

Jenei István

Kórházi folyamatok karcsúsítása

Külföldi és hazai tapasztalatok rendszerezése

Logisztika és Ellátási Lánc Menedzsment Tanszék

témavezető: Demeter Krisztina, Ph.D.

©Jenei István minden jog fenntartva

Budapesti Corvinus Egyetem

Gazdálkodástani Doktori Program

**Kórházi folyamatok karcsúsítása
Külföldi és hazai tapasztalatok rendszerezése**

Ph.D. értekezés

Jenei István

Budapest, 2009

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék	1
Ábrák jegyzéke	5
Táblázatok jegyzéke	6
Köszönetnyilvánítás	7
Köszönetnyilvánítás	7
Bevezetés	9
1. A „karcsú”menedzsment leírása és a „karcsú egészségügy” víziója.....	18
1.1. A „karcsú menedzsment” eredete	18
1.2. A „karcsú gondolkodás” alapjai	20
1.3. A karcsú menedzsment eszközei	23
1.4. A TQM és a karcsúsítás kapcsolata	25
1.5. A karcsú egészségügy víziója.....	29
2. Az egészségügyi kontextus bemutatása.....	32
2.1. Az egészségügy átalakításának időszerűsége – makroszintű kihívások.....	32
2.2. Az egészségügy átalakításának időszerűsége – mikro-szintű kihívások	34
2.3. Az egészségügy speciális tulajdonságainak hatása a karcsú átalakulásra ...	40
2.3.1. Kórházi ellátás, mint szolgáltatás	41
2.3.2. A „vevő” értelmezésének nehézségei	42
2.3.3. Az egészségügyi intézmények, mint professzionális szolgáltató szervezetek.....	44
3. A kutatás módszertana és az alkalmazott keretszerkezet bemutatása	46
3.1. A kutatási cél és módszertan meghatározása	46
3.1.1. A kutatási cél meghatározása.....	46
3.1.2. A kutatás módszertana	49
3.2. A téma alapirodalmának bemutatása	52
3.2.1. A karcsúsítás kórházi alkalmazásának tapasztalatai az USA-ban (Spear, 2005).....	53

3.2.2. A karcsú megközelítés alkalmazásának vizsgálata a közsférában (Radnor et al., 2006).....	56
3.2.3. Mit üzennek a hat szigma alkalmazások tanulságai a karcsúsítást tervezőknek? (Proudlove et al., 2008)	58
3.2.4. Általános tapasztalatok és felvetések a kórházi folyamatok karcsúsításával kapcsolatosan (Young – McClean, 2008)	61
3.3. A kutatáshoz alkalmazott kódrendszer bemutatása.....	63
3.3.1. Szervezeti célok.....	67
3.3.2. Külső érintettek	69
3.3.3. Folyamatok.....	69
3.3.4. Változások.....	70
3.3.5. Projektcélok, és a projekt kiterjedése	73
3.3.6. Projektmenedzsment	74
3.3.7. Alkalmazott elvek, eszközök, megoldások	75
3.3.8. A karcsúsítás eredményei.....	77
3.3.9. Erőforrások és képességek	79
3.3.10. Szervezeti struktúra.....	80
3.3.11. Szervezeti kultúra	81
3.3.12. Külső támogatás	83
3.3.13. Kapcsolat az egyes kategóriák között	83
4. A karcsú átalakulást leíró esetek elemzése és annak eredményei.....	86
4.1. Az esetekben szereplő intézmények jellemzői.....	88
4.2. Az esetek elemzésének módja.....	95
4.3. A karcsúsítási esetek elemzésének eredményei	99
4.3.1. Az esetek feldolgozása során azonosított új tényezők	99
4.3.2. Általános kép a karcsúsításról a kódolás számszerűsített eredményei alapján.....	100
4.4. A külföldi esetek vizsgálata eredményeinek összefoglalása.....	104
5. Egészségügyi folyamatok karcsúsítása Magyarországon – lehetőségek, buktatók..	105
5.1. Az egészségügyi ellátás helyzete Magyarországon	105
5.2. Helyzetkép az egészségügyi folyamatok karcsúsításáról.....	107
6. A karcsúsítás tényezőinek megjelenése egy magyar, Nemzeti Minőség Díjas kórház működésében.....	109

6.1. A Zala Megyei Kórház (ZMK) általános bemutatása.....	109
6.2. A kutatás módszertana	111
6.2.1. Az esetválasztás indoklása.....	111
6.2.2. Az adatgyűjtés módszerei	112
6.3. Karcsúsítás és az azzal összefüggő tényezők a Zala Megyei Kórházban..	114
6.3.1. Általános kép a fejlesztésekről a kódolás számszerűsített eredményei alapján	114
6.3.2. A szervezet céljai és a külső érintettek	116
6.3.3. A ZMK belső folyamataira vonatkozó információk értékelése.....	121
6.3.4. Változások	124
6.3.5. Fejlesztési projektek céljai és kiterjedése	129
6.3.6. A projektek menedzsmentje (résztevők, forma, motiváció).....	132
6.3.7. A projektek során alkalmazott elvek, eszközök.....	135
6.3.8. Eredmények	138
6.3.9. Erőforrások	139
6.3.10. Szervezeti struktúra.....	140
6.3.11. Szervezeti kultúra	141
6.3.12. Külső támogatás.....	146
7. A kutatás eredményeinek szintetizálása	148
7.1. A szervezet céljai, a „vevői érték”, teljesítménymérés.....	148
7.2. A kórházak külső érintettjei	150
7.3. A kórházi folyamatok és azok hibái	151
7.4. A változások	154
7.5. A karcsúsító projektek céljai és kiterjedése	157
7.6. A karcsúsítási projektek menedzselése.....	159
7.7. A karcsúsítás alkalmazott eszközei.....	160
7.8. A karcsúsítás eredményei	166
7.9. Erőforrások és képességek.....	173
7.10. Szervezeti struktúra.....	173
7.11. Szervezeti kultúra	174
7.12. Külső támogatás.....	176
8. Összegzés.....	178
8.1. A kutatás eredményeinek tudományos relevanciája.....	182

8.2. A kutatás eredményeinek gyakorlati relevanciája.....	183
8.3. További lehetséges kutatási irányok	183
9. Irodalomjegyzék.....	186
10. Mellékletek.....	195
10.1. számú melléklet: A karcsú termeléssel kapcsolatos főbb események és publikációk	195
10.2. számú melléklet: Karcsúsítás eszközei különböző szerzők szerint.....	196
10.3. A témakörrel kapcsolatos saját publikációk jegyzéke.....	197
10.3.1. Idegen nyelvű publikációk	197
10.3.2. Magyar nyelvű publikációk.....	197

Ábrák jegyzéke

1. ábra: Fő és támogató folyamatok az egészségügyi ellátásban	13
2. ábra: Az értekezés témakörei és azok egymáshoz való kapcsolata	14
3. ábra: Keretszerkezet a karcsú menedzsment megértéséhez.....	21
4. ábra: A karcsú menedzsment elemei	25
5. ábra: Az OECD országok kiadásai az országok GDP-jének arányában 1990-ban és 2005-ben	33
6. ábra: Az egészségügyön belüli gazdasági viszonyok	43
7. ábra: Publikációk számának alakulása 2002-2008, és megoszlásuk országok szerint	47
8. ábra: A karcsú egészségügy témájú irodalom taxonómiája és a publikációk száma kategóriák szerint.....	48
9. ábra: Kórházi folyamatok karcsúsításának tényezői, a tényező-kategóriái és a köztük fennálló kapcsolatok a kiemelt irodalmak alapján.....	64
10. ábra: A kódolt szövegrészek mennyiségi megoszlása az egyes kategóriák között.	101
11. ábra: A karcsúsítás leggyakrabban említett tényezői a kutatott esetekben	102
12. ábra: Az ZMK fejlesztéssel kapcsolatos szövegrészek megoszlása az egyes kategóriák között.....	115
13. ábra: Az alkalmazott elemző, rendszerező eszközök említési gyakorisága.....	161
14. ábra: A karcsúsítás eszközeinek említési gyakorisága	163
15. ábra: A karcsúsítási projektek pozitív eredményeinek gyakoribb területei	168

Táblázatok jegyzéke

1. Táblázat: A TQM, JIT (karcsú menedzsment) tartalmát elemző kutatások eredményeinek összevetése	27
2. Táblázat: A veszteségek típusai a gépiparban és az egészségügyben	31
3. Táblázat: A kutatási téma alapirodalmának jellemzői	53
4. Táblázat: A skót kutatás kérdőíves felmérésében szereplő szervezetek céljai a karcsúsítással	70
5. Táblázat: Esetek és források kapcsolata	87
6. Táblázat: A kórházi folyamatok karcsúsításának feldolgozott esetei	89
7. Táblázat: A Royal Bolton Hospital esetének rövid bemutatása	95
8. Táblázat: Az elemzett esetekben kevesebb, mint 5-ször említett tényezők, és említési gyakoriságuk	103
9. Táblázat: A célok teljesülése értékelésének fórumai és gyakoriságuk	120
10. Táblázat: Néhány példa a karcsúsítás szemléletének megfelelő projektekre a ZMK- ban.	130
11. Táblázat: A hagyományos és a karcsú kultúra összevetése	181

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet mondani mindazoknak, akik segítettek abban, hogy ez a mű létrejöhessen. Habár igen nehéz lenne mindenkit felsorolnom, akinek szerepe volt abban, hogy eljutottam eddig a pontig, úgy érzem, feltétlenül említést kell tennem ezekről a támogatóimról, még ha nincs is lehetőségem mindegyiküket megnevezni.

Szakmai életutam nem kutatói karrierként indult, mégis jelentős szerepük van a korábbi vállalati vezetőimnek abban, hogy a karcsúsítás iránt elköteleződtem, hiszen ők teremtték meg a lehetőséget, hogy gyakorlatban megismerhessem és kipróbálhassam mindazt, amit később tudományos igényességgel kutatni kezdtem. Kutatóként, a doktori cselekmények során rengeteg támogatást kaptam Czakó Erzsébettől, csakúgy, mint Gelei Andreától, Demeter Krisztinától és Chikán Attilától, akik szakmai támogatással, a megnyilatkozások lehetőségének megteremtésével egyengették utamat. Köszönettel tartozom ezen túl intézeti kollégáimnak és Ph.D. hallgató társaimnak, akik számos szakmai és módszertani fórumon kísérték figyelemmel munkámat, és hozzászólásaikkal, javaslataikkal segítettek a probléma jobb megértését, a módszertani lehetőségek jobb kihasználását. A nemzetközi kutatótársadalomból köszönettel tartozom az EurOMA szövetség számos tagjának és a konferencia résztvevőinek, akik konferencia előadásaim kapcsán kérdéseikkel, megjegyzéseikkel segítettek megtalálnom a helyes kutatási irányokat. Ki kell emelnem Zoe Radnor személyét, aki saját kutatásaival különösen inspirált. Különös köszönetet érdemel Harry Boer, akik az EurOMA doktori szemináriumok szervezésével lehetőséget teremtett számomra a nemzetközi Ph.D. hallgatói közösségbe való bekerülésre, s aki fáradhatatlanul olvasta és véleményezte kezdeti műveimet. Szintén hálával tekintek Paul Coughlan és David Coughlan személyére, akik dublini tartózkodásom idején nem csak szakmai mentoraim voltak, de rengeteg személyes figyelmességet is kaptam tőlük.

Hasonlóképpen köszönet illeti Frank Tempelt, Boris Buchnert és Thorsten Ahrenst, akik lehetőséget biztosítottak szakmai fejlődésemhez.

A téma egészségügyi oldalának tanulmányozása során számos segítőkész szakemberrel, kollégával találkoztam, akiktől sokat tanultam. Ők (kronológiai sorrendben) dr. Gulácsi László, Belicza Éva, Topár József és Kovács Zoltán a téma

elismert kutatói, valamint interjúalanyaim; dr. Telek Géza, Viola Livia, Halász Tünde, dr. Kránitz Katalin, dr. Tihanyi Mariann, dr. Csidei Irén, dr. Rubecz István, Laposa Ilona, Csikai Sándorné Katika, Bérczi Emese, dr. Várszegi József egészségügyi szakemberek. Az egészségügyi menedzsment gondolkodását segítette megérteni Kecskés Kitti, a TQM szerepét a Zala Megyei Kórház sikerében Sugár Karolina és Szabó Kálmán, míg Rózsa András nagylelkű támogatásával lehetőséget teremtett számos szakember megismerésére. Továbbá köszönet jár dr. Radnai Zoltánnak és dr. Pikó Károlynak, hogy lehetővé tették az általuk irányított kórházakban való kutatást. Tóth Csaba László a six sigma egészségügyi alkalmazásnak hazai kutatásával inspirált.

A kutatási téma megfogalmazásában, az adatok gyűjtésében a szakmai anyagok folyamatos megvitatásában, a konferenciákra való felkészülésben, a mindennapi problémák megoldásában különösen sok támogatást kaptam témavezetőmtől Demeter Krisztinától és egykori hallgatómtól, mai kollégámtól, Losonci Dávidtól.

A köszönetnyilvánítás nem lenne teljes azok említése nélkül, akik a legrégebben támogatnak szakmai céljaim elérésében és az ehhez szükséges magánéleti háttér biztosításában; szüleim, testvéreim, barátaim, és rokonaim, akik folyamatos érdeklődésükkel, biztatásukkal segítettek felvállalni a kihívásokat és átlendülni a holtponatokon.

Végül pedig azoknak szeretnék köszönetet mondani, akik alapvetően meghatározzák céljaimat, akik a nem-szakmai területen a legtöbbet adtak számomra, és akiknek a disszertáció készítésének utolsó szakaszában gyakran kellett nélkülözniük a férjet és az apát; feleségemnek, Zsófinak, kisfiamnak, Marcellnak és a még meg nem született gyermekünknek.

Bevezetés

98 ezer emberélet az USA-ban és 3-6 ezer Magyarországon, mely a kórházi ellátás hibáinak esik áldozatul; bonyolult folyamatok, pazarló, szervezetlen folyamatok, gyenge kommunikáció, frusztrált dolgozók és betegek, közel 10%-os hibaarány és egyre növekvő ellátási költségek (Konh – Corrigan, 2000; Varga et al., 2005; Spear, 2005; National Audit Office, 2005; Schenk, 2006; Burgess et al., 2009; NHSIII, 2007). Röviden így lehetne érzékeltetni mindazokat a kihívásokat, amelyekkel ma a legtöbb fejlett ország egészségügyi rendszerének, mindenekelőtt a kórházaknak szembe kell nézniük. 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 ezért kiemelkedő lehetőségként merül fel általában az egészségügyi folyamatok fejlesztésében is, 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 (NHS²) legfrissebb hatékonyság-fejlesztési programsorozatának is alapját képezi (Proudlove et al., 2008).

Nem állnak rendelkezésre pontos adatok azzal kapcsolatosan, hogy hol és mikor kezdődött el az kórházak karcsúsítása. Az sem tisztázott, hogy jelenleg hány kórház, intézmény alkalmazza ezt a rendszert, vagy eszközöket. Mark Graban (2009) frissen megjelent könyvében több százra teszi azoknak az intézményeknek a számát, ahol belekezdtek a karcsúsításba. Powell (2009) Doug Dulinra, a „Lean Six Sigma for International Capital and Management” tanácsadó cég igazgatójára hivatkozva azt állítja, hogy, az USA kórházainak kb. 10%-a alkalmazza a karcsúsítás és a hat szigma módszertanát.

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.

² National Health Service

A 2008-as évben Angliában, a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat kórházaira kiterjedő felmérés szerint a regisztrált 152 kórház közül 80 (53%!) esetében jelenik meg valamilyen formában a karcsúsítás a 2007/08 időszakra vonatkozó éves jelentésében (Burgess et al., 2009). Jóllehet ezek jelentős része még kezdeti stádiumban van. 2005-ben még az NHS-nél is kevesen foglalkoztak karcsúsítással: „2005 előtt az NHS-nél senki sem próbálta a karcsú elvek alkalmazását egy kórház egészére. Mitöbb, 2005-ben világszinten is csak néhány kórház létezett, amely ezzel próbálkozott, így pl. a Virginia Mason Seattle-ben, a Flinders Adelaide-ban és a Thedacare Wisconsin-ban.” (Fillingham, 2007, p. 233.)

