

Od Piramidy do Wspólnej Inteligencji: Słownik Posthierarchii w Medycynie

1. Wstęp: Dlaczego potrzebujemy nowej mapy współpracy?

Współczesna medycyna stoi przed wyzwaniem, które wykracza poza ramy samej biologii czy technologii. Profesor Audrius Šimaitis, kardiolog i dyrektor generalny Szpitala Uniwersyteckiego w Kłajpedzie, po niemal dwóch dekadach pracy w Wielkiej Brytanii powrócił na Litwę z diagnozą, która dotyczy nie tyle ludzi, co samej architektury systemu. Określa on obecny stan mianem „systemu sowieckiego” – struktury, która jest problemem systemowym, a nie zbiorem złych cech poszczególnych kierowników.

W starym systemie dominują trzy główne patologie strukturalne:

- **Kult jednego lidera:** Przekonanie, że organizacja musi mieć jedno centrum decyzyjne, któremu wszyscy są bezwzględnie posłuszni, co czyni system podatnym na korupcję i błędy pojedynczej osoby.
- **Tłumienie inicjatywy:** Nowe idee są odrzucane bez merytorycznego uzasadnienia, a narady służą jedynie potwierdzeniu decyzji, które zapadły już wcześniej, sprowadzając uczestników do roli formalnego kworum.
- **Regionalny monopol władzy:** Skupienie zasobów, edukacji i prestiżu w dwóch dominujących ośrodkach (Wilno i Kowno), co spycha regiony do roli peryferii proszących o wysłuchanie.

Zrozumienie, jak wyjść z tego modelu, wymaga od nas zdefiniowania różnicy między prostą decentralizacją, która jedynie przesuwa ośrodki władzy, a prawdziwą posthierarchią, która zmienia samą logikę podejmowania decyzji.

2. Kluczowe Pojęcia: Fundamenty Nowej Architektury

Jako projektanci systemów musimy operować precyzyjnymi pojęciami, które pozwalają oddzielić stare nawyki od nowych mechanizmów współpracy:

- **Posthierarchia:** Model organizacji, w którym następuje wyraźne oddzielenie kompetencji zawodowych od monopolu na decyzję. Nie oznacza ona braku ról, ale sprawia, że żadne stanowisko nie daje z góry prawa do narzucenia odpowiedzi bez przejścia przez wspólny proces weryfikacji.

- **Disajdment:** Architektura procesu decyzyjnego, zaprojektowana tak, aby rozproszone doświadczenia różnych osób (lekarzy, pielęgniarek, menedżerów, pacjentów) zostały celowo połączone w spójny, wspólny wybór oparty na najlepszej dostępnej wiedzy.
- **Rozliczalna anonimowość:** Mechanizm, w którym autor pomysłu pozostaje nieznany na etapie oceny (co chroni wartość idei przed statusem autora), ale system „pamięta” trafność jego wcześniejszych wkładów. Dzięki temu waga głosu danej osoby rośnie wraz z jej rzeczywistą skutecznością w systemie, a nie z tytułem naukowym.

W medycynie kluczowe jest rozróżnienie dwóch typów struktur, które muszą współistnieć, ale nie mogą być ze sobą mylone:

Parametr porównawczy	Hierarchia działania klinicznego	Hierarchia poznawania systemu
Główny kontekst	Sytuacje krytyczne: operacja, resuscytacja, ratowanie życia.	Projektowanie strategii, podział zasobów, organizacja pracy.
Rola struktury	Niezbędna: gwarantuje szybkość, jasność ról i bezpieczeństwo.	Szkodliwa: zamyka przepływ informacji i ucisza krytyczne głosy.
Waga epistemiczna	Stała: wynikająca z doświadczenia lidera i protokołu.	Dynamiczna: zależna od wykazanej wiedzy w konkretnym temacie.
Cel procesu	Precyzyjne wykonanie zadania w krótkim czasie.	Uczenie się systemu i adaptacja do nowych wyzwań.

