



**Gazdálkodástani
Doktori Iskola**

TÉZISGYŰJTEMÉNY

Jenei István

Kórházi folyamatok karcsúsítása

Külföldi és hazai tapasztalatok rendszerezése

című Ph.D. értekezéséhez

Témavezető:

Demeter Krisztina, Ph.D.
egyetemi docens

Budapest, 2009

Logisztika és Ellátási Lánc Menedzsment Tanszék

TÉZISGYŰJTEMÉNY

Jenei István

Kórházi folyamatok karcsúsítása

Külföldi és hazai tapasztalatok rendszerezése

című Ph.D. értekezéséhez

Témavezető:

Demeter Krisztina, Ph.D.

egyetemi docens

Tartalomjegyzék

1. Kutatási előzmények és a téma indoklása	2
2. A felhasznált módszerek	4
3. Az értekezés eredményei.....	8
3.1. A szervezet céljai, a „vevői érték”, teljesítménymérés	8
3.2. A kórházak külső érintettjei	9
3.3. A kórházi folyamatok és hibáik	9
3.4. A változások.....	10
3.5. A karcsúsító projektek céljai és kiterjedése	10
3.6. A karcsúsítási projektek menedzselése	11
3.7. A karcsúsítás alkalmazott eszközei	12
3.8. A karcsúsítás eredményei.....	12
3.9. Erőforrások és képességek	13
3.10. Szervezeti struktúra	14
3.11. Szervezeti kultúra.....	14
3.12. Külső támogatás	15
4. A dolgozat hasznosítására vonatkozó észrevételek.....	17
4.1. A dolgozat eredményeinek tudományos relevanciája.....	17
4.2. A dolgozat eredményeinek gyakorlati relevanciája	17
5. Főbb hivatkozások.....	18
6. A témakörrel kapcsolatos saját publikációk jegyzéke.....	19
6.1. Idegen nyelvű publikációk	Hiba! A könyvjelző nem létezik.
6.2. Magyar nyelvű publikációk.....	19

1. Kutatási előzmények és a téma indoklása

98 ezer emberélet az USA-ban, és 3-6 ezer Magyarországon, mely a kórházi ellátás hibáinak esik áldozatul. Bonyolult, pazarló, szervezetlen folyamatok; gyenge kommunikáció; frusztrált dolgozók és betegek; közel 10%-os hibaarány és egyre növekvő ellátási költségek. Röviden így lehetne érzékeltetni mindazokat a kihívásokat, amelyekkel ma a legtöbb fejlett ország egészségügyi rendszerének, azon belül leginkább a kórházaknak szembe kell néznie. (Konh – Corrigan, 2000; Varga et al., 2005; Spear, 2005; National Audit Office, 2005; Schenk, 2006; Burgess et al., 2009; NHSIII, 2007). Mindezzel szemben áll a javuló minőség és szervezettség; csökkenő várakozási idők és frusztráció; több idő a betegre; a költségek növekedésének kordában tartása – melyet a kórházi folyamatok karcsúsítása¹ ígér (Spear, 2005). A karcsúsítás várható hatásai miatt kiemelkedő lehetőségként merül fel az egészségügyi folyamatok fejlesztésében, de különösen a kórházak folyamatainak esetében. Ennek megfelelően a 2000-es évektől kezdve egyre intenzívebb érdeklődés tapasztalható a téma iránt (Brandao de Souza, 2009), sőt a karcsúsítás a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) legfrissebb hatékonyság-fejlesztési programsorozatának is alapját képezi (Proudlove et al., 2008).

A tudományos megismerés első fázisa a jelenségek megfigyelése, felderítése. Azaz egy „kialakulóban lévő” területet nagy valószínűséggel, exploratív jellegű kutatásokkal lehet megközelíteni. (Karlsson, 2009) A kórházi folyamatok karcsúsítása ma még ilyen kialakulóban lévő területnek tekinthető. Ezt mutatja, hogy viszonylag csekély tudományos ismeret áll a világ rendelkezésére, a megjelent publikációk harmada pedig csupán „spekuláció” (Brandao de Souza, 2009). Tekintve, hogy az első kórházak feltehetően a 2000-es évek elején kezdtek hozzá a karcsúsításhoz, ez nem is meglepő. Ahogyan azonban a feltáró kutatások egyre több tapasztalatot írnak le, a kutatási területen megkezdődhet a tapasztalatok szisztematikus összegyűjtése, elemzése, rendszerezése (Karlsson, 2009). A rendszerezett információk egyrészt segíthetnek a gyakorlati szakembereknek tisztább képet alkotni a karcsúsítás lényegével, lehetőségeivel, buktatóival kapcsolatosan, másrészt lehetőséget biztosítanak további kutatási területek kijelölésére, kérdések megfogalmazására. Ilyenformán ez a rendszerező munka nagy jelentőséggel bír mind tudományos társadalom, mind a gyakorlati szakemberek számára.

¹ Itt és a továbbiakban is következetesen a külföldi szakirodalomban megjelenő „lean” angol szó helyett annak magyar megfelelőjét, a „karcsú” kifejezést, illetve ennek valamilyen képzett alakját fogom használni.

A kórházi folyamatok karcsúsításával, mint jelenséggel kapcsolatosan sem a nemzetközi, sem a hazai tudományos irodalom nem szolgál ezeknek a tapasztalatoknak egy az előzőekben vázolt szisztematikus, átfogó bemutatásával (Brandao de Souza, 2009). Éppen ezért, a tudományos ismeretekben fennálló hiányt szeretném dolgozatommal enyhíteni oly módon, hogy a lehetőségeimhez mérten minél teljesebb körű kereséssel feltárom a releváns irodalmakat és az azokban fellelhető – a kórházak folyamatainak karcsúsításához kapcsolódó – információkat elemzem, és rendszerezetten leírom.