A karcsú átalakulás két, talán legjelesebb példája a Seattle-ben (USA) található Virginia Mason Medical Center, amely magánkórházként üzemel, és 2001/2002-ben kezdte meg működésének átalakítását a felsővezetés kezdeményezésére (Spear, 2005), valamint a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) kórháza Boltonban. A szakirodalom tanúsága alapján a nemzetek között az Egyesült Királyság nemzeti egészségügyi szervezete jutott a legmesszebb a karcsú elvek rendszerszerű bevezetésében, (Productive Ward, Productive Operation Theater programok). A nemzeti fejlesztési program saját szakmai felelőssel rendelkezik, amely korábban, mint modernizációs ügynökség (NHS Modernization Agency) jelent meg, ma fejlesztési intézetként működik (NHS Institute for Innovation and Improvement – NHSII). Az NHSII munkatársai azonban kétségtelenül sokat merítettek mindazoknak a karcsúsítási kezdeményezéseknek a tapasztalataiból, melyek koordinálását az USA Egészségügyi Fejlesztési Intézete (Institute for Healthcare Improvement – IHI) végezte (Proudlove et al., 2008).

David Fillingham, a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat Modernizációs Ügynökségének (National Health Service Modernisation Agency) korábbi igazgatója és az NHS ösztönzésére Daniel T. Jones, a karcsúsítás területén elismert kutató és szaktekintély segítségével számos brit kórházban történtek projektszerű fejlesztések. Annak ellenére, hogy ezek a projektek szép számmal hoztak eredményeket, soha nem vezettek a karcsú filozófia teljes átvételéhez az egész kórházi működésben. Így az Egyesült Királyságban a Royal Bolton Hospital volt az első, amely 2005-ban David Fillingham (akkor már) kórházigazgató vezetésével belevágott a karcsúsításba, rendszerszerű megközelítést alkalmazva. (Fillingham, 2007)

Amióta ismertek esetek az egészségügyi intézmények, de különösen a kórházak folyamatainak karcsúsításáról, azóta számos kutató és gyakorlati szakember teszi fel a kérdést, hogy:

Milyen tapasztalatokat szereztek a karcsúsítás alkalmazásával kapcsolatosan az intézmények vezetői, dolgozói, a kutatók? Milyen eredmények érhetők el, és milyen nehézségek merülnek fel egy-egy ilyen kezdeményezés során?

Miután sem a nemzetközi, sem a hazai tudományos irodalom nem szolgál ezeknek a tapasztalatoknak a szisztematikus, átfogó bemutatásával (Brandao de Souza, 2009), így disszertációm témájaként ennek a munkának az elvégzését tűztem ki.

Mindezen kérdések megválaszolására való törekvésemet az elméleti és gyakorlati relevanciáján túl személyes motiváció is indokolja. Első diplomámat a gépészet területén szereztem, majd termelő vállalatoknál szereztem gyakorlatot a termelés tervezésének és napi szintű irányításának gyakorlatában. 2000 évben egy munkahelyváltás után az új munkaadóm egy négy hónapos gyakorlati képzésre küldött. Ott ismerkedtem meg a karcsú menedzsment alapjaival és gyakorlatával. Ettől kezdve szakmai életutam összekapcsolódott ezzel a menedzsment rendszerrel. A Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem³ Gazdálkodástudományi Karán végzett posztgraduális tanulmányaim záró aktusaként ebből a témából írtam szakdolgozatot (Jenei 2001), majd később az egyetem Vállalatgazdaságtan Tanszékéhez⁴ csatlakozva ez lett a fő kutatási területem is. A 2001-ben leadott szakdolgozatom azzal a céllal íródott, hogy átfogó képet nyújtson a karcsú menedzsment rendszer kialakulásáról, értékrendjéről, főbb eszközeiről és ezzel a téma iránt érdeklődők számára magyar nyelven is rendelkezésre álljon irodalom.

Az egyetemi kutatói éveim alatt egy kisebb szakmai csoport tagjaként több kutatásban vettem részt, melynek célja termelő vállalatok karcsú átalakulásának vizsgálata volt (Losonci et al., 2007; Demeter et al., 2007; Jenei – Losonci, 2007). Érdeklődésem súlypontjának áthelyeződésében az ipari termelésről a közszolgáltatásra, nagy jelentősége volt az Országos Rendőrfőkapitányság (ORFK) felkérésére a 2004-05

³ Ez a mai Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástudományi Karának felel meg

⁴ Ez a mai Vállalatgazdaságtan Intézet

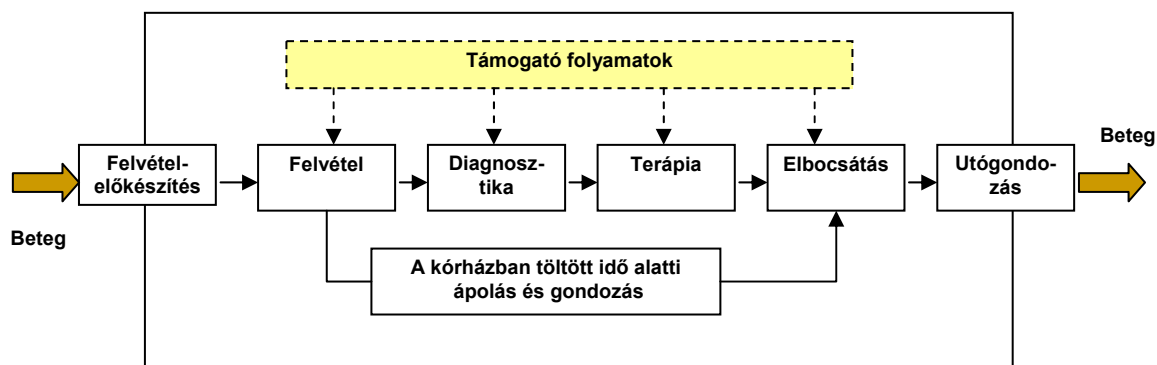
év során végzett kutatás, melynek célja a rendőrségi működés folyamatainak fejlesztése volt (Chikán et al., 2005). A karcsúsítás rendszerének non-profit szervezetekre való alkalmazásában egy szakmai szervezet adminisztratív folyamatainak fejlesztése kapcsán szereztem jártasságot (Jenei et al., 2007). A közszféra szolgáltató rendszerei közül azért az egészségügyet választottam, mert az egészségügyi ellátás finanszírozásának, minőségének, hatékonyságának problematikája egyfelől jelentős hangsúlyt kapott az utóbbi években Magyarországon, másfelől nemzetközi szinten is fontos kérdés.

A kutatás háttérét a tevékenységmenedzsment (operations management: OM) területe, ismeretei, koncepciói adják. Ezen belül is két fő érintett kérdéskör az egészségügyi szolgáltató folyamatok menedzsmentje (avagy egészségügyi tevékenységmenedzsment: health operations management), valamint a karcsú (lean) menedzsment koncepció. A dolgozatban szereplő megállapítások helyes értelmezéséhez fontos a dolgozat alapjait képző fogalmak definiálása, mint a **kórházi folyamatok, minőség, hatékonyság, és a karcsú menedzsment**. Ezért most ezeket határozom meg.

Donabedian általában az egészségügyi ellátás folyamatának tekinti „...az orvos és a páciens között létrejövő kölcsönhatások és tevékenységek nagyon komplex rendszerét, valamint az egészségügyi szervezet működésén belüli bármely tevékenységet.” (Gödény, 2007, 200. old.) A disszertációban a **kórházi folyamatokkal** foglalkozom, így a donabediani meghatározásban szereplő „egészségügyi szervezet” alatt a kórházakat értem. Ennek a meghatározásnak az értelmezését, pontosítását adja Ebner – Köck (1999) munkája, melyben, a definícióban is megjelenő elkülönítés alapján értelmezi a fő- és támogató folyamatokat. Az előbbiek jellegzetessége, hogy közvetlenül járulnak hozzá az értékteremtéshez, azaz a betegek közvetlenül részt vesznek benne. A támogató folyamatok pedig azok, melyek a fő folyamatok működését lehetővé teszik, így pl. laboratóriumi vizsgálatok, mosodai szolgáltatások, gyógyszerértékesítési szolgáltatások, fertőtlenítés, karbantartás, takarítás, stb. (1. ábra).

A dolgozat szempontjából másik fontos fogalom a minőség. Habár a **minőség** fogalmának meghatározására sokan tettek kísérletet, máig nincs egységesen elfogadott definíció. Dolgozatomban a téma egyik legelismertebb szaktekintélyének definíciójából indulok ki.

1. ábra: Fő és támogató folyamatok az egészségügyi ellátásban



Forrás: Ebner – Köck, 1999, 94. old.

Feigenbaum (1983) szerint a **minőség** „A termék és a szolgáltatás piaci, tervezési, gyártási és fenntartási jellemzőinek összessége, melyen keresztül azok találkoznak a fogyasztó elvárásaival.” (idézi: Gödény, 2007, 130. old.) Az egészségügyi menedzsment irodalomban elfogadott minőségértelmezés habár komplexebb ennél, alapjaiban illeszkedik ehhez a definícióhoz. Donabedian szerint az egészségügyi szolgáltatásban a minőségnek három összetevője létezik. (1) Az **eredmény** (pl. egészségi állapot, elért minőség, mortalitás, stb.), a szolgáltatás nyújtásának **struktúrája** (épületek, eszközök személyzet, tapasztalat, stb.) és a **folyamatok** számos jellemzője (pl. megfelelőség, hatékonyság, hatásosság, stb.) (Belicza – Zékány, 1998). Ezt a megközelítést Donabedian így magyarázza: „A jó struktúra valószínűleg növeli a jó folyamat valószínűségét, a jó folyamat pedig emeli a jó eredmény valószínűségét.” (Donabedian, 1988, idézi: Gödény, 2007., 199. old.).

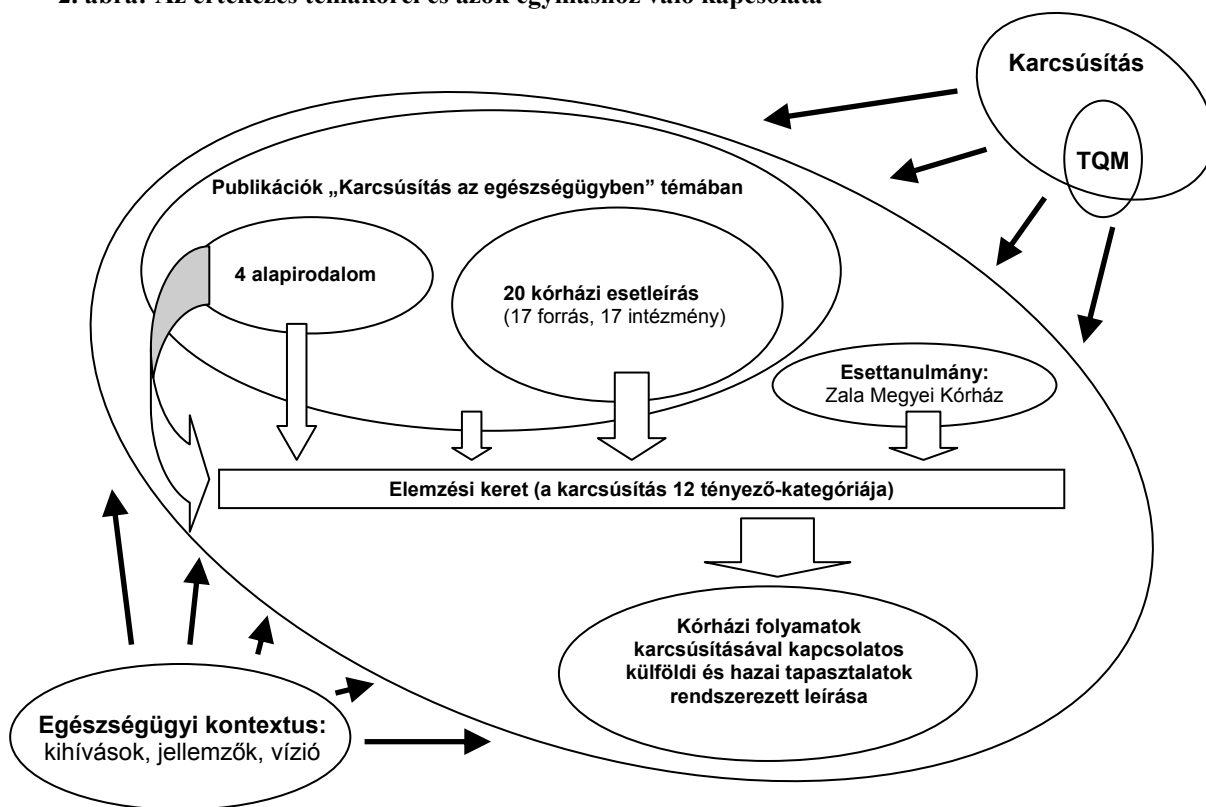
A minőségnek az egészségügyben elfogadott értelmezése szerint tehát annak részét képezi mind az ellátás eredménye, azaz pl. beteg állapota, mind az **ellátási folyamat hatékonysága**. Mivel a hatékonyság kérdése a dolgozat egyik központi témája, így álljon itt annak a meghatározása is: „A közgazdaságtan azt mondja, hogy akkor használjuk fel hatékonyan a rendelkezésre álló erőforrásainkat, ha a lehető legnagyobb hasznot tudjuk elérni az erőforrások felhasználásával előállított termékek és szolgáltatások fogyasztása során.” (Evetovics-Gaál, 2005, 29. old.) A hatékonyság azonban maga is több formában jelenik meg: az **allokációs hatékonyság** arról tájékoztat, hogy azt állítjuk-e elő, amelyet a vevő a legtöbbre értékel. A **termelési hatékonyság** pedig azt mutatja, hogy az adott terméket, vagy szolgáltatást mekkora

erőforrás-ráfordítással állítottuk elő. (Evetovics-Gaál, 2005). Dolgozatom lényegéhez, a folyamatok vizsgálatához a termelési hatékonyság fogalom áll közelebb. A továbbiakban a hatékonyság alatt ezt a tartalmat értem.

A **karcsú menedzsment** tartalmát a későbbiekben részletesen tárgyalom, itt csupán a fogalom általam elfogadott definícióját adom meg: „*A karcsú [menedzsment] egy olyan integrált szocio-technikai rendszer, melynek legfőbb célja a veszteségek kiküszöbölése a beszállítói, vevői és a vállalaton belüli változékonyság egyidejű csökkentése révén.*” (Shah - Ward, 2007, 791. old.)

A dolgozat logikáját, az egyes fejezetekben leírtak egymáshoz való viszonyát a 2. ábra mutatja be.

2. ábra: Az értekezés témakörei és azok egymáshoz való kapcsolata



Forrás: saját készítésű ábra

Az ábra bal alsó és jobb felső sarkában található mezők jelölik a kutatás kontextusát jelentő két területet, melyet a disszertációm első és második fejezetében mutatok be.

- A karcsú menedzsment a személygépkocsik és az elektronikai termékek tömegszerű gyártásában vált mára a legjobb gyakorlattá (Lewis, 2000; Karlsson. – Ahlstrom, 1996). Az első fejezetben röviden bemutatom a karcsú menedzsment eredetét, a Toyota termelési rendszerének fejlődését és a karcsú menedzsment mai értelmezését. A szakértők között sincs teljes egyetértés az ügyben, hogy a TQM részét képezi-e a karcsú menedzsmentnek, vagy attól független rendszer. Az első fejezetben ezt a kapcsolatot is értelmezem, ugyanis a Zala Megyei Kórház esetének tárgyalásakor ennek jelentősége lesz. A fejezet végén Womack – Jones vízióját mutatom be a karcsú egészségügyről.
- A második fejezetben a kutatás szempontjából másik fontos kérdéskörrel foglalkozom, az egészségügyi szolgáltatás jellegzetességeivel, mely élesen elkülöníti a termeléstől. Majd néhány fejlett ország egészségügyi ellátó rendszerének példáján keresztül bemutatom, hogy maga a rendszer és az abban működő intézmények milyen kihívásokkal néznek szembe.

A tényezők e két nagy csoportja egyfajta keretbe foglalja a kutatást, kijelöli annak határait és lehetőségeit. Ezt szimbolizálja az ábrán a legnagyobb ellipszis és a két tényezőtől induló nyilak.

