judit (2005): Bizalom a szervezetekben. Magyar Pszichológiai Szemle. LX kötet, 1. 2. 7–29.