Mindezek alapján kutatásom célját az alábbiak szerint határoztam meg:

A kórházi folyamatok karcsúsításával kapcsolatos empirikus tapasztalatok összegyűjtése, rendszerezése és leírása.

2. A felhasznált módszerek

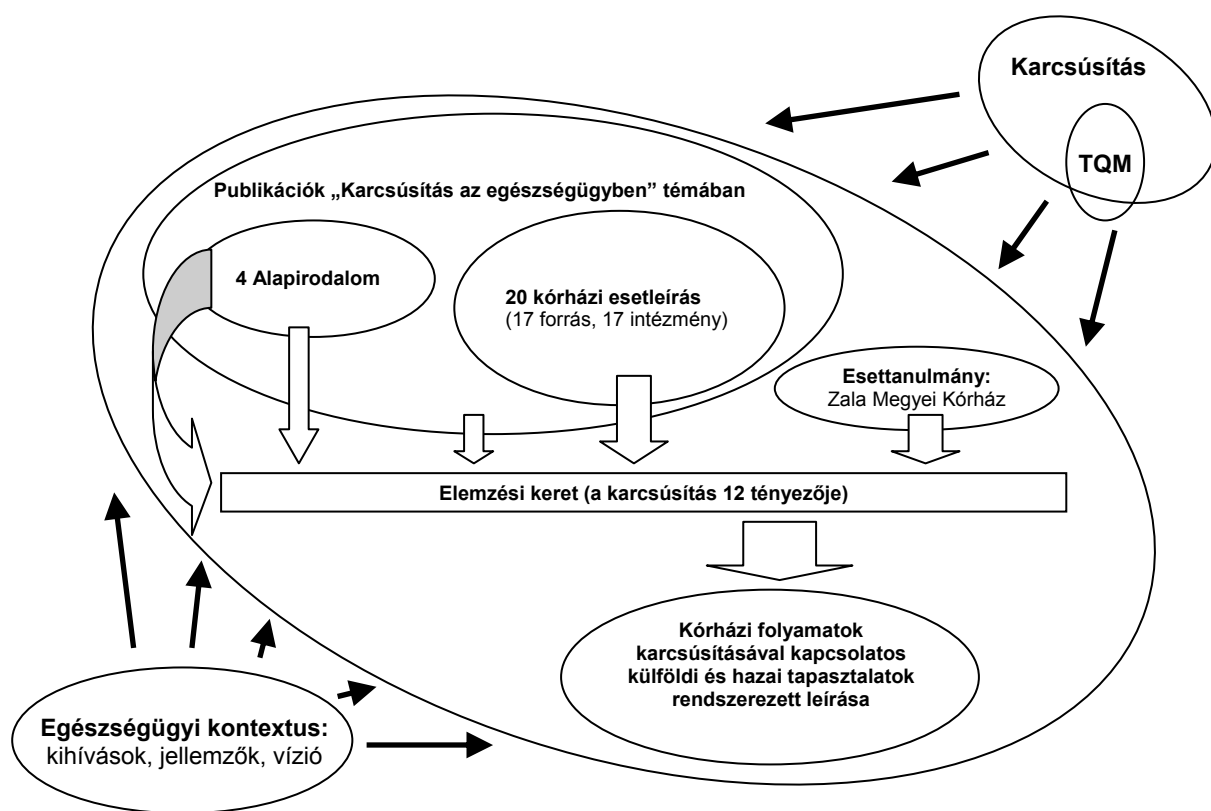
Az előző fejezetben meghatározott kutatási célokhhoz, a meglévő ismeretek rendszerezéséhez két alapvetően eltérő út kínálkozik. (1) A megfelelő erőforrások és idő rendelkezésre állása esetén lehetséges az önálló adatgyűjtés végzése. (2) Korlátozott lehetőségek mellett célszerű a már mások által leírt, egy-egy esetre vonatkozó információk összegyűjtése minél nagyobb számban.

Az (1) megoldás az erőforrások rendelkezésre állása mellett sem feltétlenül biztos, hogy eredményeiben a (2) változattól jelentősen eltérne. Ugyanakkor az (1) esetben jobban kontrollálható mind az adatgyűjtés folyamata, mind az adott helyzet pontosabb megértése lehetővé válik, így a kutatás megbízhatósága és érvényessége kétségtelenül nagyobb lehet.

Én a kutatásomban a két megoldás kombinációját választottam. Ezt indokolták hatékonysági megfontolások ugyan úgy, mint a korlátozott hazai lehetőségek. Mivel Magyarországon a karcúsítás még gyakorlatilag ismeretlen eszköz a kórházi vezetők számára, így nem volt lehetséges kiterjedt kutatásra ezen a területen. A külföldi kórházak tapasztalataihoz való közvetlen hozzáférést pedig az anyagi források erősen korlátozták. Mindezen okok miatt költséghatékony megoldás volt a már publikált forrásokból táplálkozás, kiegészítve, ütköztetve azok tapasztalatait egy olyan hazai esettel, ahol ugyan nem a karcúsítás terminológiáját alkalmazva, de szemléletében és eszközeiben egy ahhoz hasonló folyamat- és minőségfejlesztő munka folyik több mint tíz éve. A hazai eset bevonásával ekképpen sikerült a kutatás eredményeinek megbízhatóságát és érvényességét is növelnem.

A kutatás logikáját az 1. ábra mutatja.

1. ábra. A kutatás logikája



Forrás: saját készítésű ábra.