A harmadik fejezet első alfejezete írja le részletesen a kutatási kérdés indoklását, valamint a kutatás módszertanára vonatkozó megfontolásokat. A kutatási kérdéshez megválasztott módszertan lényege a nemzetközi irodalomban fellelhető, kórházi folyamatok karcsúsítását bemutató eseteírások, illetve egy hazai kórház esetének rendszerező feldolgozása. Ennek a vizsgálatnak az elvégzéséhez először egy elemzési keret, azaz egy előzetes kódrendszer kidolgozására volt szükségem. Az esetek feldolgozásához használt elemzési keretként szolgáló kódrendszert a releváns irodalomból kiválasztott négy összegző írás nyílt kódolásával állítottam elő. A kutatási keret származtatását a négy kiemelt forrásból az ívelt nyíl szimbolizálja az ábrán. A keretrendszer kidolgozásának menetét és a keretrendszert a harmadik fejezet további alfejezetei írják le.

A kórházi folyamatok karcsúsítása terén összegyűlt tapasztalatok rendszerezéséhez ezt követően összegyűjtöttem a számomra elérhető, releváns adatbázisokból azokat a cikkeket, melyek tudományos igényességgel és kellő részletességgel írnak le kórházi karcsúsítási törekvéseket, azzal kapcsolatos

tapasztalatokat. Így jutottam a 20 kórházi esetleíráshoz. Az ezekben szereplő információkat a korábban kialakított kódrendszer szerint besoroltam, összegeztem. Mindezt a munkát a negyedik fejezet írja le. Mivel ezek csak másodlagos forrásból származó információk, illetve mivel az esetek között egyetlen magyar példa sem volt, így a hiányosságok ellensúlyozására magam is elvégeztem egy esettanulmányos kutatást a hazai Zala Megyei Kórháznál, melynek során az összegyűjtött információkat szintén a már elkészített keretrendszer szerint strukturáltam. A hazai helyzet rövid bemutatását az ötödik fejezet tartalmazza, míg a hatodik fejezet tárgyalja a Zala Megyei Kórház esetét.

A dolgozat eredményeit a hetedik fejezet mutatja be részletesen. Ez tartalmazza a négy alaplű, a 20 külföldi és a hazai esettanulmányban szereplő információk szintetizált, az elemzési keret szerinti, rendszerezett leírását – kiegészítve a témához kapcsolódó egyéb források tapasztalataival.

A nyolcadik fejezet a dolgozat összegzését, a kutatás elméleti és gyakorlati relevanciáját, a további lehetséges kutatási irányokat fogalmazza meg.

A bevezető fejezet végén fontos tárgyalni még egy kérdéskört: a kutatás elméleti relevanciáját. A karcsú egészségügy ideája, megvalósításának lehetőségei és buktatói gyakorlati jelentőségén túl (melyet korábban már bemutatam), a tudományos megismerés szempontjából is lényeges kérdés. Hines és szerzőtársai (2004) miközben elmarasztalják a kutatói társadalom nagyobb részét a karcsú elveknek a termeléssel való kizárólagos azonosításáért, egyúttal támpontot is adnak arra vonatkozóan, hogy melyek lennének a fontosabb kutatási területek a témához kapcsolódóan. **„További kutatások kellenek annak megállapítására, hogy miként lehet ezt [karcsú filozófián alapuló érték-rendszereket] létrehozni más, csak gyéren kutatott területeken, mint pl. kis mennyiségű gyártás esetében, valamint szolgáltatások területén, pl. az egészségügyben, melyek még mindig csak a karcsú evolúció kezdeti szakaszában vannak.”** (2004 1007. old.). A Hines és szerzőtársai tollából származó felvetés teljességgel megfelel annak az irányvonalának, amelyet általában a tevékenységmenedzsment (operations management) kutatói társadalmát reprezentáló szervezetek⁵ követendőként határoztak meg (Pannirselvam et al, 1999). Ennek az iránymutatásnak a lényege, hogy a szolgáltatási szektor növekedésének szükségszerűen együtt kellene járnia az ehhez kapcsolódó kutatások számának növekedésével is. A

⁵A terület két legjelentősebb szervezete: Production and Operations Management Society – POMS; European Operations Management Association – EurOMA

szolgáltatás területén végzett kutatások száma azonban máig jelentősen elmarad a termelő szektorban végzett kutatások számától (Matchuca et al., 2007). Ahogyan azt Smith et al (2007) a tevékenységmenedzsment területének öt vezető folyóiratában 1990-2006 között megjelent cikkeket áttekintve kimutatták, a kutatói társadalom csak jelentős késéssel reagál erre az egyre határozottabb iránymutatásra. Ugyanez a tendencia mutatható ki az egészségügy karcsúsítási lehetőségeinek kutatásáról, itt azonban a kutatások száma még kevesebb. Radnor et al. (2006) felhívja a figyelmet, hogy a közsférában való karcsúsításról kevés leírás, vagy értékelés készült. Jellemző, hogy Smith et al (2007) által végzett kutatás során a 463 különböző, szolgáltatás témájú cikk közül (címeik áttekintése alapján) 35 cikkről derül ki egyértelműen, hogy egészségügyi témával foglalkozik, azonban egyetlen egy sem utal a karcsú elvek alkalmazásának kutatására.

A karcsúsítás tárgyalásakor nem szabad elfeledkezni mindazokról a fejlesztési megközelítésekről sem, amelyek szintén a szervezetek szintjén célozzák meg a betegellátás fejlesztését. Ezek számos formát ölthetnek, pl.: tényeken alapuló orvoslás, akkreditáció, teljes körű minőségmenedzsment, kockázatmenedzsment és hibamegelőzés, szervezetfejlesztés, stb. Ezek a megközelítések részben versenyeznek egymással, részben kiegészítik egymást (Grol et al. (2002). Használatukkal kapcsolatosan azonban még számos tisztázatlan kérdés akad: *“Egyszerűen nem tudjuk melyiket alkalmazzuk, mikor alkalmazzuk, sem azt, hogy mit várhatunk tőle.”* (Grol et al, 2002, 110. old.) Disszertációmban csupán a karcsúsítás lépéseit, hatásait mutatom be, azonban a tanulmányom számos megállapítása feltehetően megállja a helyét más fejlesztési megközelítések esetében is. Dolgozatom nyilvánvalóan hozzájárul a különböző alternatívák egymáshoz való viszonyának tisztázásához is.

1. A „karcsú” menedzsment leírása és a „karcsú egészségügy” víziója

Ebben a fejezetben célom a karcsú menedzsment fejlődését, tartalmát bemutatni. Ehhez először azt tárgyalom, hogy miként irányult figyelem a Toyota termelési rendszerére, és miért a karcsú jelzőt kapta ez a rendszer nevéül. Ezt követően a „karcsú gondolkodás” avagy a karcsú menedzsmenthez kapcsolható logikai lánc, vagy vezérfonal tartalmát mutatom be. Ez a vezérfonal adta meg a kellő konceptuális támaszt a termelésben alkalmazott rendszer kiterjesztéséhez más iparágakra, a szolgáltatásokra, így az egészségügyi ellátásra is. Ezután bemutatom, hogy a karcsú menedzsment mely eszközeit sikerült azonosítaniuk kutatóknak. A fejezet negyedik alfejezetében a karcsúsítás kapcsolatát tárgyalom a teljeskörű minőségmenedzsmenttel (TQM). Végül pedig a második alfejezetben bemutatott karcsú gondolkodás alapján előre vetített „karcsú egészségügyi szolgáltatás” képét idézem.

1.1. A „karcsú menedzsment” eredete

A karcsúsítás alapjai visszavezethetők a Toyota működési gyakorlatához (Womack et al., 1990). Az autógyár és az egész japán gazdaság az 1970-es évektől az USA-ban a figyelem középpontjába került. Ezek voltak azok az idők, amikor az addig a világon minden szempontból vezetőnek számító amerikai autógyártó triád, a General Motors, a Ford és a Chrysler drasztikus piaci térvessztést szenvedett el az addig jelentéktelen ellenfélnek hitt japán autógyártókkal szemben (Womack et al., 1990). A körülmények elemzése után a hármak tisztán látták súlyos helyzetüket: a japán konkurencia termékei nem csak olcsóbbak voltak, de jobb minőségűek is, sőt mindezt jelentős profit elérése mellett tudták produkálni a gyártók. A változások szükségességének felismeréséhez a végső lökést az 1973-as és 1979-es olajválság adta. A változás céljai egyértelműek voltak: termékeik fejlesztése a hatékonyabb üzemanyag felhasználás érdekében, termékeik minőségének drasztikus javítása, és mindez a

gyártási és működési költségek drasztikus csökkentése mellett. A megoldást az ipar képviselői, a kutatók és a politikusok egyértelműen a japán gazdaság titkainak kikutatásában látták. Így született meg az első Nemzetközi Gépjármű Program⁶ (IMVP). A kutatóknak sikerült feltárniuk azt a termelési rendszert, mely a japán gyártók számára a jelentős versenyelőnyt biztosította. A Toyota termelési rendszere által leginkább megtestesített gyakorlatot John F. Krafcik (1988) jelölte először a „lean” (karcsú) szóval, s azzal szemben a „buffered” (pufferes) szót használta az akkori Fordot jellemző termelési rendszerre: *„Ahelyett, hogy a két különböző paradigmára való hivatkozást jelenlegi Fordizmusként és TPS-ként folytatnám, itt be szeretnék vezetni két új fogalmat – a pufferes és a karcsú rendszereket. Hogy miért így neveztem el őket, nyilván világos. A legtöbb nyugati gyártó termelési rendszere a háború utáni korszakban gyakorlatilag minden ellen be volt biztosítva.”* (Krafcik, 1988, 44. old.)

A kutatás öt év alatt összegyűjtött eredményeit egy könyvben (is) összefoglalták: a Womack – Jones – Roos (1990) szerzőhármastollából származó „The Machine that Changed The World” azonnal bestseller lett, sőt az évtized leggyakrabban hivatkozott forrásává vált a tevékenységmenedzsment⁷ területén. (Holweg, 2007). Mindazt, amit a Toyota termelési rendszeréből megértettek és elsajátítottak a szerzők, Krafcik (1988) nyomán elnevezték „karcsú termelésnek”, a mögöttes gondolkodásmódot pedig „karcsú gondolkodásnak”. Itt a szó, „karcsú” (lean) a rendszernek arra a jellegzetességére és folytonos törekvésére utal, hogy többet hozzon létre kevesebbkel: *„A karcsú gyártás fele annyi emberi erőfeszítést igényel, fele annyi gyártási területet, fele akkora szerszámokra fordított beruházást és fele annyi mérnökidőt az új termék fele annyi idő alatti kifejlesztéséhez. Fele akkora szükség szerű készletet igényel, sokkal kevesebb hibát eredményez és a termékek széles és egyre növekvő választékát produkálja.”* (Womack et al., 1990, 13. old.)

A karcsú termelési rendszert számos vállalat próbálta meg adaptálni saját szervezetében. A tapasztalatok ugyan vegyesek, sokszor nem sikerült a változások kezdeményezőinek elérniük céljaikat. Az azonban kétségtelen, hogy az autóiparban és az elektronikai iparban a karcsú menedzsment mára a legjobb gyakorlattá vált (Voss,

⁶ International Motor Vehicle Program

⁷ Az angol „operations managementnek” nincsen pontos magyar fordítása. A dolgozatomban ezt a kifejezést termelés- és/vagy tevékenységmenedzsmentként fordítom.

2005). A Toyota töretlen fejlődése és sikere 2008-ra a világ első számú autógyártójává tette (Fortune 500, 2008).

A karcsú menedzsment kialakulásával és fejlődésével kapcsolatos legfontosabb eseményeket és publikációkat a 10.1 számú melléklet mutatja be.

1.2. A „karcsú gondolkodás” alapjai

A karcsú gyártás a Toyota termelési gyakorlatának fejlődésével együtt alakult az idők során. Meglepő módon, 1965-ig nem is rögzítették írásban a rendszert, csupán az üzemi gyakorlatból volt megismerhető (Holweg, 2007). A rendszert angol nyelven 1977-ben Sugimori és társai tették közzé először, majd ezután tömegével jelentek meg a rendszer elemeit bemutató művek. A kutatók azonban több változatát vázolták a rendszernek, még ha ugyanazt a vállalatot vizsgálták is. Mivel a karcsú rendszer tulajdonképpen a Toyota folyamatosan fejlődő termelési (és menedzsment) gyakorlatát jelenti, a rendszer pontos és naprakész leírása gyakorlatilag lehetetlen. A kutatóknak és a menedzsereknek meg kell tehát elégedniük azzal, hogy a múltban érvényes ismeretekre alapozva alakítsák ki a saját értelmezésüket a „karcsú menedzsment”-ről.

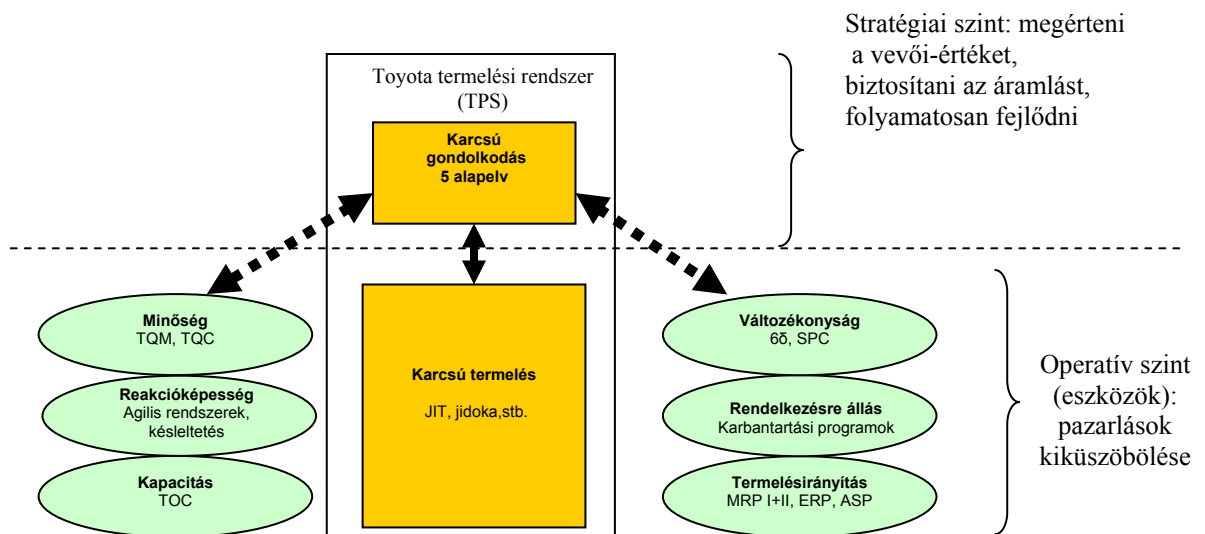
A témában kutatók között kialakulni látszik ugyanakkor egyfajta egyetértés abban, hogy a karcsú menedzsmentnek kettős háttere van: (i) egyfelől mindazok az eszközök⁸, módszertanok, amelyek a Toyota üzemeiben a gyártás szervezésének, irányításának gyakorlatában megfigyelhetők (kanban, SMED, andon, stb.), (ii) másrésről az a filozófia, illetve azok az elvek, amelyek ezeknek az eszközöknek a kialakulásához és folyamatos fejlődéséhez vezettek, illetve vezetnek ma is (Shah - Ward, 2003; Hines et al., 2004). Hines és szerzőtársai (2004) cikkükben élesen elkülönítik a karcsú termelési rendszert, mint a gyártóterület fejlesztésére, menedzselésére létrehozott (operatív)

⁸ Az eszközök részletes bemutatásától a dolgozatomban eltekintek. A témában számos könyv jelent meg angol nyelven, amelyeknek a felsorolása is hosszadalmas lenne. Magyar nyelven számos tanácsadói honlap részletesen tárgyalja ezeket az eszközöket, illetve jó áttekintést ad Womack - Jones (1996) könyvének magyar fordításának végén található fogalomtár: James P. Womack – Daniel T. Jones (2009): Lean szemlélet, HVG Kiadó, Budapest. A dolgozat szempontjából fontos eszközökről a megértést leginkább segítő ponton rövid leírást adok.

eszközök alkalmazását, a karcsú gondolkodás stratégiai szemléletű felhasználásától (lásd 3. ábra).