Dopiero zrozumienie, że hierarchia kliniczna nie daje mandatu do monopolizowania strategii, pozwala na ożywienie tych pojęć w codziennej praktyce zarządzania.

3. Przywództwo Wielu vs. Posthierarchiczny Disajdment

Często popełnianym błędem jest mylenie „podejścia aksjologicznego” (wszyscy powinni być liderami) z „mechanizmem systemowym”. Sama dobra wola nie wystarczy, by zmienić strukturę władzy.

Parametr porównawczy	Przywództwo wielu (postawa)	Posthierarchiczny disajdment (mechanizm)
Podstawa autorytetu	Reputacja i charyzma liderów.	Kompetencja wykazana w procesie oceny.
Przepływ idei	Swobodny, ale chaotyczny („wolność inicjatywy”).	Uporządkowany przez wspólną architekturę decyzji.
Rola kierownika	Podsumowuje opinie i podejmuje ostateczny wybór.	Odpowiada za warunki procesu i wdrożenie wyników.
Sposób oceny	Negocjacje między grupami interesu.	Oddzielenie pomysłu od statusu autora.
Efekt końcowy	Wybór większości lub kompromis.	Rezonans wglądu zbiorowego i widoczne alternatywy.

Ryzyko małych piramid: Jeśli zwiększymy liczbę liderów, ale nie wdrożymy wspólnego protokołu disajdmentu, system zamiast przyspieszyć, ulegnie paraliżowi. Można to porównać do próby przyspieszenia komputera poprzez dodanie procesorów, które nie potrafią się ze sobą komunikować – zamiast szybszych obliczeń otrzymujemy hałas negocjacyjny i konflikty dostępu do zasobów. W efekcie starą, dużą piramidę zastępuje pole konkurujących ze sobą „małych piramid” (klinik, regionów, specjalizacji), walczących o własne interesy kosztem całości.

Te systemowe bariery są widoczne nie tylko w strukturze władzy, ale i w fizycznej przestrzeni medycyny.

4. Mury Widzialne i Niewidzialne: Studium Przypadku

Profesor Šimaitis wskazuje na trzy poziomy murów, które musimy zburzyć, aby system zaczął oddychać:

1. **Mury fizyczne:** W Kłajpedzie symbolem zmiany było zburzenie ogrodzenia między szpitalami i otwarcie zamurowanych od dekad tuneli. To fizyczny dowód na to, jak architektura może blokować przepływ informacji i zasobów między jednostkami.
2. **Mury geograficzne:** Dane są nieubłagane – w latach 2007–2013 regiony zachodniej Litwy (20% populacji) otrzymały zaledwie 12% wsparcia UE, podczas gdy Wilno i Kowno utrzymały monopol. Posthierarchia dąży do policentryczności, czyli systemu wielu równorzędnych węzłów.
3. **Mury kompetencyjne:** Tradycyjne centrum traktuje wiedzę jako swoją własność. Przełamaniem tego jest samodzielne kształcenie rezydentów w ośrodkach regionalnych, co pozwala na cyrkulację wiedzy zamiast jej gromadzenia w jednym punkcie.

Szczególna wartość podejścia Šimaitisa polega na tym, że:

1. Przenosi ciężar problemu z „niewłaściwych ludzi” na „źle zaprojektowany system”.
2. Pokazuje, że wolność inicjatywy jest nierozzerwalnie związana z odpowiedzialnością za jej skutki.
3. Definiuje nierówność regionalną nie jako pech, lecz jako bezpośredni skutek scentralizowanej architektury władzy.

Zrozumienie tych barier pozwala zaprojektować proces, który skutecznie omija stare schematy myślowe.