A kutatás során a következő úton haladtam:

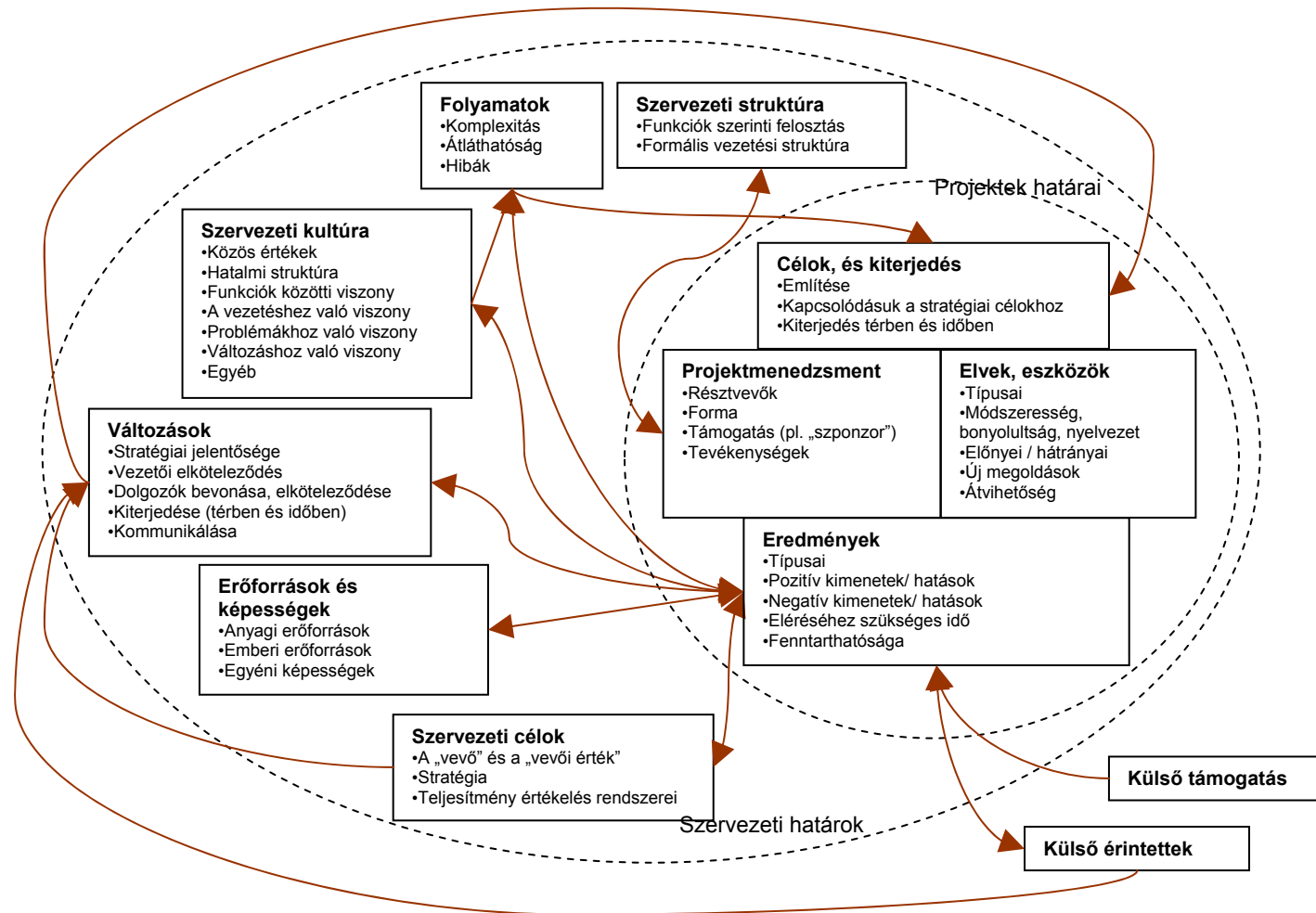
1. Felkutattam azokat a forrásokat, amelyek maguk is valamilyen szempontú rendszerezését adják az ismereteknek. A kórházak tevékenységének karcsúsítása kapcsán négy ilyen műre bukkantam. Spear (2005) a saját tapasztalatait összegzi, amelyeket számos kórháznál gyűjtött össze. Radnor et al. (2006) főleg Skócia területén működő közintézmények karcsúsítási törekvéseit vizsgálja és írja le rendszerezve a tapasztalatait. Proudlove et al. (2008) a brit NHS² kutatási tapasztalatait írja le egy másik, a karcsúsításhoz hasonló módszertan kapcsán. Végül Young – McClean (2008) szintén személyes tapasztalatokat foglal össze az Egyesült Királyság kórházaiból.
2. A cikkek tartalmát nyílt kódolás segítségével rendszereztem. Ennek során a cikkekben szereplő, a karcsúsítással összefüggő információkat címkékkel láttam

² NHS: National Health Service – Nemzeti Egészségügyi Szolgálat

el. A logikailag összetartozó címkéket azután összevontam és az azokat legjobban összefoglaló névvel illettem. Így a karcsúsításnak 41 tényezőjét azonosítottam, amelyet további 12 fő kategóriába soroltam be. A kódrendszer kialakulása után a szövegeket újra olvastam és ellenőriztem az egyes szövegrészek besorolását, illetve szükség szerint megváltoztattam azokat. Az itt bemutatott kódrendszer több ilyen ellenőrző ciklus során alakult ki. Ez a kódrendszer jelenti a „térképet”, mely felvázolja az eddigi ismereteket, és ez adja majd a keretrendszert a további esetek elemzéséhez is.