Míg a karcsú gondolkodás középpontjában a vevői érték megértése és annak növelésére való törekvés áll, addig operatív szinten az eszközök elsajátítása és megfelelő alkalmazása a kritikus kérdés. Az ábra jól mutatja, hogy a karcsú rendszer fejlődése során részben adaptált olyan további eszközöket is (pl. 6 szigma módszer), amelyek hagyományosan – pl. Womack és társai (1990) által leírtak esetében – nem részei a Toyota termelési rendszerének (TPS). Ezeknek az eszközöknek a karcsú menedzsment eszközként való elfogadása vitatott. A felvetés azonban logikus, hiszen céljaikat tekintve jól összeegyeztethetőek a karcsú menedzsment operatív eszközeivel. Különleges a viszonya a TQM⁹-nek is, a karcsú menedzsmenthez, hiszen a TQM egy független rendszerként is működik. A TQM és a karcsúsítás viszonyát az 1.4. fejezetben röviden tárgyalom.

3. ábra: Keretszerkezet a karcsú menedzsment megértéséhez



Forrás: Hines et al. (2004.) nyomán

A 3. ábra felső részében említett karcsú gondolkodás, és az azt kifejező öt alapelv azonosítása Womack és Jones (1996) nevéhez fűződik. Véleményük szerint ez az öt alapelv vezérli a Toyota mérnökeit a rendszer alakításában:

⁹ TQM: Total Quality Management – Teljes körű minőség menedzsment. Bővebben lásd a következő fejezetben, illetve Tenner – DeTorro (1996) könyvében.

1. A vevői érték meghatározása. A vállalatok célja a vevői igények kielégítése, és nem az önmagában vett kiválóság. Ezért mind a termék minőségét, funkcionalitását, mind a terméket előállító folyamatokat csak a vevői igények teljes megértése után lehet értékelni. Ezért minden fejlesztés alapja csakis a vevői igények megfelelő ismerete lehet. A rendszer célja, hogy a vevő igényeit a legteljesebb mértékben kiszolgálja, ugyanakkor a rendszer ne tartalmazzon olyan elemeket, amelyek nem járulnak hozzá a vevői értékteremtéshez.

2. Annak az „áramlásnak” a feltérképezése, mely során a vevő által kívánt termék (érték) létrejön (értékáram elemzés). Itt lényeges, hogy minden lépés feltárára kerüljön, illetve fontos a folyamatlépések jellemzőinek pontos felmérése is. Az áramlás grafikus megjelenítése már önmagában is fejlesztéseket generálhat, miután láthatóvá teszi a felesleges lépéseket, hurkokat, problémás pontokat.

3. A folyamatos értékteremtés, az „áramlás” biztosítása. – A karcsú menedzsment lényegi eleme a termék folyamatos áramlásának biztosítása a szakadási pontok megszüntetésével. Ebbe tartozik a folyamat szempontjából összetartozó műveletek közötti fizikai távolság csökkentése, a lépések közötti átadás gyorsítása. A szakadási pontok késlekedést, információvesztést, a készletek felhalmozódását okozzák, amelyek mindegyike akadályozza a rugalmasságot és a gyors vevőkiszolgálást, így ellentétesek a menedzsment filozófiájával. Szakadási pontot jelentenek pl. a műhelyek, osztályok, műszakok közötti látható, vagy láthatatlan falak, a technológiák elkülönítése.

4. Annak biztosítása, hogy az értékteremtés a vevői igény felmerülése esetén kezdődjék csak el – a húzás elve. A karcsú menedzsment a rendszer rugalmasságát használja fel a vevői igényekhez való alkalmazkodáshoz. A rendszer rugalmassága azonban csak akkor biztosítható, ha nem blokkolják a termékek áramlását olyan megrendelések, amelyek fiktívek, tehát nem konkrét vevői igényen alapulnak. Éppen ezért a karcsú menedzsment célja, hogy csak akkor kezdődjék el bármely folyamatlépés, ha annak végrehajtását egy konkrét vevői igény indokolja.

5. A rendszer tökéletesítése, a tökéletességre való folytonos törekvés. A vevői igények változnak, így azok követése érdekében a

rendszernek is folyamatosan változnia kell. Másrésről maguk a gyártási megoldások is vég nélkül fejleszthetők. Csak akkor lehet képes egy rendszer a folyamatosan magas teljesítményre, ha nem elégszik meg az elért eredményekkel, hanem szakadatlanul keresi a lehetőséget a jobb teljesítmény (minőség) elérésére.

A szerzők ezzel kibővítik a karcsú menedzsment alkalmazásának határait, hiszen már nem tömegtermékek ipari szintű gyártásának megszervezéséről szólnak, hanem bármely termék (vagy szolgáltatás) létrehozásának folyamatáról, annak menedzselési elveiről.

Ettől a ponttól kezdve a karcsú gondolkodás és a karcsú elvek alkalmazása elválni látszik a Toyotától és az autóipartól. A könyv számos, más iparágban, vagy más szektorban tevékenykedő szervezetet győzött meg a gondolkodásmód előnyeiről. Ezek a szervezetek nem riadtak vissza az elvek alkalmazásától (Spear, 2004; Miller, 2006).

1.3. A karcsú menedzsment eszközei

A karcsú menedzsment eszközeire vonatkozóan nincs egyetértés sem a gyakorlati felhasználók, sem a kutatók között. Ez részben abból ered, hogy a Toyota gyakorlatát bemutató szerzők más információforrásokból merítettek, a rendszerben máshol látták a lényegi elemeket, más eszközök alkalmazását figyelték meg, önálló véleményt akartak formálni, stb., másrésről a karcsúsítás elterjedésével a különböző vállalatok különböző tapasztalatokra tettek szert, különbözőképpen értelmezték és alkalmazták az eszközöket. A rendszer fejlődésével, illetve a nyugati termelési gyakorlatban való adaptálása során tovább bővült az eszközök sora. A 10.2. számú melléklet négy, széles körű irodalom feldolgozáson és vállalati tapasztalaton alapuló kutatás eredményeit mutatja be. Ezek összevetése jól mutatja a karcsúsítás lényegi eszközeivel kapcsolatos vélemények sokszínűségét.

A 10.2. számú mellékletben felsorolt kutatások közül empirikus bázisát tekintve kiemelkedik Shah és Ward (2007) munkája. Ők vizsgálódásuk során az irodalomban és a vállalati gyakorlatban fellelhető karcsú menedzsment eszközöket feltérképezték,

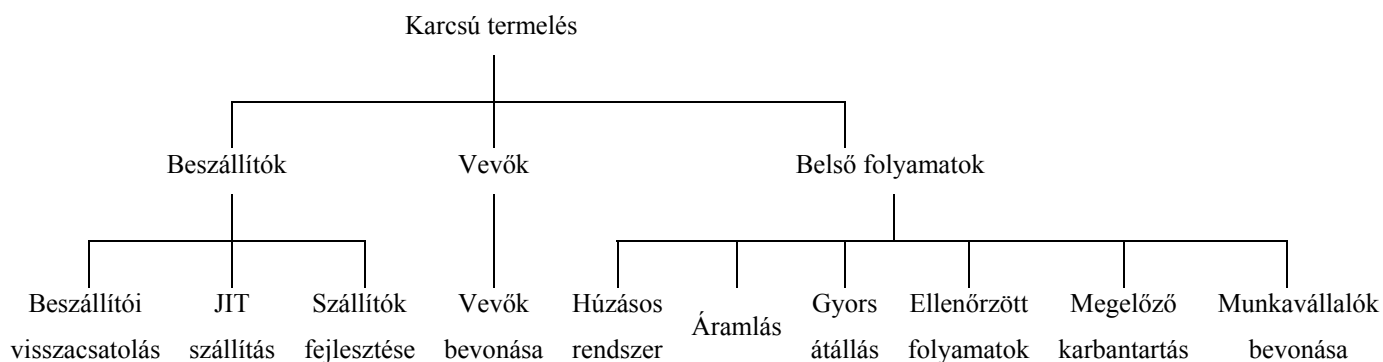
tartalmilag elemezték, majd 48 különböző eszközzé konszolidálták. A karcsúsítás eszközeinek meghatározása során figyelembe vették a karcsú menedzsment koncepcionális hátterét is. A 48 eszköz közötti összefüggés bemutatása érdekében meghatároztak további 10 mögöttes komponenst is (4. ábra).

Az ábrához kapcsolódóan – Shah és Ward (2007) által feltárt belső konzisztenciát a következőképpen lehet összefoglalni (Losonci et al, 2007, 12. old):

„A **folyamatos áramlás** fenntartásához a termékeket termékcsoporthoz rendezzük, és ennek megfelelően alakítjuk ki a létesítményt, helyezük el az eszközöket. A gyakori sorozatindítások biztosítása, az eszközök ismétlődő és rendszeres **megelőző karbantartását** követeli meg. A csoportosan elhelyezett gépek és a termékek hasonlósága elősegíti, hogy az alkalmazottak felismerjék a problémákat. A flexibilis munkaerő és az autonóm munkacsoportokban tevékeny dolgozók képesek a problémák gyors és hatékony megoldására (**munkavállalók bevonása**). A **vevők** aktív **bevonása** lehetővé teszi, hogy a vállalat pontos keresleti adatokra támaszkodjon. Másik oldalról a **gyors átállások** és a szigorúbb minőségbiztosítás (**ellenőrzött folyamatok**) a folyamatok kibocsátását teszik tervezhetőbbé. A megfelelő termék megfelelő időben és mennyiségben történő legyártását a **kanban** és a **húzásos rendszer** biztosítja. Ezek egyúttal azt is megkövetelik, hogy a beszállítók időben szállítsák le a megfelelő mennyiségű és minőségű alapanyagot. A **JIT szállítások** alapját a beszállítóknak a minőséggel és a szállítási teljesítménnyel kapcsolatos folyamatos **visszacsatolás**, valamint a további javulás érdekében nyújtott képzés és **fejlesztés** jelenti. Mivel egyetlen vállalat sem rendelkezik végtelen erőforrásokkal, ezért a beszállítói bázist néhány kulcsfontosságú beszállítóra kell redukálni, amelyekkel rövid távú kapcsolat helyett hosszú távú szerződéseket kell kötni.”

A karcsú termelés eszközrendszere a nagy volumenű, viszonylag stabil keresletű ipari termelés esetében alkalmazható hatékonyan. Ez a rendszer azonban hamar lehetőségeinek határaihoz érkezik, amennyiben alacsony, vagy erősen ingadozó a termékek iránti kereslet. A helyzetet súlyosbíthatják az iparági specialítások, mint pl. az ügyfél részvétele az értékteremtő folyamatban a szolgáltatások többsége esetében. **Hines és szerzőtársai viszont rámutatnak, hogy az „ügyfélközpontú stratégiai szemlélet” helyénvaló olyan körülmények között is, amelyek eltérnek a nagy volumenű ipari termeléstől.** (Hines et al., 2004, 1006. old.)

4. ábra: A karcsú menedzsment elemei



Forrás: Shah – Ward, 2007, 799.o.

1.4. A TQM és a karcsúsítás kapcsolata

Ahogy az 1.2. fejezetben bemutattam, Hines et al. (2004) szerint a TQM a karcsúsítás eszközei közé tartozik olyan formán, hogy a TQM, mint korábban önállóan létező menedzsment gyakorlat a karcsúsítás rendszerének része lett. Ezt a nézetét azonban nem minden szerző osztja. Azzal gyakorlatilag minden a témával foglalkozó kutató egyetért, hogy a minőség javítása a karcsúsításnak az egyik központi eleme (pl. Shah-Ward, 2007), azonban sokan úgy vélik, hogy a TQM nem része a karcsú rendszernek, hanem egy külön menedzsment rendszert alkot (pl. Flynn et al., 1990; Cua et al., 2001).

Dolgozatom szempontjából fontos a két rendszer közötti viszony tisztázása, hiszen a feldolgozásra érdemes magyarországi esetetek felkutatásánál pont az itt bemutatott kapcsolatot használtam fel. Éppen ezért itt röviden foglalkozom a karcsúsítás és a TQM viszonyával.

Richard Schonberger (2007) cikkéből kiderül, hogy azok közé a kutatók közé tartozik, akik a japán termelési rendszerek tanulmányozását az első hullámban kezdték meg, azaz az 1970-es évek végén, amikor fény derült rá, hogy az előre törő japán export számos termelés-menedzsment eszköz alkalmazására is visszavezethető. A szerző 1983-ban egy speciális, a téma iránt érdeklődő számos elméleti és gyakorlati szakember

részvételével szervezett fórum részese volt. A fórum egyik jelentős eredménye, hogy képes volt érvényes módon meghatározni a TQC (később TQM) és a JIT/karcsú menedzsment kapcsolatát. Ennek lényege szerint azok „egymást kölcsönösen támogató egyenrangú társak.” (Schonberger, 2007. 408. old.)

Gyakorlatilag ezt az álláspontot fogadja el Dahlgaard – Dahlgaard (2006) is amikor azt hangsúlyozza, hogy a karcsú menedzsment a TQM általános alaptételeit támogatja. Shimokava és Fujimoto (2009) pedig újra csak a TQM-nek a Toyota termelési rendszeren belül játszott szerepéről beszél.

A továbbiakban a két rendszer kapcsolatának bemutatásához két kutatás eredményeit használok fel, majd azokat ütköztetem az 1.3. fejezetben bemutatott Shah-Ward (2007) kutatás eredményeivel.

Az egyik kutatás, melynek eredményeit megjelenítem, két dimenzióban vizsgálja a TQM és a karcsú menedzsment viszonyát: a termelési gyakorlatok és a teljesítmény terén. (Flynn et al., 1995). A szerzők ebben a cikkükben az egyes rendszerekhez kapcsolódó korábbi releváns források alapján határozták meg a két rendszerre jellemző gyakorlatokat, majd az egyes rendszerek külön-külön és együtt nyújtott teljesítményét vizsgálták. Ebből számomra most csak a rendszerekhez hozzárendelt gyakorlatok fontosak. Flynn, Sakakibara és Schroeder a gyakorlatokat három csoportba osztotta: JIT specifikus gyakorlatokra, TQM specifikus gyakorlatokra és u.n. „infrastrukturális” gyakorlatokra, melyek gyakorlatilag a TQM és JIT gyakorlatok közös metszete. Az infrastrukturális jelzőt a gyakorlatok közös jellemzői ihlették – a szerzők szerint ezek az alapját jelentik mindkét rendszernek. A különböző gyakorlatok Flynn et al., (1995) szerinti besorolását az 1. táblázat második oszlopa mutatja.

A másik, a gyakorlatok besorolása szempontjából fontos forrás Kristy O. Cua, Kathleen E. McKone és Roger G. Schroeder nevéhez fűződik (Cua et al., 2001). Ebben a munkában a szerzők a TQM a JIT (karcsú menedzsment) és a TPM bevezetésének hatását vizsgálják a termelési teljesítményre, a kölcsönhatásokat is figyelembe véve. A szerzők 19, a megelőző 10 évben keletkezett irodalmat dolgoznak fel az egyes témákhoz kapcsolódó gyakorlatok feltárásához. A feldolgozott irodalmat szigorú kritériumok mellett választották ki. (Cua et al., 2001). Az egyes területekhez kapcsolódó „összetevőket” négy részre osztották fel: sajátos TQM, sajátos JIT (karcsú menedzsment), és sajátos TPM összetevőkre, valamint „közösekre”. Eredményeiket táblázatosan is összefoglalták. A négy kategóriából számomra a TQM, a JIT (karcsú

menedzsment) és a közös elemek lényegesek. Ezeket az 1. táblázat harmadik oszlopa mutatja be.