5. Proces Zbiorowego Podejmowania Decyzji (Disajdment w 6 Krokach)

Oto instrukcja, jak w praktyce uruchomić inteligencję zbiorową w środowisku medycznym:

1. **Precyzyjna definicja problemu:** Zamiast ogólnych haseł, definiujemy mierzalną lukę (np. konkretny czas oczekiwania na zabieg w danym powiecie).
 - *Dlaczego to ważne?* Pozwala wszystkim uczestnikom (lekarzom, pacjentom) skupić się na obiektywnych faktach, a nie na politycznych emocjach.
2. **Oddzielenie diagnozy od rozwiązania:** Najpierw wspólnie ustalamy, co nie działa, a dopiero potem szukamy metod naprawczych.

- *Dlaczego to ważne?* Zapobiega sytuacji, w której osoby o najwyższym statusie narzucają gotowe rozwiązania przed zrozumieniem przyczyn problemu.
- 3. **Najpierw oceniaj, potem proponuj:** Uczestnik najpierw poznaje i ocenia wkład innych, a dopiero później dodaje własny.
 - *Dlaczego to ważne?* Buduje wspólną przestrzeń zrozumienia i zapobiega rywalizacji na „moje kontra twoje”.
- 4. **Ukrycie statusu (Rozliczalna anonimowość):** Na etapie oceny nie wiemy, czy pomysł zgłosił wybitny profesor, czy młody rezydent.
 - *Dlaczego to ważne?* Eliminuje „efekt mrozący” – pielęgniarka nie boi się wskazać błędu w propozycji ordynatora, bo ocenia argument, a nie nazwisko.
- 5. **Zdobywanie wagi kompetencji:** Wpływ na decyzję nie jest dany raz na zawsze jako tytuł. Jest „zasobem odnawialnym”, który rośnie, gdy oceny uczestnika konsekwentnie rezonują z trafnym wglądem zbiorowym.
 - *Dlaczego to ważne?* Promuje rzeczywistą, aktualną wiedzę zamiast hierarchicznych zasług z przeszłości.
- 6. **Powrót do rzeczywistości (Pętla uczenia się):** Decyzja zostaje wdrożona, a jej skutki stają się danymi dla kolejnego cyklu.
 - *Dlaczego to ważne?* System przestaje powtarzać błędy, ponieważ uczy się na mierzalnych wynikach własnych działań.

Kluczowa zasada: W systemie posthierarchicznym waga wkładu rośnie wraz z kompetencją wykazaną w działaniu i ocenie, a nie z tytułem naukowym czy zajmowanym stanowiskiem. Kompetencja jest tu rozumiana jako zdolność do generowania wglądów, które system uznaje za wartościowe.

Tak zaprojektowany proces zmienia fundamentalnie sposób, w jaki ufamy instytucjom, budując nową formę zaufania.

6. Podsumowanie: Zaufanie Architektoniczne

Dobra wola uczestników jest fundamentem, ale to za mało, by uzdrowić system. Prawdziwa zmiana wymaga przejścia na **zaufanie architektoniczne (sprawdzalne)**. Nie ufamy procesowi dlatego, że wierzymy w nieskazitelną etykę lidera, ale dlatego, że system jest technicznie i strukturalnie zaprojektowany tak, by manipulacja i zawłaszczanie decyzji były niemożliwe.

Korzyści z systemu policentrycznego (sieciowego) nad scentralizowanym:

- **Odporność:** Awaria jednego węzła (szpitala czy lidera) nie paraliżuje całego państwa.
- **Optymalny przepływ wiedzy:** Informacje od personelu liniowego i pacjentów regionalnych trafiają do sieci z taką samą siłą, jak głosy z wielkich ośrodków klinicznych.
- **Efektywność rozwiązań:** Problemy są rozwiązywane tam, gdzie powstają, ale przy użyciu wspólnych zasobów poznawczych całej sieci.

Przełom w systemie medycznym nastąpi nie wtedy, gdy każdy będzie mógł nazwać się liderem, lecz gdy kompetentny wkład każdego będzie mógł wpłynąć na wspólną decyzję – i nikt nie będzie mógł jej zawłaszczyć.