3. A nemzetközi tudományos adatbázisokból kigyűjtöttem azokat a tudományos cikkeket, amelyek kórházaknál végigvitt karcsúsítási projekteket írnak le. Ezeknek a cikkeknek a tartalmát a korábban létrehozott kategória rendszer szerint rendszereztem.
4. A nemzetközi esetek hiányosságait kiküszöbölendő, illetve egyfajta kontroll létrehozása érdekében egy hazai esetet is felkutattam, ahol a karcsúsítás céljainak, szellemiségének megfeleltethető fejlesztés zajlik. Mindehhez először az irodalomban fellelhető információk és empirikus kutatások eredményei alapján bizonyítottam, hogy a TQM szemlélet alkalmazása és a karcsúsítás jelentős közös metszettel rendelkezik, mely alapján lehetőség nyílt olyan eset felhasználására, ahol „csak” TQM-et alkalmaznak, nem karcsú menedzsmentet. Az így kiválasztott esetet szintén feldolgoztam a korábban kialakított kategóriarendszer szerint, és az eredményeket folyamatosan összevettem az alapirodalomban szereplő információkkal és a nemzetközi esetek elemzésének eredményeivel.
5. Az alapirodalomban foglaltak, a nemzetközi esetek és a magyar kórház esetének szintézisével vázoltam mindazt az ismeretanyagot, ami jelenleg a kórházi működés karcsúsítása kapcsán a tudományos megismerés szintjén rendelkezésünkre áll.

2. ábra: Kórházi folyamatok karcsúsításának tényezői és a köztük fennálló kapcsolatok a kiemelt irodalmak alapján



Forrás: saját készítésű ábra

3. Az értekezés eredményei

A négy alapmű tartalma alapján létrehozott kódrendszer szerinti besorolásban értelmezve mutatom be mindazokat az ismereteket, amelyet a négy alapirodalom, a 20 külföldi, az egy hazai eset és a további témával kapcsolatos irodalom tartalmaz.

3.1. A szervezet céljai, a „vevői érték”, teljesítménymérés

A kutatási eredmények alapján a kórházak egy, feltehetően a kisebb csoportja alkalmazza a karcsúsítást stratégiai programként annak a szellemiségnek megfelelően amelyet Womack – Jones (1996) képvisel. Ennek háttere nem tisztázott.

Mivel a karcsúsítás stratégiai megközelítése is csak kevés kórházra jellemző, így kevésbé meglepő, hogy a „vevői igények” azonosítása sem merül fel gyakran. Az viszont elgondolkodtató, hogy még a kórházak, ahol van erre kezdeményezés, azok sem lépnek tovább a „beteg a vevő” megközelítésnél. Ez részben magyarázható Womack – Jones (1996) írásával, mely maga is a beteget tekinti az egészségügyi szolgáltatás vevőjének. Másrészt azonban, az egészségügyi ellátás jól ismert sajátosságai alapján logikus lenne továbblépni a vevő komplexebb meghatározása felé, ahogyan azt több kutató is javasolja. (Young – McClean, 2008; Proudlove et al., 2008; Angelis et al., 2008).

Az értékteremtéssel, a célok kitűzésével és elérésük értékelésével kapcsolatosan a gazdálkodástan területén elfogadott a teljesítményértékelési rendszerek jelentősége (Ghalayini et al., 1997; Wimmer, 2002). Habár a nem megfelelő teljesítménymérési rendszerek negatív hatásait Radnor et al. (2006) kutatásaiban feltárja, a külföldi esetek tapasztalatai alapján a kórházak erre sem fordítanak figyelmet. A ZMK ebben is jól szerepelt, működtet ilyen típusú rendszereket, azok valós hatásait viszont a vonatkozó adatok hiányában nem tudom egyértelműen megítélni.

3.2. A kórházak külső érintettjei

A kórházi működés külső érintettje a triviálisan adódó betegeken túl számos csoport lehet. A ZMK esetében ezeknek a tudatos menedzseléséről beszélhetünk. Az alapirodalomban Radnor et al. (2006) leginkább a változást kikényszerítő erőként azonosította őket, míg a külföldi esetek közül egyedülként Laursen et al. (2003) foglalkozik a kérdéssel. Laursen et al. (2003) a kvótás finanszírozás karcsúsítást büntető hatásán keresztül emeli ki, hogy a szabályozhatóságok milyen befolyással lehetnek a működés eredményességére.

3.3. A kórházi folyamatok és hibáik

Az USA kórházaira vonatkozó felmérés eredményei hívták fel rá a világ figyelmét, hogy az egészségügyi ellátásban az előforduló hibák, nemkívánatos események arányaiban sokszorososan felülmúlják az ipari termelésben jellemző hibaarányokat (Kohn – Corrigan, 2000). A kutatott esetekben is nagy gyakorisággal fordulnak elő az emberi mulasztások, mint célzott problémák. Ezeken túl számos a szolgáltatás színvonalával (pl. várakozás) és a hatékonyságával (pl. műtétek törlése) kapcsolatos probléma kerül elő. Ezeknek problémáknak az okát az alapirodalom egyértelműen a folyamatok szervezetlenségében, átláthatatlanságában, összevisszaságában látja (Spear, 2005; Proudlove et al., 2008; Young – McClean, 2008). Mindez a folyamatszeglés hiányára, a folyamatok végiggondolatlanságára, tervezetlenségére (Ahlström, 2004), a funkcionálisra (Mezőfi, 2007; Parnaby – Towill (2008) és a betegek jelentős befolyásoló szerepére irányítja rá a figyelmet. A kutatott esetek visszaigazolják mindezeket a véleményeket és kiemelik az egészségügyi folyamatok komplexitását, mely meghaladja az ipari környezetben jellemző szintet (Young – McClean, 2008; New et al., 2008; Ben-Tovim et al., 2007).