1. Táblázat: A TQM, JIT (karcsú menedzsment) tartalmát elemző kutatások eredményeinek összevetése

Gyakorlatok/összetevők	Flynn et al, 1995	Cua, et al, 2001	Shah – Ward, 2007
Elkötelezett vezetés/ vezetői támogatás	Infrastrukturális	Közös	-
Üzemi környezet	Infrastrukturális	-	-
Stratégiai tervezés	-	Közös	-
Keresztfunkcionális tréning	Infrastrukturális	Közös	Karcsú m.
Dolgozók bevonása		Közös	Karcsú m.
Információ és visszacsatolás	Infrastrukturális	Közös	-
Hosszú távú kapcsolat a beszállítókkal	Infrastrukturális	-	Karcsú m.
Beszállítói minőségi program / tanúsítási program	-	Sajátos TQM	Karcsú m.
Keresztfunkcionális terméktervezés és termék egyszerűség	Sajátos TQM	Sajátos TQM	Karcsú m.
Statisztikai folyamatszabályozás	Sajátos TQM	Sajátos TQM	Karcsú m.
Vevőfókusz és –bevonás	Sajátos TQM	Sajátos TQM	Karcsú m.
Felkészülési idők csökkentésének technikái	Sajátos JIT (karcsú m.)	Sajátos JIT (karcsú m.)	Karcsú m.
Kis sorozatok (csökkentés)	Sajátos JIT (karcsú m.)	-	Karcsú m.
Kanban / húzott termelés	Sajátos JIT (karcsú m.)	Sajátos JIT (karcsú m.)	Karcsú
Beszállítók általi JIT szállítás	-	Sajátos JIT (karcsú m.)	Karcsú m.
Berendezés elrendezés	-	Sajátos JIT (karcsú m.)	Karcsú m.
JIT ütemezés / napi ütemterv tartása	Sajátos JIT (karcsú m.)	Sajátos JIT (karcsú m.)	-

Forrás: saját készítésű táblázat

Az 1. táblázat mezőit áttekintve általánosan megállapítható, hogy Cua et al., (2001) a JIT és a TQM eltérő és közös elemeinek elemzése nagyban összecseng Flynn

et al., (1995) által végzett azonos vizsgálat eredményeivel. Ennek a két forrásnak az esetében jól egyeznek nem csak a különböző gyakorlatok (ezeket a táblázatban külön nem szerepeltetem), de a jelölésükre alkalmazott kategóriacímek is. Mindezekről eltér a Shah –Ward (2007) által használt terminológia, habár a gyakorlatok szintjén itt is nagyfokú egyezést találunk. A meglepő Shah –Ward (2007) esetében, hogy karcsú menedzsmentként azonosítja a másik két forrás szerint TQM-nek tulajdonított gyakorlatokat is, nem csak a JIT elemeit. Ez az ellentmondás jól mutatja, hogy (i) a szakirodalom sem egységes az egyes gyakorlatok megítélésében, (ii) hogy a karcsú menedzsment egy fejlődési utat jár be, melynek során a karcsú tartalma egyre bővül (Hines et al., 2004).

Hines et al. (2004) szerint a karcsú menedzsment, mint rendszer felismerésének első szakasza a termelési területre és leginkább a szűk értelemben vett anyagáramlást szervező eszközökre (JIT, kanban) koncentrált. A későbbi fázisban jelent csak meg a megoldások kiterjesztése a vállalati határokon kívülre, pl. a beszállítókra. Így értelmezhető a beszállítói JIT megjelenése a 2001-es tanulmányban a JIT specifikus eszközök között. Hasonlóak mondhatók el a közös elemek közé bekerült stratégiai tervezésről is. Itt is a JIT/karcsú menedzsment fejlődéséről van szó, amennyiben az alkalmazói egyre inkább felismerik a rendszer jelentőségét, annak szoros kapcsolódását a stratégia megalkotásához. Ennek a fejlődésnek az eredménye lehet a terminológia megváltozása is, mely szerint a JIT és a TQM gyakorlatok helyett azokat átfogóan karcsú menedzsmentként kezdték azonosítani azok a vállalatok, ahol mindkettőt alkalmazták. Ennek racionalitását az adja, hogy a „karcsú” japán vállalatok termelési rendszereiben ezek a különböző elemek jellemzően megfigyelhetőek voltak. Így amikor a szerzők „The Machine that Changed The World” (Womack, et al., 1990) című könyvükben feltárták kutatásaik eredményét (melyben a japán termelési rendszert írják le), a „karcsú” jelzőt használva egyszersmind az összes alkalmazott eszközt egységként kezelték ez alatt a címszó alatt¹⁰. Így, mind a TQM, mind a JIT részévé vált a karcsú termelési rendszernek. A táblázat tartalma jó tükrözi mindezt.

Jelen kutatás szempontjából a táblázat által bemutatott összefüggés jelentősége az, hogy nyilvánvalóvá teszi, a TQM irodalom felfogása szerinti eszközök mindenképpen

¹⁰ Meg kell azonban jegyezni, hogy számos vállalat alkalmazza csupán a TQM-et, mint a minőségfejlesztés rendszerét. Ők természetesen nem tértek át a „karcsú menedzsment” kifejezés használatára.

részét képezik a mai korban, a gyakorlatban elfogadott karcsú menedzsment rendszernek.

1.5. A karcsú egészségügy víziója

Womack és Jones (1996) „Lean Thinking” című könyvükben már foglalkoznak azzal a kérdéssel, hogy a karcsú alapelvek felhasználhatóak-e az autóipari termelési környezetben kívül is. Válaszuk egyértelmű igen. A megvalósítás pontos menetének, lehetséges buktatóinak tárgyalása azonban elmarad a könyvben, ennek végiggondolását a szerzők az olvasóra bízák. Egy „álomként” mutatják be a „karcsú” egészségügyi szolgáltatást, melyből kiolvasható, hogy ennek rövidtávú megvalósulásában a szerzők maguk sem bíztak (286. old). Ezt a víziót a keretes írásban mutatom be.

Hogyan működne az egészségügy, amely magáévá tette a karcsú elveket?

Először is a beteg kerülne középpontba; ideje és elégedettsége lenne a rendszer teljesítményének mércéje. Ezek csakis akkor érhetnék el a megfelelő szintet, ha a betegek rendszerben való akadálytalan haladása kerülne a középpontba, továbbá az egészségügyi rendszer felülvizsgálná meglévő struktúráját, melynek kiinduló egységei az osztályok, és a meglévő szakembergárdát sokoldalú szakmai csoportokba szerveznék. A dolog logikája egyszerű: amikor a beteg belép a rendszerbe, az egy helyre összevont, több területen jártas személyzet foglalkozik a vele mindaddig, míg a problémájára megoldást nem találnak. Hogy egy ilyen kisebb, széles körű ismeretekkel rendelkező csoport képes legyen kezelni a beteg minden problémáját, természetesen az abban dolgozó orvosok és ápolók tudásának bővítésére lesz szükség (ellentétben azokkal a véleményekkel, melyek szerint a karcsú elvek bevezetése további specializációhoz, munkakör-szűkítéshez vezetne). Mindezek mellett az orvosi eszközök, gépek, laboratóriumok és nyilvántartó rendszerek újragondolására, újra-méretezésére is szükség lesz annak érdekében, hogy képesek legyenek gyorsan és rugalmasan kiegészíteni a többfunkciós csoportoknál meglévő eszközök nyújtotta szolgáltatásokat. Végül pedig maga a beteg is aktív résztvevője lesz a folyamatnak, sőt a csoportnak azáltal, hogy előzetes tájékoztatást kap a lehetséges problémákról annak érdekében, hogy azok megoldhatók legyenek még a felmerülésük előtt, vagy kezelhetők legyenek a beteg otthonában is, anélkül, hogy a betegnek meg kellene jelennie a rendelésen. Ez a rendszer lehetővé tenné az igények pontosabb előrejelzését is. Idővel bizonyára lehetővé válik majd bizonyos eszközök otthoni alkalmazása is, pl. telefonkonferencia, távirányítás-távérzékelés, vagy éppen otthoni laboratórium alkalmazásával.

Mi történne, ha a karcsú gondolkodás valóban az egészségügyi ellátás alapjává válhatna? A problémák megoldásához szükséges lépések száma és ideje drasztikusan csökkenne. Az ellátás minősége jelentősen javulna, hiszen sokkal kevesebb információ

veszne el a szakorvosok közötti kommunikáció során, kevesebb hiba fordulna elő, kevésbé bonyolult információ-feldolgozó rendszerek is elégségesek lennének a betegek irányításához és az információk továbbításához, és végül kevesebb ismételt eljárás, valamint hibajavítás lenne szükséges. Összességében az ellátáshoz kapcsolódó teljes rendszer költsége alacsonyabb lenne.

A gyógyítás lényege ugyanakkor, jelenlegi ismereteink alapján, nem változna, az itt javasolt karcsú átalakulás erre nem ad javaslatokat. Mindezek ellenére a karcsú átalakulás eredményeként jelentős erőforrások szabadulnának fel, amelyek átcsoportosíthatóak lennének a kutatás területére, hogy újabb gyógyító eljárásokat dolgozzanak ki.

(Womack-Jones, 1996, 289-290. old.)

A karcsú egészségügy ideájának alapját képező logika világos: csakúgy, ahogyan az autópárhánban, folyamatok sorozatát kell végrehajtani ahhoz, hogy a szervezet a célját elérje. „*A karcsú gondolkodás eszméi arra buzdítják az egészségügyi szolgáltatókat, hogy úgy gondoljanak a páciensek útjára a megérkezésüktől az elbocsátásukig, mint egy egységes ellátási folyamatra, semmint egymástól elválasztott lépések sorozatára.*” (Ben-Tovim et al., 2007, 14. old.).

Ha az egyes folyamatlépések közötti szakadási pontokból és a pontszerű optimalizálásból adódó pazarlások mennyiségét csökkenteni tudjuk, akkor azok gyorsabbak és gazdaságosabbak lesznek. Ebből a szempontból mindegy, hogy gépkocsik összeszereléséről van-e szó, vagy betegek gyógyításáról, a pazarlások alapvető típusai egyformán értelmezhetők mindkét rendszerben (2. táblázat).

2. Táblázat: A veszteségek típusai a gépiparban és az egészségügyben

A pazarlás 7 megjelenési formája	Gépipari példák	Egészségügyi példák
Túltermelés	A szükségesnél több termék legyártása, vagy túl korai gyártása.	Szükségtelen vizsgálatok elvégzése, műtéti eszközök sterilizálása, melyek nem kerülnek felhasználásra, de szavatossági idejük lejár.
Várakozás	Információra, utasításra, anyagra, karbantartóra, átvételre, stb. várakozás.	A betegek várakoztatása ellátásra, vizsgálatra, elbocsátásra, stb. A személyzet utasításra, vizsgálati eredményekre, eszközökre, gyógyszerre, stb. vár.
Szállítás	Anyagok, alkatrészek szállítása.	Betegek, minták, vizsgálati eredmények, gyógyszerek szállítása.
Túlmunkálás	Túl szigorú tűrések alkalmazása, túl finom megmunkálás.	Adatok gyűjtése, amelyek soha nem kerülnek felhasználásra, jelentések, kimutatások készítése, amelyeket senki sem olvas, túlbonyolított engedélyezési eljárások.
Készletek	A gyártáshoz szükségtelen alapanyagok, félkész termékek, eszközök, dokumentumok tárolása.	A betegek ellátásához szükségtelen anyagok, eszközök, dokumentumok tárolása, vagy túlzott mennyiségek tárolása. Lejárt szavatosságú anyagok, eszközök tárolása.
Felesleges mozdulatok	Alkatrészek, dokumentumok keresése, lehajlás alkatrészcseréért, nyújtózkodás szerszámért, mozdulatok ismétlése a helytelen műveleti sorrend miatt.	Betegek, nővér, orvos, gyógyszer, eszköz, dokumentum keresése, feladatok ismétlése a helytelen sorrend miatt, lehajlás, nyújtózkodás eszközökért, anyagokért, dokumentumokért, stb.
Hibák	Nem megfelelő termékek.	Orvosi hibák, rossz dokumentáció, összecserélt betegek, rosszul végrehajtott, vagy félreértett eljárások, utasítások, rövidítések, stb.

Forrás: Graban (2009. 43. old.) nyomán

2. Az egészségügyi kontextus bemutatása

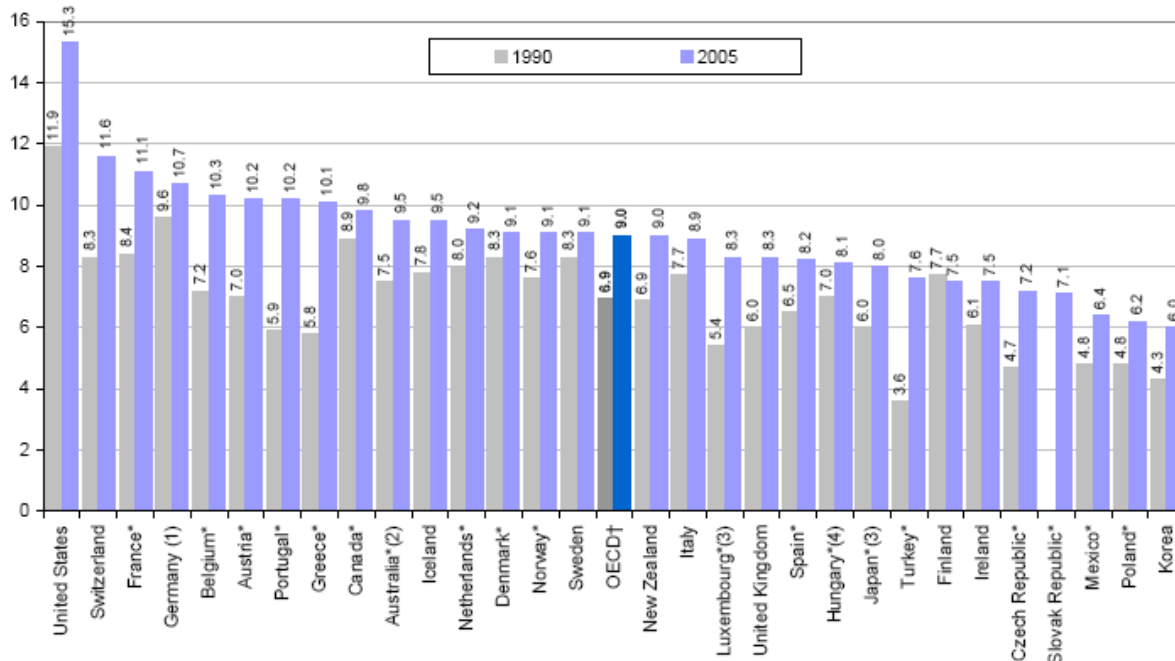
Ebben a fejezetben azokat a legfontosabb környezeti tényezőket mutatom be, amelyek a kórházi folyamatok karcsúsítására legnagyobb hatással vannak. A fejezet első részében bemutatom mindazokat az érveket, melyek általában az egészségügyi ellátás átalakítását sürgetik, melyek önmagukban is jelentős hajtóerőt jelentenek a karcsúsítás szempontjából. Ezután azokat a munkákat idézem, amelyek a kórházi ellátás hibáira, pazarló voltára hívják fel a figyelmet. A fejezet további részében az egészségügyi szolgáltatások jellegzetességeit tárgyalom, melyek sok szempontból megkülönböztetik ezt a típusú szolgáltatást a termeléstől, és amely jellemzőknek jelentősége lesz az eredmények értelmezése szempontjából.

2.1. Az egészségügy átalakításának időszerűsége – makroszintű kihívások

Az utóbbi években a fejlett államokban az egészségügyi rendszerek teljesítménye és kiadásai egyre inkább a társadalmi és politikai érdeklődés középpontjába kerültek. A globalizálódó világban ezen államok közül egyre kevesebb képes a korábbi módon finanszírozni nagy ellátó rendszereinek működését (de Koning et al., 2006; Békesi, 2006). Az egészségügyi rendszerek a többi között is különös figyelmet kapnak, hiszen az állami kiadásoknak nem csak jelentős, de egyre növekvő részét teszik ki (5. ábra), így különösen nagy hatással lehetnek olyan makrogazdasági mutatókra, mint pl. az államháztartási hiány alakulására. Az egészségügyi kiadások növekedése olyan, a fejlett országokra általánosan jellemző trendek következménye, mint az előregedő társadalom, amely miatt az ellátottak köre természetesen folyamatosan szélesedik, vagy a tudományos fejlődés eredményeinek alkalmazása, mely egyre drágább eljárások,

eszközök, gyógyszerek felhasználását jelenti. Számos, a globalizáció szorítása ellen küzdő állam viszont már nem bír el további kiadásnövekedést.

5. ábra: Az OECD országok kiadásai az országok GDP-jének arányában 1990-ban és 2005-ben



Megjegyzés: Az országok balról jobbra haladva a 2005 évi egészségügyi kiadások nagysága szerint sorba állítva kerültek bemutatásra.

† OECD átlag a Szlovák Köztársaság nélkül.

*Sorozat megszakad 1990 és 2005 között.

(1) 1992. (2) 1990/91 és 2004/05. (3) 2004. (4) 1991 és 2004.

Forrás: www.oecd.org (2007)

Részben az egyre növekvő egészségügyi ráfordításokkal összefüggésben került középpontba az egészségügyi ellátás minőségének kérdése is. Számos forrás szerint, egy, az egész szektort jellemző gyenge minőség és pazarló működés figyelhető meg a világ számos országában. Amennyiben ezek a vélemények a valóságot tükrözik, úgy a társadalom részéről jogos elvárás a szolgáltatókkal szemben a pazarlások csökkentése és az ellátás eredményeinek javítása.

A pénzügyi problémák kezelése érdekében a kormányzatok szerte a világon a költségek csökkentését, illetve azok további, drasztikus emelkedésének megakadályozását tűzték ki célul. Ezek az adminisztratív intézkedések azonban már középtávon is hatástalannak bizonyultak, hiszen a lakosság magas színvonalú ellátást igényelt. (Gulácsi, 1999)

Ezt támasztja alá, hogy pl.: az Egyesült Királyság egészségügyének döntéshozói sem elégedettek a rendszer teljesítményével, s folyamatosan a fejlesztés lehetőségét keresik (Proudlove et al., 2008; Young – McClean, 2008). Ahogyan azt a klinikai kormányzat egy korábbi igazgatója megfogalmazza, a fejlesztéseknek új utakat kell keresniük, a források pusztá növelése nem hozza meg a kellő eredményt, s az NHS esetében a kapacitás problémák hátterében, a mindennapi rutinok, megszokások állnak, amelyeket soha nem kíséreltek megváltoztatni. (Bennett – Lister, 2006 cited by Parnaby – Towill, 2008)

Hogy a makroszintű egészségügyi kiadások elszabadulásának megfékezésében az ellátási folyamatok fejlesztésének jelentős szerepe lehet (Kim et al., 2006), ezzel de Koning et al. (2006) is egyetért, hiszen „...*az egészségügyi kiadások növekedésének jelentős forrása a működés hatékonyatlansága, mely nem szükségszerű. Erre pedig az egészségügyi szakembereknek van ráhatásuk.*” (4. old.).

A makroszint nem más, mint az egészségügyi rendszert képző egyedek (intézmények) összessége, így egyértelmű, hogy a számos intézményre egyirányú hatással bíró kezdeményezések makroszinten is változást hoznak. Ennek az összefüggésnek a bemutatására álljon itt egy becslés; ha az USA kórházai (kb. 5-6000 db) képesek lennének mindazokat a fejlesztéseket végrehajtani a karcsú menedzsment alkalmazásával, amelyet a ThedaCare véghezvitt – fekvőbeteg ellátás költségeinek 25%-os csökkentése – akkor az 10 év alatt 400 milliárd dollár megtakarítást jelentene az országnak – csak a fekvőbeteg ellátásban (van Susteren, 2009).

2.2. Az egészségügy átalakításának időszerűsége – mikro-szintű kihívások

Ennek a fejezetnek a célja, hogy bemutassa, miért elengedhetetlen az egészségügy átalakítása az ellátó intézmények szintjén is a fejlett országokban (Magyarországon is). Ezen belül miért fontos az egészségügyi szolgáltató folyamatok minőségének és költséghatékonyságának javítása. A fejezetben bemutatom azokat a nemzetközi kutatásokat, amelyek felhívják a figyelmet a problémákra. A kutatások eredményei

nagyrészt az USA és az Egyesült Királyság egészségügyi szolgáltatását mutatják be, azonban a probléma természeténél fogva feltételezhetően hasonló a helyzet más fejlett országokban is. Ezt a hipotézist alátámasztani látszanak a más országokban lezajlott kutatások tapasztalatai is (Laursen et al., 2003; Brodt, 2006; Kollberg et al, 2007).

2006 őszén egy tanácsadói team érkezett a Manchester térségében található Royal Bolton kórházba, mely a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat része. A tanácsadók a kórház vezetésének meghívására érkeztek és felmérést végeztek a kórházi folyamatokról. Így számolnak be tapasztalataikról (részlet): *„Jelentős mértékű frusztrációt találtunk, valamint késéseket, duplikációt, elbonyolított folyamatokat és gyatra kommunikációt – sok folyamat használhatatlannak és pazarlásokkal telinek tűnt – sok ember azzal küzdött, hogy helyrehozza őket.”* (Schenk, 2006 4. old.). Természetesen ez csak egyetlen példa a világ számos kórháza közül, azonban a példa egyáltalán nem mondható kirívónak.

Az USA-ban az Institute of Medicine által 1997-ben indított, az egészségügyi intézményekben (főként kórházakban) a biztonság és a minőség szintjét felmérő kutatás szerint az egészségügyi ellátás jelentős problémákkal küszködik, amelyek sürgős megoldásra várnak (IOM, 2000):

“Kísérleti becslések azt mutatják, hogy nem kevesebb, mint 98 ezer ember hal meg évente a kórházakban előforduló ellátási hibák következtében. Ez több, mint ahányan gépjármű balesetben halnak meg, mellrákban, vagy AIDS-ben – három olyan ok, amely sokkal nagyobb közfigyelmet kap. Valóban több ember hal meg egyedül orvosi műhiba miatt évente, mint munkahelyi balesetben. S habár a hibák könnyebben felfedezhetők kórházi körülmények között, a problémák kiterjednek az egészségügy minden területére, beleértve az egynapos sebészetet, járóbeteg ellátást, gyógyszerárakat, szanatóriumokat, és az otthoni ellátást is. Hozzászámolva az emberi tragédiákhoz a pénzügyi költségeket is, az ellátási hibák könnyedén bekerülnek az egészségügy széleskörű, sürgős problémáinak dobogós problémái közé.” (IOM, 2000, fűlszöveg)

Más források szerint a kórházban kapott fertőzésekben meghalt betegek száma nagyságrendileg megközelíti a hibás orvosi döntések okozta halálesetek számát. Ráadásul minden páciensre, aki orvosi hiba, vagy kórházi fertőzés miatt hal meg öt-tíz további páciens jut, aki enyhébb következményekkel járó fertőzést szenved el. Mindezeket lefordítva azt mondhatjuk, hogy az ezredfordulón az USA-ban 1000

emberből, aki bármilyen okból kórházi ellátásban részesült, 88 kapott el fertőzést, sérült meg, vagy részesült hibás ellátásban, és ezek közül hat meg is halt (Spear, 2005). Azaz a szolgáltatás hibaaránya 8,8%, megfelelősége 91,2%, a halált okozó hibák aránya 0,6% (megfelelőség 99,4%).

Más szolgáltatások esetében a 99,9%-os minőségi szint is (amelynek eléréséhez az összes problémás eset számát 88-ad részére, a halálos esetek számát 6-od részre kellene csökkenteni a kórházakban) elfogadhatatlan. Így pl. elképzelhetetlen az O'Hare nemzetközi repülőtérén a napi két veszélyes landolás, vagy az USA-ban naponta 32.000 esetben rossz bankszámláról leemelt összeg (Leape, 1994).

Mindezekhez adalékul érdemes megismerni annak a kutatásnak az eredményét, amelynek során 9 kórházban 26 ápoló munkáját figyelték meg összesen 239 órán keresztül. A megfigyelések során az elkövetett hibákat (ha az ápoló nem az előírt módon végzi a tevékenységet, pl. először megkezdte a gyógyszer adagolását, majd később ellenőrzi a beteg adatait a szerrel szembeni túlérzékenységgel kapcsolatosan), illetve a felmerült problémákat (azaz amikor a dolgozó valamilyen külső ok miatt nem volt képes az előírt módon elvégezni a feladatát, pl. mert nem érkezett meg a megrendelt gyógyszer, vagy valamely eszköz meghibásodott) rögzítették. Az adatok elemzése során az a nem meglepő eredmény adódott, hogy a problémák számszerűen jelentősen meghaladják a hibák előfordulását. Az arány 167/24 volt (Tucker és Edmondson, 2003). Ugyanakkor nem szabad azt sem elfelejtenünk, hogy miként West (2000, idézi: New et al., 2008, p. 4) megállapítja: „... *nagy problémák sok apró dolog ellenőrizetlen halmozódásából keletkeznek.*” Így pl. jelentős következményekkel járhat pl. egy rossz helyre tett adatlap, egy felügyelet nélkül hagyott tócsa, egy hanyagul leírt telefonüzenet is. A korábbi, a hibák előfordulását bemutató adatokat ezekkel kiegészítve képet kaphatunk arról, hogy milyen arányban fordulnak elő nap mint nap az ápolók és az orvosok munkáját hátráltató olyan problémák, amelyek nem kerültek a figyelem középpontjába, azonban jelentősen rontják az ellátás színvonalát és nem utolsósorban a pénzügyi hatékonyságát.

A minőségi problémák terén azonban az USA példája nem egyedi a fejlett országok között. Az Egyesült Királyságban a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (National Health Service: NHS) kórházaiban végzett felmérések kimutatták, hogy minden 10 páciensből, aki a kórházakban megfordul, átlagosan egy valamilyen negatív

esemény áldozatává válik: rossz gyógyszert adnak be neki, el-, leesik, fertőzést kap, vagy rosszul diagnosztizálják a betegségét (National Audit Office, 2005; Fillinham, 2007). A helyzet még súlyosabbnak tűnik, ha figyelembe vesszük Tucker és Edmondson (2003) kutatásainak eredményét, mely szerint „...az ezen kérdések iránti megnövekedett érdeklődés ellenére úgy tűnik, hogy a kórházak nem tanulnak mindazokból a problémákból és hibákból, amelyekkel dolgozók a napi munkájuk során szembekerülnek.” (56. old.).

Burgess et al. (2009) és az NHSIII (2007) a hatékonyság hiányosságaira figyelmeztet a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat kórházainál tapasztaltak alapján (pl. betegadatok többszörös felvétele, betegek többszörös mozgatása szervezetlenség miatt, az orvosokra, vizsgálatokra való hosszas várakozás, indiszkrécio, koordinálatlan elbocsátási procedúra miatti hosszabb kórházi tartózkodás, stb.)

Habár a hazai helyzetről nem állnak rendelkezésünkre pontos adatok. Az SE Egészségügyi Menedzserképző Központ által kezdeményezett felmérések eredményei azt mutatják, hogy a magyar kórházakban is előfordulnak nemkívánatos események. Pl. decubitus kialakulása, esések, sebfertőzések, gyógyszerelési hibák (Belicza, 2008), melyek közvetlenül hatással vannak a beteg állapotára, és olyanok is, amelyek esetleg „csak” a kórházi működés (termelési) hatékonyságát rontják; pl. elmaradt műtétek (Belicza, 2008; Kránicz et al., 2008). Ezen túlmenően feltételezhető, hogy az ágazat itthon sem mentes az orvosi műhibáktól; „Nem kellően ellenőrzött becslések szerint...évente ... **hazánkban 3-6000 ember hal meg helytelen kezelés, nem kívánt események, orvosi műhibák következtében.**” (Varga et al., 2005 199. old).

A betegbiztonsággal kapcsolatos hiányosságok és az ellátási hibák is összefüggésben vannak a folyamatok alacsony hatékonyságával (Tucker, 2004; Tucker és Edmondson, 2003; New et al., 2008). New (et al., 2008) saját kutatási tapasztalataira támaszkodva az állapítja meg, hogy ha a folyamatok stabilak, a személyzetnek több ideje jut a betegellátásra. Pl. a sorba rendezett, és a folyadékoktól elkülönített gyógyszereket valószínűleg hamarabb meg fogják találni a nővérek.

Az egészségügyi folyamatok jellemzően jelentős mértékben tartalmaznak értéket nem teremtő elemeket, melynek mértéke akár 35% is lehet (Murphy, 2003). Mezőfi (2007) szerint a magyar sürgősségi betegellátásban jellemző adat, hogy átlagosan 28 percnyi betegellátáshoz 119 percnyi betegvárakozási idő tartozik, azaz a beteg által

rendszerben töltött időnek csupán alig egyötöde hasznosul. Jimmerson et al. (2005) szerint ezeknek a rossz arányoknak a hátterében az a gyakori jelenség áll, hogy a feladatok ideális elvégzésére vonatkozó leírások hiányoznak. A követendő eljárás hiányából adódóan az ellátás során következetlenségek adódnak, a nyújtott szolgáltatások megbízhatósága csökken, a dolgozók munkáját rendszeresen megzavarja valamilyen nem tervezett esemény. Mindezek természetesen a költségek emelkedéséhez, a hatékonyság csökkenéséhez, a hibák esélyének növekedéséhez, és nem utolsósorban dolgozói frusztrációhoz vezetnek (Jimmerson et al., 2005). Az egészségügyi szolgáltató szervezetekben a dolgozók jellemzően funkcionális silókban dolgoznak: az egyes osztályok elkülönülve működnek, hiányzik a folyamatszeglét. Gyakran az egyetlen személy, aki az ellátás során a betegek által bejárt úttal tisztában van – az maga a beteg. Az ellátáshoz kapcsolódó információs folyamatok pedig még bonyolultabbak, akár öt-hatszorosa is kitehetik a beteg útjának. A folyamatok tisztázatlansága, bonyolultsága számos hibát, duplikációt, késedelmet okoz, mely a betegekkel közvetlenül foglalkozó dolgozóknál jelentős frusztrációt okoz, hiszen minden igyekezetük ellenére sem képesek kielégítő színvonalú szolgáltatást nyújtani (Fillingham, 2007, Parnaby – Towill, 2008).

Fontos még egyszer kiemelni, hogy nem az egészségügyi dolgozók szakmai tudása, hozzáállása, vagy erőfeszítéseinek hiánya okozza a problémák jelentős részét, hanem az a rendszer és a folyamatok, amelyben dolgozni kényszerülnek (Spear, 2005). Ennek alapvető oka a történelmi hagyatékban keresendő. Hagyományosan ugyanis a kórházak a magasan képzett és odaadó szakemberekre támaszkodtak az esetlegesen előforduló működési hibák elhárítása során. A magas színvonalú ellátást tehát nagyszerű orvosok és nővérek garantálták, nem nagyszerű rendszerek. Ez a felfogás azonban – éppen az egyre nagyobb társadalmi nyomás eredményeképpen – változóban van.

Egyre több kezdeményezés irányul ugyanis a problémák rendszerszerű felismerésére és elhárítására (Tucker és Edmondson, 2003). Így pl. a hazai NEVES program célja is az általános kiváltó okok (szisztematikus ellátási hibák feltárása), majd a kommunikáció, tájékoztatás, oktatás fejlesztése; a folyamatok szervezésének, menedzsmentjének javítása; a létszámtervezés, szervezés finomítása; valamint fejlesztés a berendezések, eszközök, műszerek tervezése, kezelése, működtetése területén (Belicza, 2008).

Ezek a kezdeményezések azonban eddig általában nem hoztak áttörő eredményeket. Ahogyan Brent James, az Intermountain Healthcare (Salt Lake City, USA) Egészségügyi Szolgáltatások Kutatóintézetének igazgatója megfogalmazta: *„A minőségfejlesztés módszerei 15 évvel ezelőtt jelentek meg a klinikai gyakorlatban. Annak ellenére, hogy ismertek sikeres projektek, a legtöbb szervezet továbbra is nehézségekkel küzd a rendszer átfogó alkalmazása terén. Ugyan már képesek kicsiben eredményeket elérni, de problémát okoz az egyes projektek kibővítése szervezeti szintű, fenntartható fejlesztésekké.”* (internationalforum.bmj.com, 2008).

Az egészségügyi ellátás további fontos kérdése annak az időszerűsége. A betegek számára a nyújtott szolgáltatás szakmai színvonalán túl egyértelműen fontos a szolgáltatások igénybevételeinek tervezhetősége. Egy friss, magyarországi reprezentatív felmérés szerint a szolgáltatásokat igénybe vevők a várakozási időt és az időpontok betartását értékelték a leggyengébben a hazai szolgáltatók esetében (WEBBeteg, 2009). A várakozási idő gyakran csupán a beteg elégedettség-érzetére van hatással, azonban pl. a kórházban eltöltött idő az egészségre is. A benn fekvő betegek esetében az eltelt idő elnyúlásával ugyanis nő a nemkívánatos események kockázata (pl. a fertőzések veszélye).

A fentiekben leírtakból tehát jól kivehető, hogy

1. Az egészségügyi szolgáltatás folyamatainak hatékonysága alacsony.
2. Az egészségügyi szolgáltatások költséghatékonyságának fejlesztését külső körülmények is szükségessé teszik.
3. Az egészségügynek nagyobb figyelmet kell fordítania a nyújtott szolgáltatás minőségére.
4. Az egészségügyben már történtek kezdeményezések minőségfejlesztő programok alkalmazására, ám ezek átütő sikere jellemzően elmaradt.