Mind a külföldi esetekben bemutatott fejlesztési eredmények, mind a ZMK esete megerősíteni látszanak azt a feltevést, hogy a folyamatok tudatos menedzselésével, standardizálásával azok komplexitása és átláthatatlansága, ezzel összefüggésben az emberi mulasztások száma csökken, a szolgáltatási színvonal és hatékonyság pedig nő.

3.4. A változások

A változásokat kiváltó tényezőkkel kapcsolatosan nem egységes a kép. A brit területen az NHS kezdeményezésére tulajdonképpen kötelező a karcsúsítás, így természetesen túlsúlyban van a „külső nyomás” kategória (Radnor et al, 2006). Ezzel szemben egy korábbi svéd kutatás inkább belső motivációt tapasztalt (Jesper et al., 2003). A külföldi esetek ezt a kérdést nem tárgyalják. A ZMK esetében mind a környezeti trendek, mind a fiatal menedzsment érdeklődése hozzájárult a fejlesztések megindításához.

A karcsúsítás jellegét tekintve mind az alapirodalom, mind az esetek két, jól elkülöníthető típust tárnak fel:

1. A rövid fejlesztő projektek sok külföldi esetben megjelennek. Ezek általában helyi (osztályokhoz kapcsolódó) célokat követnek: a minőség fejlesztése, vagy a pazarlások csökkentése.

2. Az átfogó, programszerű karcsúsítás, melynek célja a „karcsú működés” megvalósítása, s ennek megfelelően a karcsúsítást stratégiai eszközként kezeli, a szakértők szerint a helyes út a fenntartható eredmények eléréséhez (Radnor et al., 2006; Grol et al., 2002; Williams et al., 2009; Joosten et al., 2009). A programszerű karcsúsítás ugyanakkor a tapasztalatok szerint szintén kisebb horderejű projektek sorozatán keresztül megy végbe (Spear, 2005).

A karcsúsítás sikerének feltételei között Radnor et al. (2006) és Spear (2005) a változások sikeres menedzselésének jellemző tényezőit sorolja fel (vezetői elköteleződés, egyértelmű célmeghatározás, jó kommunikáció, stb.) melyből arra következtethetünk, hogy a kórházak számára a változások menedzselése központi kérdés a karcsúsítás kapcsán.

3.5. A karcsúsító projektek céljai és kiterjedése

A projekt célok és a stratégiai célok összehangoltságának fontosságát emelik ki az alaplívok is. Ideális esetben a projektek a stratégiai változások részét képezik (Radnor et al., 2006; Spear, 2005; Proudlove et al., 2008; Young – McClean, 2008). A külföldi esetekben a projektek konkrét céljai ritkán kerülnek tisztázásra, az esetek többségében okkal

feltételezhető, hogy a projektek nem kapcsolódnak stratégiai célokhoz (kivétel pl. a Royal Bolton Hospital: Fillingham, 2007), sokkal inkább helyi problémák megoldását célozzák (pl. Raab et al., 2006; Appleby, 2002). Néhány esetben felbukkan a folyamatszemplélet, és az annak megfelelő fejlesztés (Laursen et al., 2003; Jimmerson et al., 2004).

A ZMK esete jól megvilágítja, hogy a stratégiai változások és az azokhoz kapcsolódó felülről indított, előzetesen eltervezett kisebb-nagyobb projektek, valamint a lentől jövő kezdeményezések kapcsán kialakuló, a helyi problémákat megoldani célzó kis projektek nem állnak ellentétben egymással, sőt igen jól kiegészítik egymást. A nagy projektek a stratégiai változások véghezvitelének eszközei, míg a kicsi, „ad-hoc” projektek a folyamatos fejlesztés, a mindennapi problémamegoldás és tanulás nélkülözhetetlen eszközei.

Mindezek alapján enyhülni látszik a feszültség az alapirodalomban megfogalmazott stratégiai szemlélet fontossága, és az esetekben leírt projekteknek a stratégiától való látszólagos függetlensége között, hiszen több kórházra vonatkozóan a kiegészítő információk a két rendszer ilyenformán való együttélésére utalnak (pl. Virginia Mason Medical Center, Flinders Medical Center).

3.6. A karcsúsítási projektek menedzselése

A kórházi környezetben megvalósított karcsúsítási projektek szervezése a kutatás eredményei alapján jelentős hasonlóságot mutatnak az iparban megvalósítottakhoz: a projekteket rendszerint a fejlesztésben érintett területen dolgozók bevonásával, vezetői részvétellel, külső, vagy belső tapasztalt szakember támogatással keresztfunkcionális csoportok által végre hajtott „villámfejlesztés” jellemzi. (Radnor et al., 2006; Spear, 2005).

A projektek szintjén a siker kritériumai között szerepel a célok pontos kitűzése, a résztvevők motiválása (pl. vezetői példamutatással, a beleszólás lehetőségével), a szükséges erőforrások biztosítása, a vezetők aktív részvétele, érdeklődése. A siker szempontjából kiemelkedő jelentőségűnek tűnik az orvosok támogatásának megnyerése.

3.7. A karcsúsítás alkalmazott eszközei

Az alapirodalomban felsorolt források közül Radnor et al. (2006) kutatásai szerint a pazarlás 7 formájának feltárása és megszüntetése, illetve a folyamatok feltérképezése, mint eszközök vezetnek a gyakorisági listát. Ugyanakkor csak néhány (főként elemzési) eszközt említene az esetek az iparban megismert néven (VSA, 5S, 5 Miért?, Ok-okozat elemzés, A3 riport, stb.). A külföldi esetekben külön-külön csak néhány eszköz kerül említésre, mely jelentheti a kezdő szintű felhasználói kört, de részben magyarázható a projektek kisebb kiterjedésével is (kevesebb eszköz alkalmazására nyílik lehetőség).