A karcsúsítás iránti világszerte fokozódó érdeklődés az egészségügyi kormányzat és az intézetek menedzsmentje részéről e fejezetben bemutatottak alapján érthető.

2.3. Az egészségügy speciális tulajdonságainak hatása a karcsú átalakulásra

A karcsúsítás új, az egészségügyi szolgáltatásban való alkalmazásának vizsgálata során elengedhetetlen, hogy az iparágak közti különbségeket számba vegyünk. Ebben a fejezetben ezzel foglalkozom.

Az egészségügyi rendszer részletesebb vizsgálatához először tekintsük át magát a rendszert közgazdasági megközelítésben:

Az egészségügyi szolgáltatások „termelési” folyamatához inputokra van szükség, melyek körébe az ipari termelésben is jellemző tényezőkön túl (munkaerő, gépek, berendezések, anyagok, struktúrák) a páciensek is tartozni fognak. Mivel a beteg önmaga is jelentős befolyásoló tényező lesz az ellátási folyamatra és annak eredményére nézve is, így nehézkes megítélni a rendszer valós teljesítményét. További probléma, hogy a „teljesítmény” fogalma sem egyértelmű, hiszen megközelítéstől függően az egészségi állapoton, mint értékelési kritériumon kívül számos más kritérium, vagy azok kombinációja is használatban lehet. A teljesítmény értékelésében a lehetőségek ilyen sokfélesége jelentős probléma, a teljesítmények egyértelmű mérését és annak a dolgozók felé történő azonnali visszacsatolását célul tűző karcsú rendszer számára.

Az egészségügyi ellátás másik jelentős problematikája a „vevő” személyének meghatározása, illetve ebből következően a „vevői érték”, mint a karcsú menedzsment kiinduló tételének azonosítása. Ennek okait (melyek elsődlegesen az egészségügy sajátos finanszírozásából adódnak) a későbbiekben mutatom be részletesen.

A továbbiakban az egészségügyi szolgáltatásoknak azt a három lényeges jellemző-csoportját vizsgálom meg, amelyek jelentős befolyással lehetnek a karcsú menedzsment adaptálhatóságára. Ez a három legfőbb jellemző-csoport:

1. Az egészségügyi tevékenység szolgáltatás és nem termelés.
2. A kórházak túlnyomó többsége (Magyarországon) költségvetési intézményként működik.
3. A kórházak, mint professzionális szolgáltató szervezetek működnek (Mintzberg, 1979).

Ezt a három különböző jellemzőt részletesebben a következő alfejezetekben fejtem ki.

2.3.1. Kórházi ellátás, mint szolgáltatás

A szolgáltatási folyamatok általában az alábbi fő eltéréseket mutatják a termeléshez képest (Morris – Jonhston, 1987, Chikán, 2003):

- A szolgáltatás eredménye nem tárgyasul,
- A szolgáltatás eredménye nem készletezhető, azaz az eredmény létrehozása és elfogyasztása egybeesik,
- A vevő részt vesz a folyamatban,
- A folyamatok bizonyos része a fogyasztó előtt történik, míg mások láthatatlanok számára.

Természetesen ez a megkülönböztetés a tiszta termelés és a tiszta szolgáltatás esetére érvényes. Az egészségügyi szolgáltatások, ezen belül a kórházi kezelés csaknem definíciószerűen kimeríti a „tiszta szolgáltatás” kategóriát. Ebből következően sok más, szolgáltatással ellentétben rendelkezik a szolgáltatások fentebb leírt jellemzőivel:

- A szolgáltatás eredménye nem tárgyasul, hiszen az ellátás központjában emberek állnak, míg az anyagok áramlása másodlagos jellegű. (Bertrand – de Vries, 2007)
- A szolgáltatás eredményeként elérendő végállapot csak nehezen, illetve pontatlanul definiálható előre. (Bertrand – de Vries, 2007)
- Amiatt, hogy a szolgáltatás eredménye nem készletezhető, a szolgáltatást nyújtó szervezetnek fel kell készülnie a változó terhelésre, hiszen az igények felmerülése (gyakran) nem tervezhető, illetve (gyakran) azonnali ellátást igényel. A karcsúsítás céljai segítik ennek a problémának a feloldását, hiszen a rendszer rugalmasságának növelésével egyre inkább képes lesz megbirkózni ezzel a speciális kihívással is. (Ghosh – Sobek, 2006).
- Ugyanakkor a változás célpontjának megválasztásakor el kell különíteni azokat a folyamatokat, ahol jelentős változékonyság jellemző azokról, ahol gyakran ismétlődő tevékenységeket végeznek. Kutatások során

tapasztaltak bizonyították, hogy az egészségügyi ellátásban számos ismétlődő folyamat található, amelyek esetében logikus a karcsú elvek alkalmazása (Ghosh – Sobek, 2006).

- Mivel az átalakítási folyamathoz kapcsolódóan kiosztott feladatok jelentős többletterhelést jelenthetnek a napi rutinfeladatok mellett, a dolgozók tehermentesítéséről gondoskodni kell (Fillingham, 2007).
- Mivel az egészségügyben jellemzően a páciensen hozzák létre a változást, ezért lényeges a karcsú elvek és eszközök megfelelő értelmezése és kommunikációja. A személyzet részéről ui. érthető az a felvetés, mely szerint érző emberek és nem autók a folyamatok tárgyai. (Fillingham, 2007; Radnor et al., 2006).
- A szolgáltatások esetében a minőség értelmezése jelentősen eltér az iparban megszokottól, hiszen itt nem csak az eredmény kerül értékelésre, hanem a szolgáltatásnyújtási folyamat is (Parasuraman et al., 1985).

A szolgáltatások jellemzőiből adódó különleges tervezési követelmények áttekintése után áttérek az egészségügy másik jellemző tulajdonságára: a szolgáltatást igénybe vevő és az ellátást finanszírozó személyének szétválására.

2.3.2. A „vevő” értelmezésének nehézségei

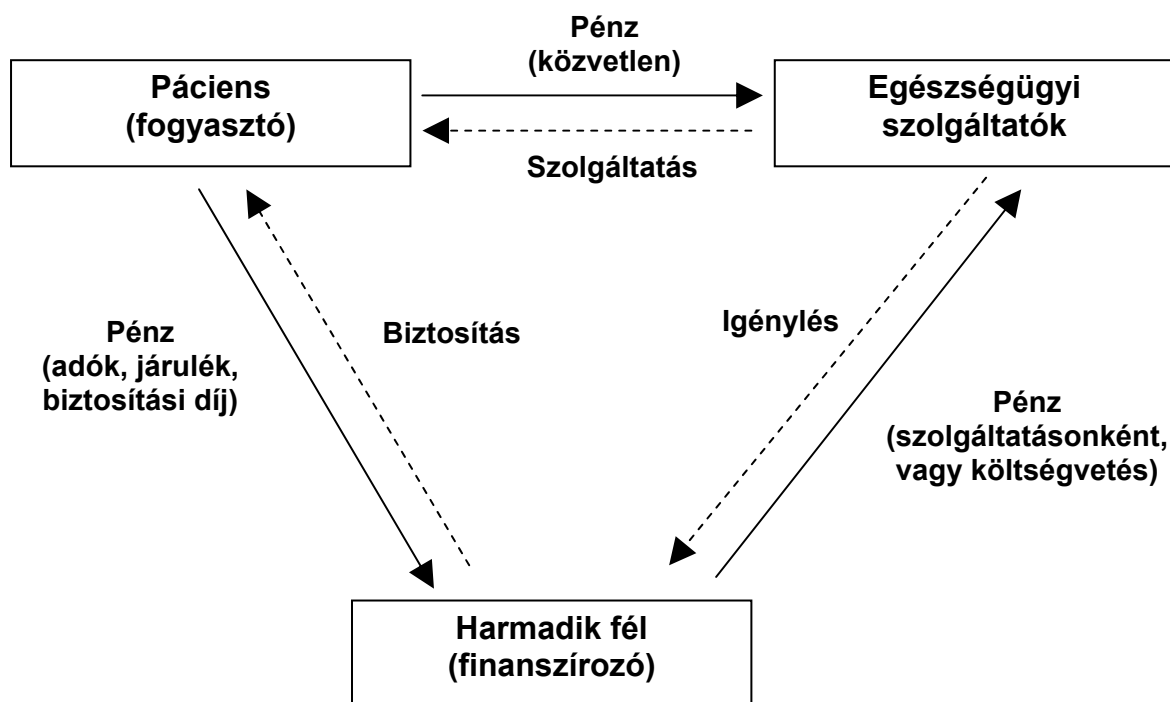
A karcsú gondolkodás öt lépésének kiinduló eleme a vevői érték meghatározása. A Toyota esetében egyértelműen meghatározható a termék felhasználója, így a vállalat előnyös helyzetben van, ha a fogyasztó igényeit akarja meghatározni.

Az egészségügyi ellátás esetében azonban nem egyértelmű, hogy kinek a számára teremt értéket a szervezet, ki a „vevő”. Pl. az egészségügynek el kell látnia cselekvőképtelen (döntésképtelen) egyéneket is. Ebből következik, hogy a finanszírozó (aki fizet a szolgáltatásért), a fogyasztó, illetve a fogyasztó sorsáról döntéseket hozó személy szétválik, így háromfelé bomlik a mikroökonómiai fogalmak szerinti „vevő” (Kornai, 1998). Tovább bonyolódik a kép, ha megemlíjtük az intézményeket fenntartó önkormányzatok, az adófizető állampolgárok akaratát képviselő kormányzat (minisztérium) és a közvetlen szabályzó szervek szerepét is.

A pénzügyi érintettség ellenére a szolgáltatást igénybe vevő (páciens), aki a szervezet teljesítményét (bizonyos szinten) képes megítélni, a szolgáltatás ellenértékének csak bizonyos részét téríti meg, ha egyáltalán fizet érte közvetlenül. Tehát a szolgáltató teljesítménye és a szolgáltatás ellenértéke elválik egymástól, ami a visszacsatolást nehezíti meg. Így nehezen ragadható meg a „vevői érték” lényege. Ez a probléma a kutatás egyik alapvető kérdése.

További jelentős eltérés a piaci viszonyokhoz képest az egyén döntési jogkörének korlátozottsága – azaz a páciens nem választhat tetszés szerint (időben és térben korlátlanul) a kínált szolgáltatások közül. A szolgáltatások nem versengenek egymással, nem a páciens igényeinek teljes körű felmérése és kielégítése a cél. Ehhez hozzá tehetjük, hogy az intézmények sem rendelkeznek teljes döntési jogkörrel, hiszen pl. mind a kórházak, mind a finanszírozó szervezetek csak bizonyos korlátok között mozoghatnak. Az egészségügyi szolgáltatók így különösen komplex környezetben működnek (6. ábra).

6. ábra: Az egészségügyön belüli gazdasági viszonyok



Forrás: Orosz, 2003, 202. old.

2.3.3. Az egészségügyi intézmények, mint professzionális szolgáltató szervezetek

A professzionális szolgáltatások (általánosságban beszélve) esetében a szolgáltatás nyújtását olyan magasan képzett dolgozók végzik, akik szaktudásukkal elismerést vívtak ki. A szolgáltatás ezen jellemzőjéből számos további körülmény is adódik

- A „szakember” speciális tudással rendelkezik, teljesítményét csak a terület másik „szakembere” képes megítélni, kívülállók nem (Mills, et al., 1983).
- Az egyéni felelősség a meghatározó (Mills, et al., 1983). A szükséges speciális tudás miatt nincs csoportos felelősség. Ebből következik a karcsúsítás egyik alaptételének, a csoportmunkának nehéz adaptálhatósága.
- Az egyének autonómiája jelentős védelmet élvez. A problémák meghatározása és a megoldások létrehozása csakis önkéntes alapon, külső nyomás nélkül lehetséges (Mills, et al., 1983).

Mindezeket a jellemzőket az egészségügyi szolgáltatásokra értelmezve, azokat konkretizálva a következőket emelhetjük ki:

- Az egészségügyi szolgáltató szervezetek jellemzően több, egymással konkuráló irányító erővel rendelkeznek. Így a döntésekben jelentős szerepet játszik nem csak a menedzsment, de az orvosok csoportja, az ápolók érdekképviselője és vezetői is. Bertrand és de Vries (2007)
- A szolgáltatások kulcsszereplői magasan képzett specialisták (orvosok), akik további szolgáltatások iránti igényt generálnak, és egyúttal maguk is részt vesznek a szolgáltatásnyújtásban. Bertrand és de Vries (2007)
- A kórházi ellátásban léteznek teamek (pl. műtéti team) (Ahlström, 20004), így nem teljesen helytálló a teamek hiányára vonatkozó általános megállapítás. Ugyanakkor a csoportokon belül szigorúan meghatározott szerepek és felelősség jellemző, mely megint csak azt eredményezi, hogy bizonyos kérdésekben egyetlen személy hoz megkérdőjelezhetetlen döntést. (Így pl. az aneszteziológus egyedül dönthet a műtét törléséről).

Az egészségügyi folyamatok karcsúsításánál tehát figyelembe kell venni a szakemberek természetes igényeit, attitűdjét, hogy a változással szembeni

természetesen kialakuló ellenállás ne növekedjék még tovább. Ez feltehetőleg a karcsú rendszer alkalmazhatóságának egyik kulcspontra lesz. Ezért ez egyes professzionista csoportok (orvosok, ápolók) attitűdjének megismerése és figyelembe vétele kiemelkedő fontosságú a kutatás során.

3. A kutatás módszertana és az alkalmazott keretszerkezet bemutatása

Ebben a fejezetben célom, hogy áttekintést adjak a kutatás módszertanáról, valamint arról, hogy miként alakítottam ki azt a kódrendszert, amelyet azután az esetek elemzésének kereteit adja. Végül részletesen is bemutatom a kódrendszer minden elemét.

3.1. A kutatási cél és módszertan meghatározása

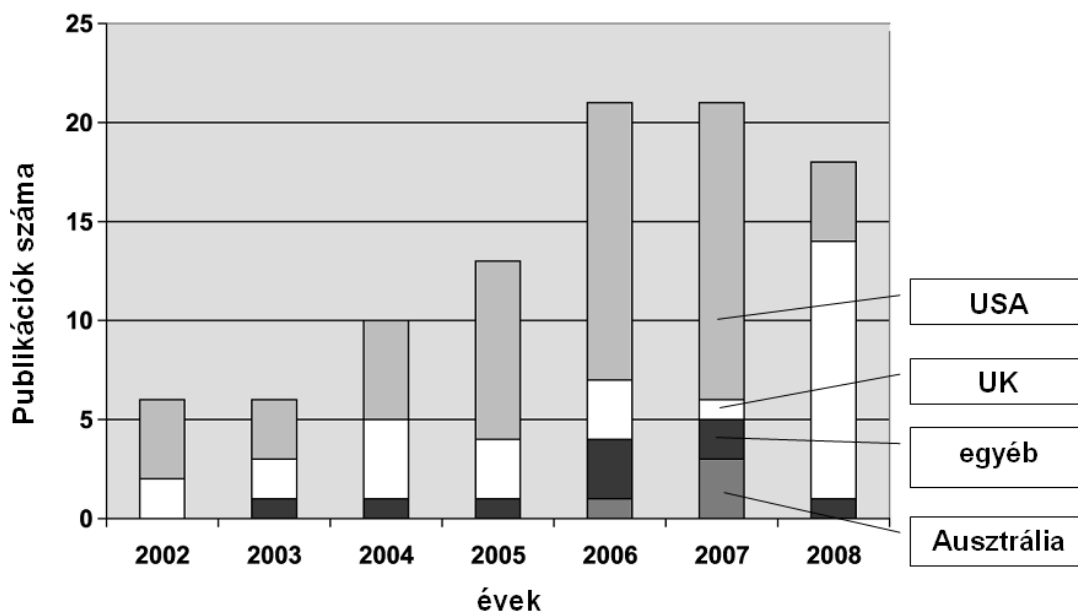
Ebben a fejezetben először bemutatom, hogy milyen indokok alapján döntöttem a korábbi tapasztalatokat szintetizáló kutatási cél mellett, majd leírom a kutatás módszertanát.