Radnor et al. (2006) kutatási eredményeit igazolják a külföldi esetek is: a VSM a leggyakrabban alkalmazott elemzési eszköz. A fejlesztő eszközök közül a folyamatok és tevékenységek standardizálása és a folyamatok újratervezése fordul elő leggyakrabban, mely az iparszerű szabványosításhoz való közeledést igazolja. A harmadik leggyakrabban említett eszköz az „andon elv” alkalmazása, azaz a folyamatban fellépő rendellenességek jelzése és a tevékenység felfüggesztése. Ismerve az elszomorító statisztikai eredményeket a kórházi nem kívánatos események számáról ez csak üdvözölhető. Az eszközök további elemzése is az ipari eszközök adaptív alkalmazását mutatja. A ZMK közel 20 éves minőség- és folyamafejlesztési törekvéseinek története és alkalmazott eszközei összhangban vannak az itt bemutatott magyarázatokkal.

Mindezek a megállapítások alátámasztják az a korábbi elképzelést, mely szerint az ipari megoldások adaptált változatai megállják a helyüket az egészségügyi ellátásban is.

Továbbá nyilvánvalóvá vált, hogy nem csak az ipari megoldásokat kell adaptálni az egészségügyre, de a kórházi környezetben létrehozott megoldások is körültekintő alkalmazást igényelnek másik osztályon, másik kórházban való alkalmazáskor.

3.8. A karcsúsítás eredményei

Részben a karcsúsítással szembeni várakozásoknak tudom be, hogy minden szerző igyekszik kiemelni annak eredményeit. Meglepő azonban, hogy az egyes esetekben, csakúgy, mint az alapirodalom szerint a karcsúsítás gyakorlatilag kizárólag pozitív eredményeket hoz. A kutatás során feltárt eredmények túlnyomó része egy egyszerű gondolatmenet mentén

leírható: A standardizálással javul a megbízhatóság. A folyamatok javuló megbízhatósága, a hibák és a felesleges munka csökkentése hatására javul az ellátás számos mutatója (ellátási idő, fertőzések száma, betegidő, stb.), javul a helyzet az ellátók oldaláról (kevesebb stressz, alacsonyabb terhelés, több idő). Mindez több időt hagy a dolgozóknak a betegekre, illetve javítja a hozzáállást. A betegeknek emiatt nő az elégedettségük, csakúgy, mint a dolgozóknak. Nem utolsó sorban mindez a pénzügyi egyensúlyra is jó hatással van.

Elkuzien et al. (2006) felvetése sem, mely szerint a rózsaszín jelentéseken túl kudarccal végződött esetek is vannak, csupán ezekről nem készülnek beszámolók. Ennek részben ellentmondanak az esetekben megemlített negatívumok (Laursen et al., 2003; Raab et al., 2006; Furman – Caplan, 2007;) és Jenei et al. (2008) írása, ahol megjelennek a fejlesztéseket gátló tényezők, ennek ellenére a projektek képesek voltak pozitív eredmények felmutatására. Habár ezekben az esetekben is rövid távú negatív hatásokról van szó, amelyek később pozitívba csapnak át. Radnor et al. (2006) szerint azok a projektek, amelyek eredeti célja a költségcsökkentés, vagy a létszámcsökkentés volt, jellemzően nem érték el céljukat.

3.9. Erőforrások és képességek

A karcsúsítás sikerkritériumai között szerepel a szükséges anyagi erőforrások megléte (Radnor et al., 2006) és az emberi erőforrások (elsősorban a projektekre fordítható idő) (Spear, 2005; Jimmerson et al., 2004). Mindkét típusú erőforrás biztosítása a vezetőség feladata, és annak elköteleződésétől függ (Fillingham, 2007). Mindezt a ZMK esete is megerősíti, habár ott az erőforrások hiánya, mint hátráltató tényező kerül elő.

A kezdeti időszakban az erőforrás ráfordítás a dolgozók idejét jelenti elsősorban. Ugyanakkor az első projektek eredménye lehet a dolgozók kisebb leterheltsége is. A befektetett idő és az ennek hatására felszabaduló idő azonban nem feltétlenül ugyan annál a személynél jelentkezik. A karcsúsítás része jellemzően a szellemiséget és az eszközöket bemutató oktatás, mely az emberi erőforrások fejlődéséhez vezet, másrésztől a karcsúsítás meg is követeli a további képzést (pl. keresztfunkcionalitás, rugalmasság elérése érdekében, elemző, ill. megoldó-eszközök ismerete.) A karcsúsítás intenzitását csökkentheti a dolgozók közötti jelentős képességbeli különbség (pl. ápolók – orvosok).

3.10. Szervezeti struktúra

A funkciók elkülönítésén alapuló, osztályokra építkező, számos hierarchia szintet megkülönböztető, kiterjedt bürokráciával terhelt struktúra gátolja a folyamatszmlélet elterjedését, így a karcsúsítás eredményességét is. (Spear, 2005, Radnor et al., 2006; Ahlström, 2004; Hellström et al., 2009). Ezeket a felvetéseket támogatják a külföldi esetek idevonatkozó állításai is. A ZMK esetében a klasszikus hierarchizált, bürokratikus rendszertől való eltávolodás és a folyamatorientált szervezet felé továbblépés érzékelhető, ám a feltárt hiányosságok még hosszú utat vetítenek előre.

A folyamatorientált szervezeti felépítés minden előnye ellenére sem javasoltak a drasztikus változások, hiszen azok a működőképességet akadályozhatják (Hellström et al., 2009).

3.11. Szervezeti kultúra

A kórházi szervezeteknél megtalálható kultúra, – a „hibáztatás kultúrája” – jelentős akadály a karcsúsítás előtt, hiszen szemlélete szemben áll a karcsúsítás gondolkodásmódjával (Spear, 2005). A „hibáztatás kultúrája” szerint a gyógyítás az orvos és az ápoló egyének feladata, és felelőssége. Ezért, ha bárhol hiba történik, azért az egyének felelősek, az ő inkompetenciájuk okozza a hibát. (Furman - Caplan, 2007) Az egyének hibáinak felfedését gátolja a menedzsment félelme a kártérítési igényektől (Furman - Caplan, 2007), valamint a tény, hogy a hierarchiában alacsonyabban állók függőnek érzik magukat a fölöttük állótól, így az általa elkövetett hibákat vonakodnak felfedni (Shanon et al., 2006). Az elfogadott viselkedés ezért a hibák elhallgatása lesz, a problémák „megkerülése”, nem azok feltárása és kiküszöbölése. Mivel így a problémák újra és újra felbukkannak, azokat a dolgozók természetesnek, „normálisnak”, az ellátás szükségszerű velejárójának kezdik tekinteni, majd bizonyos idő elteltével észre sem veszik (Braaten -Bellhouse, 2007). Ezt a gondolkodást kell átformálni a karcsúsítás során úgy, hogy az általánosan elfogadott norma a hibák feltárása legyen.

Az esetek tartalma és a ZMK tapasztalatai felhívják a figyelmet, hogy az orvosi autonómiához való túlzott ragaszkodás egyrészt feleslegesen hátráltatja a karcsúsítást

(Shannon et al., 2006), másrésről ellene mond az ellátási standardok alkalmazásának is (Fillingham, 2007).

A karcsúsítás eredményeinek létrehozásában, annak fenntartásában a csoportvezetői szintnek jelentős és közvetlen hatása van, mégis a felsővezetői kör az, akinek a hozzáállásán a siker áll, vagy bukik. Az ő elköteleződésük és támogatásuk nélkül a karcsúsítás csak rövid életű elszigetelt helyi kezdeményezés lehet. (Radnor, 2006; Fillingham, 2007). A ZMK esetében az osztályvezetői szinten törik meg sok kezdeményezés, melynek háttérében a szakmailag kiemelkedő orvosok erős alkupozíciójával párosuló motivátlanság áll.

A **változásokkal szemben** tapasztalható **ellenállás** (Jimmerson et al., 2004) forrása lehet az emberi természetes idegenkedése az ismeretlentől, a túlzott szabályozottságtól (Nelson-Peterson – Leppa, 2007) az iparban alkalmazott menedzsment eszközök lenézése (Laursen et al., 2003), az iparból átvett eszközök automatikus elutasítása, illetve a korábbiak szerint a szervezeti gondolkodás (Kim et al., 2006). A tapasztalatok szerint a kezdeti ellenállást és ellenérzéseket az eseményekben való részvétel, az eredmények ismerete megváltoztathatja (Jimmerson et al., 2004; Shannon et al., 2006; Nelson-Peterson – Leppa, 2007; Powell, 2009).

A szervezeti kultúra tehát hat a karcsúsítás lehetőségeire, ugyanakkor a karcsúsítás is hat a szervezeti kultúrára. A karcsúsítás annál eredményesebb lehet, mennél közelebb áll a szervezet aktuális kultúrája egy karcsú (tanuló) szervezetéhez, melyben a hibák feltárása, elemzése és kiküszöbölése a mindennapi tevékenység része, a folyamatszemplélet a különböző szakmák szoros együttműködése pedig működési norma. Ennek az eszmének a megvalósulását nevezi Radnor et al. (2006) szervezeti fogadókészségnek, mely a karcsúsítás megkezdése előtt értékelhető, és abból a karcsúsítás lehetséges időtávja és erőforrás szükséglete megítélhető.

3.12. Külső támogatás

A kórházak számára a hatékony megoldás a külső segítség igénybe vétele (Radnor et al., 2006; Proudlove et al., 2008). Azonban a kórházi folyamatok karcsúsításával kapcsolatosan rendelkezésre álló szegényes tapasztalatok miatt, ma még külső segítség

mellett sem spórolhatja meg egy kórház a tanulást. Az alapirodalmak egyértelmű állásfoglalása és a ZMK tapasztalatai mellett, a külföldi esetekben szereplő információk is több helyen utalnak a külső segítség igénybevételére. (Powell, 2009). A kórházak és a külső szakértők közös tanulását lehetővé tevő speciális módszertan az akciókutatás, vagy akciótanulás. (Coughlan – Coghlan, 2002; Jimmerson et al., 2004; Laursen et al., 2003; Jenei et al., 2008).

4. A dolgozat hasznosítására vonatkozó észrevételek

4.1. A kutatás eredményeinek tudományos relevanciája

A dolgozatban bemutatott kutatási eredmények elsősorban a kutatóközösség számára fontosak, hiszen a dolgozat a témában eddig egyedülként 17 forrásból származó 20 esetben szereplő információkat elemez mélységben és adja azok rendszerezett leírását. Éppen ezért a dolgozat alkalmas az kórházi folyamatok karcsúsításával kapcsolatos irodalom és a gyakorlati tapasztalatok áttekintésére, így jó szolgálatot tehet folyóirat szerkesztőknek, bírálóknak, a témával ismerkedő kutatóknak. A rendszerezett ismeretek, és a dolgozatban kiemelt ellentmondások, hiányzó részletek lehetővé teszik új kutatási területek, kutatási kérdések kijelölését, így a dolgozat jó alapját képezi a további kutatásoknak.

4.2. A kutatás eredményeinek gyakorlati relevanciája

A kutatás eredményeiként előállt rendszerezett ismeretanyag jó tájékozási pont minden olyan szakembernek, aki menedzserként, munkavállalóként, vagy tanácsadóként részt vesz bármely kórházi folyamat karcsúsításában, vagy annak tervezésében. A disszertációban bemutatott ismeretanyag koránt sem nyújt minden szempontból teljes képet a karcsúsítás során felmerülő kérdésekről, problémákról, azonban okkal feltételezhetjük, hogy a dolgozatban szereplő témák elő fognak kerülni minden esetben, illetve a hangsúlyos kérdések között lesznek. Ezen túl a felvetett kérdések ösztönözhetik a szakembereket a karcsúsítás gyakorlatának újragondolására és fejlesztésre.

5. Főbb hivatkozások

- Brandao de Souza (2009):** “Trends and approaches in lean healthcare”, Leadership in Health Services, Vol. 22. No. 2, pp. 121-139.
- Kohn, Linda T. – Corrigan, Janet M. (eds.) (2000):** „To Err Is Human: Building a Safer Health System” Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine,
- Karlsson, C. (2009):** “Researching Operations Management”, in: Karlsson, Christer (ed.) (2009): “Researching Operations Management”, Routledge, pp. 6-41.
- Proudlove, Nathan – Moxham, Claire – Boaden, Ruth (2008):** “Lessons for Lean in Healthcare from Using Six Sigma in the NHS”. Public Money and Management, Vol. 28. Issue 1, pp. 27-34.
- Radnor, Z. – Walley, P. – Stephens, A. – Bucci, G. (2006):** „Evaluation of The Lean Approach to Business Management and its Use in The Public Sector”, Scottish Executive Social Research, Edinburgh, UK
- Shah, R. – Ward, P.T. (2007):** „Defining and developing measures of lean production.” Journal of Operations Management 25 (2007) 785-805
- Spear, S. (2005):** “Fixing Health Care from Inside, Today”, Harvard Business Review, September, pp. 78-91.
- Womack, J. – Jones, D. (1996):** “Lean Thinking”, Simon and Schuster, New York, NY
- Womack, J. P. – Jones, D. T. – Roos, D.(1990):** The Machine that changed the world, Rawson Associates, New York
- Young, T.P. – McClean, S.I. (2008):** “A critical look at Lean Thinking in healthcare”, Quality and Safety in Health Care; Vol. 17. pp. 382-386.

6. A témakörrel kapcsolatos saját publikációk jegyzéke

6.1. Idegen nyelvű publikációk

Demeter, K.– Losonci, D. – **Jenei, I.** (2007): The effect of position and gender on perceptions of lean transformation - the case of a Hungarian automotive parts supplier; proceedings of the 14th EurOMA annual conference, Ankara, 16 June.

Jenei, I. – Demeter, K. – Losonci, D. – Matyusz, Zs. – Takács, E. (2008): The difficult task of streamlining health care service processes; proceedings of the 15th International annual EurOMA Conference, June 15-18. Groningen, The Netherlands

Losonci, D. – **Jenei, I.** – Demeter, K. (2008): The impact of gender on perceptions of lean transformation; Fifteenth International Working Seminar on Production Economics, March 3-7. Innsbruck, Austria

Jenei, I. (2009): Are quality awarded hospitals also lean? proceedings of the 16th EurOMA annual conference, Göteborg, Sweden, June 14-17.
<http://www.euroma2009.org/Proceedings/Papers/FCXST-09068951-1564364-2.pdf>

6.2. Magyar nyelvű publikációk

Jenei, I. (2001): „Lean Production – A karcsúsított termelési modell bemutatása a világ vezető autógyártóinak értelmezésében; Szakdolgozat, BKÁE

Jenei, I. (2006): A lean termelési rendszer bemutatása; Logisztikai Híradó, 2006. Vol. 16., Nr. 1-2, pp. 6-9., 11-12.

Jenei, I. – Losonci, D. (2007): Versenyelőny-források a karcsú értékláncban; XXVIII. OTDK, Doktoranduszok konferenciája, Miskolc, április.

Jenei, I. - Losonci, D. - Demeter, K. (2007): A karcsúsítás lehetőségei adminisztratív környezetben egy irodai példa nyomán; BCE Vállalatgazdaságtan Intézet Műhelytanulmányok Sorozat, No. 79.

Losonci, D. – **Jenei, I.** – Demeter, K. (2007): Karcsúsítás és képességépítés - egy hazai autóipari beszállító tapasztalatai alapján; BCE Vállalatgazdaságtan Intézet, 84. sz. műhelytanulmány, szeptember

Jenei, I. (2010): Kórházi folyamatok lean szemléletű fejlesztésének tapasztalatai – Egy empirikus kutatás eredményei; Lean szolgáltatások a gyakorlatban – Minikonferencia, MLBKT, 2010. február 25. Budapest

Jenei, I. (2010): A karcsú (lean) elvek alkalmazásának tapasztalatai az egészségügyi folyamatok fejlesztésében; Vezetéstudomány, XLI. évf., 1. szám pp. 18-37.

Losonci, D. – Demeter, K. – **Jenei, I.** (2010): A karcsú (lean) menedzsment és a versenyképesség; Vezetéstudomány, XLI. évf., 3. szám, pp. 26-42.