3.1.1. A kutatási cél meghatározása

Brandao de Souza (2009) kutatása ma még egyedülállónak számít abban a tekintetben, hogy az egészségügy karcsúsításával foglalkozó tudományos cikkeket szisztematikusan feltárta és rendszerezte. A rendelkezésre álló irodalom áttekintésével 95 „releváns” cikket talált a témában a legnagyobb adatbázisokban (2008 augusztusáig bezárólag, lásd 6. ábra). Az ábrából jól látszik, hogy a karcsúsítás egészségügyben való alkalmazásáról szóló művek 2002-ben jelentek meg a tudományos folyóiratokban, majd számuk 2006-ig bezárólag exponenciálisan nőtt. 2007-ben a publikációk száma stagnált (a 2008-as év nem volt teljes). A szerző kutatásában feltárta a cikkek geográfiai eredetét is. Ezek szerint a cikkek jelentős hányada az USA-ból származik (57%), a második legnagyobb számban a britek publikáltak. Az ő esetükben a 2008-as év igen jelentős mennyiségi növekedést hozott. A cikkek 29%-a származik az Egyesült Királyságból. Az

íráások 4%-a származik Ausztráliából, míg a fennmaradó részen osztozik a világ többi országa, pl. Dánia, Kanada, Svédország (Laursen et al., 2003; Brodt, 2006; Kollberg et al, 2007).

7. ábra: Publikációk számának alakulása 2002-2008, és megoszlásuk országok szerint



Forrás: Brandao de Souza, 2009, 131. old.

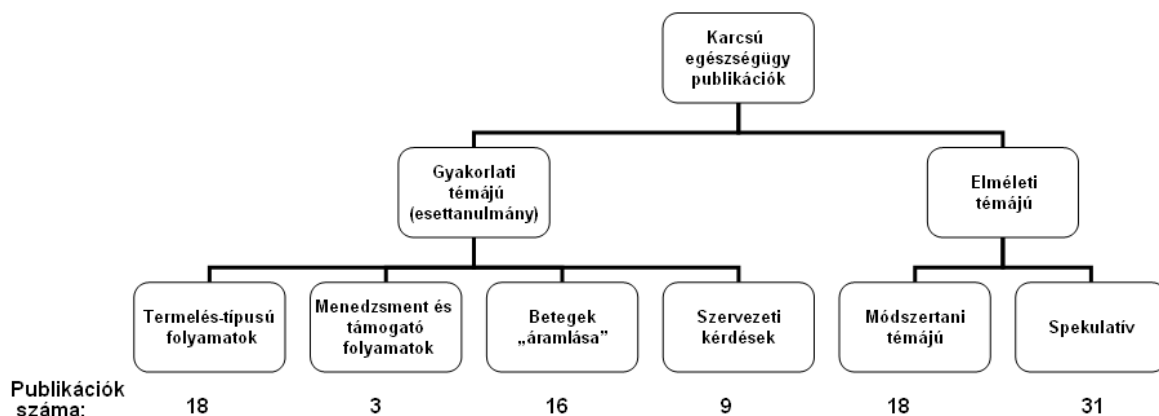
Feltehetőleg Brandao de Souza (2009) munkájában szereplő adat alulbecsli a publikációk valós számát, a szerző maga is megjegyzi, hogy az általa alkalmazott módszertan nem zárja ki, hogy bizonyos íráások kimaradjanak. A szerző feltevését igazolja pl. az a tény, hogy az EurOMA¹¹ által évi rendszerességgel megrendezett konferenciákon elhangzott előadások nem lelhetők fel Brandao de Souza (2009) gyűjtésében. Az említett 95-nél jóval több megjelenésre következtethetünk ha figyelembe vesszük mindazokat a forrásokat is, amelyeknek nem célja a tudományos igényességgel való információközlés. Így a napilapokban (pl. the Minneapolis Star Tribune, Acron Beacon Journal) és az Interneten (www.lean.org; www.ihl.org; www.hpp.bz) számos további írás jelenik meg.

Brandao de Souza (2009) kutatása során tartalmuk alapján 6 csoportba sorolja be az íráásokat a saját maga által kialakított taxonómia szerint (8. ábra). Ennek megfelelően

¹¹ European Operation Management Association (www.euroma-online.org)

a 95 feltárt cikkből 49 volt elméleti jellegű, ezen belül 31 cikk csupán felhívja a figyelmet a karcsúsítás eredményeire (spekulatív), míg a további 18 írásban a szerzők valamilyen támpontot is adnak arra vonatkozóan, hogy hogyan történjék a karcsúsítás (módszertani témájú cikkek). A másik négy csoport közös jellemzője, hogy konkrét eseteket írnak le. Ezen belül 16 cikket talált Brandao de Souza (2009), amelyben a közölt eset a betegellátás folyamatának karcsúsításáról írt, 18 cikk a kórházi működés „termelés-jellegű” folyamatainak (pl. patológia munkája), 3 cikk az igazgatási folyamatok (főleg információáramlás, IT) karcsúsítását írja le. További 9 írás foglalkozott a karcsúsítás szervezeti kérdéseivel.

8. ábra: A karcsú egészségügy témájú irodalom taxonómiája és a publikációk száma kategóriák szerint



Forrás: Brandao de Souza, 2009, 131-132 old. nyomán

Brandao de Souza (2009) cikkében megjegyzi, hogy nincs olyan általa ismert írás, amely a fellelhető források teljes áttekintésének céljával íródott volna. Ebből a szempontból a kutató munkája mindezidáig egyedülálló a területen. A cikk ugyanakkor nem adja a publikációk tartalmának mélységi elemzését, csupán tartalmuk besorolását. Éppen ezért szükséges a megjelent empirikus tapasztalatok rendszerezése.

A tudományos megismerés első fázisa a jelenségek megfigyelése, felderítése. Azaz egy „kialakulóban lévő” területet nagy valószínűséggel, exploratív jellegű kutatásokkal lehet megközelíteni. Számos ilyen kutatásnak kell lezajlania ahhoz, hogy megfelelő mennyiségű információ álljon rendelkezésre a tudományos megismerés

következő lépésének megtételéhez, ahhoz, hogy a kutatott területet átfogóan, sok részeltet bemutatóan lehessen leírni. (Karlsson, 2009).

A kórházi működés karcsúsításával kapcsolatosan viszonylag csekély tudományos ismeret áll a világ rendelkezésére, a megjelent publikációk harmada pedig csupán „spekuláció” (Brandao de Souza, 2009), mely nem feltétlenül segíti a valóság objektív megismerését. Tekintve, hogy az első kórházak feltehetően a 2000-es évek elején kezdtek hozzá a karcsúsításhoz, ez nem is meglepő. Mindezek alapján azonban elmondható, hogy ez a tudományos terület a fejlődés korai szakaszában van, a feltáró kutatások korszakában. Ugyanakkor az egyre növekvő empirikus tényanyag konszolidálására feltétlenül szükség lenne több okból is. Egyrészt a gyakorlati szakemberek informálására, számunkra a kulcspontok kiemelésére. Másrészt a további kutatások hatékonyságának növelése érdekében szintén célszerű lenne meghatározni, hogy melyek azok a területek, amelyekről már sok és egybehangzó tapasztalat gyűlt össze, és melyek azok a pontok, amelyek az ellentmondások, vagy a megfigyelések hiánya miatt még intenzív kutatásra szorulnának.

Mindezek alapján kutatásom célját az alábbiak szerint határoztam meg:

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

A cél elérése érdekében kialakított kutatási módszertant a következő fejezetben mutatom be.

3.1.2. A kutatás módszertana

Az előző fejezetben meghatározott kutatási célhoz, azaz a meglévő ismeretek rendszerezéséhez két lehetséges 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 összegyűjtött, egy-egy esetre vonatkozó információk összegyűjtése minél nagyobb számban, majd ezek értékelése.

Az (1) megoldás az erőforrások rendelkezésre állása mellett sem feltétlenül biztos, hogy eredményeiben a (2) változattól jelentősen eltérne. Ugyanakkor az (1) esetben jobban kontrollálható az adatgyűjtés folyamata, így nagyobb érvényességgel lehet elvégezni a kutatást.

Én a (2) utat választottam – elsősorban az anyagi erőforrások szűkössége miatt. Tisztában vagyok azzal, hogy az esettanulmányok, mint másodlagos források felhasználása során nagymértékben csökken a kutatás (eredményeinek) érvényessége, hiszen a felhasznált információkat nem a kutatás céljainak megfelelően gyűjtötték és írták le, sőt bizonyos esetekben az adatgyűjtési folyamatról is keveset tudunk. Ennek ellenére úgy gondolom, hogy a kutatói társadalom és a gyakorlati szakemberek számára jelentős előrelépést jelentenek ennek a kutatásnak az eredményei is, még ha ellenőrzésre, finomításra szorulnak is. Éppen azért, mert a kiinduló adatok megbízhatósága csak részben ellenőrizhető, nem volt értelme a komoly részletekbe menő és kifinomult elemzési technikák alkalmazásának. Ennek megfelelően pl. nem készítettem részletes elemzéseket az egyes bemutatott tényezők közötti kapcsolatokról.

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 NHS¹² 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 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.

¹² NHS: National Health Service – Nemzeti Egészségügyi Szolgálat

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.

A kutatás eredményeinek általánosíthatóságával kapcsolatosan felvetődik a kérdés, hogy a profitorientált, illetve a nonprofit kórházak működési logikájukat tekintve mennyire térnek el egymástól. Vajon eltérnek-e a karcsúsításhoz kapcsolódó tényezők attól függően, hogy melyik típusú szervezetet kutatjuk? Habár intuitív módon feltehető, hogy a működés egyes céljai, így a profithoz való viszony (profitorientált, vagy non-profit) jelentős hatással lehetnek a fejlesztésekre, Yasin et al. (2002) kutatásai azt mutatják, hogy ez nem így van. Az USA-ban, **Tennessee állam kórházainak megkérdezése alapján az egyes, az iparból átvett fejlesztési programok alkalmazási**

gyakoriságában és eredményeiben jelentkező különbségeket nem magyarázza a kórházak profithoz való viszonya, sokkal inkább a kórházak mérete. Ezt az eredményt támasztja alá az a tény is, hogy a kiemelt forrásokban a szerzők nem tesznek egyetlen utalást sem arra vonatkozóan, hogy a fejlesztések összefüggésben lennének a profitcélokkal. Mindezek alapján a kutatásom további részében nem tulajdonítok kiemelt jelentőséget a kórházak profitorientációjának.

A továbbiakban az alapirodalomnak tekintett a műveket mutatom be részletesen, majd pedig leírom a bennük foglaltak összegzésének eredményét, kiegészítve azt a további irodalmak kapcsolódó információival, nézeteivel.

3.2. A téma alapirodalmának bemutatása

A következőkben a négy, általam „kiemelt” irodalmat mutatom be. Ezek mindegyikére jellemző, hogy a karcsúsítással kapcsolatosan olyan tényeket, összefüggéseket mutatnak be, amelyek háttérében nem csupán egy, hanem számos eset áll.

Spear (2005) cikkében az USA kórházaiban szerzett saját karcsúsítási tapasztalatairól számol be, elsősorban az általa javasolt megközelítésben. Radnor et al. (2006) írása a skót közsféra intézményeiben lefolytatott karcsúsító programok tapasztalatait összegzi. A következő cikkben Proudlove et al. (2008) munkáján keresztül azokat a tapasztalatokat mutatom be, amelyek szintén az NHS-hez kapcsolhatók, ám egy másik, a karcsúsításhoz hasonló fejlesztési módszertan, a hat szigma kísérleti alkalmazása során nyertek. Végül Young professzor tapasztalataival (Young – McClean, 2008) ismerkedhettünk meg, aki éveken át követte nyomon az NHS erőfeszítéseit a kórházi folyamatok karcsúsítására.

Az általam ekképpen kiemelt négy cikk főbb jellemzőit a 3. táblázatban összegeztem.

A táblázatban szereplő információk alapján máris tehető néhány észrevétel. A felsorolás rövideége önmagában is jelzi a témával kapcsolatos ismeretek hiányos voltát. A táblázatból továbbá kiderül, hogy a leírt tapasztalatok gyakorlatilag csak az USA és az Egyesült Királyság (UK) kórházaiból, klinikáiról származnak, azaz közvetlenül semmit nem mondanak a világ többi részén működő kórházakról.

3. Táblázat: A kutatási téma alapirodalmának jellemzői

Hivatkozás	Téma	Információ jellege	Megfigyelt szervezetek	Helyszín
Spear, 2005	Kórházi tapasztalatok a Spear által javasolt 4 lépéses módszer alkalmazására	Szakértői tapasztalat, vélemény	For-profit és non-profit kórházak és klinikák	USA
Radnor et al., 2006	Karcsúsítási tapasztalatok a közszférában	Módszeres kutatás eredménye	Központi kormányzati, önkormányzati és egyéb non-profit szolgáltatók (kórházak is).	Skócia
Proudlove et al, 2008	NHS-en belüli hat szigma tapasztalatok vonatkozásai a karcsúsításra	Kutatási eredmények, következtetések	NHS kórházai	Egyesült Királyság
Young - McClean, 2008	Karcsúsítási törekvések és tapasztalatok az NHS-en belül	Szakértői tapasztalat, vélemény	NHS kórházai	Egyesült Királyság

Forrás: saját készítésű táblázat

Az táblázatból az is jól kitűnik, hogy a meglévő tudás korlátozott, ráadásul ennek a háttérét felerészben szakértői vélemények adják (melyek feltétlenül értékesek, azonban nem helyettesítik a módszeres kutatásokat), vagy a kutatás fókuszában nem a kórházi folyamatok karcsúsítása állt. Így Radnor et al. (2006) kutatásában a kórházak csak kis számban vettek részt, Proudlove et al. (2008) kutatásában pedig a hat szigma módszertan alkalmazását vizsgálták.

3.2.1. A karcsúsítás kórházi alkalmazásának tapasztalatai az USA-ban (Spear, 2005)

Kutatásom szempontjából legnagyobb jelentőségű források bemutatását a Harvard Business Review (HBR) 2005. szeptemberi számában megjelent cikkel kezdem, mely szerzője Steven J. Spear. Ez az írás jelentős hatást gyakorolt mindazokra a kutatókra és szakemberekre, akik az egészségügyi szolgáltatások fejlesztésével, karcsúsításával foglalkoznak. A cikk pozitív fogadtatását a szerző személye előre vetítette; Steven J.

Spear korábbi publikációi is jelentős figyelmet és elismertséget kaptak. Így a HBR hasábjain 1999-ben megjelent cikk, „Decoding the DNA of the Toyota Production System”¹³, melynek társszerzője Kent H. Bowen volt, valamint a szintén a HBR-ban 2004 májusában megjelent írása: a „Learning to lead at Toyota”. Steven J. Spear korábbi írásaiból kiderül, hogy éveken keresztül a gyakorlatban a Toyota üzemeiben tanulmányozta az autógyártó termelési rendszerét. A kórházi ellátás karcsúsítással kapcsolatos írását öt év során az USA számos kórházában lefolytatott projekt követése és az abból nyert tapasztalat alapozta meg. Minderről a szerző maga számol be cikkében. Habár itt nem egy módszeresen megtervezett és kivitelezett kutatás eredményeinek bemutatásáról van szó (így a megbízhatóságot nehéz megítélni), hanem „szakértői” tapasztalatok leírásáról, ezek számos helyszínen, számos fejlesztés eredményeként álltak elő, s ezeket a szerző cikkében gazdagon illusztrálja az esetek egyes részleteivel, így vizsgálatom szempontjából ezeket a tapasztalatokat fontosnak és hitelesnek fogadom el. A cikk jelentőségét emeli, hogy elsőként hívja fel a figyelmet a témára egy nagy presztízsű menedzsment folyóiratban.

Spear (2005) cikke tulajdonképpen egy eszköztár alkalmazását és eredményeit írja le (Spear kifejezését alkalmazva „szervezeti képességek kifejlesztéséről” (82. old.)). Az eszköztár mögött egyértelműen a **Toyota termelési rendszer DNS**-eként azonosított (Spear – Bowen, 1999) elvek állnak, némileg átalakítva. Az eredeti szövegben szereplő négy szabályból három a dolgozók tevékenysége, az emberek közti kommunikáció, és általában a folyamatok egyszerűségét és szabályozottságát írta le, csupán a negyedik szabály vonatkozott a problémák megoldására. Ugyanakkor maguk a szerzők kiemelik, hogy mind a négy szabály hozzájárul a problémák gyors felismeréséhez és azok elhárításához, hipotézisek felállítása és tesztelése által. Spear – Boven (1999) maga is hangsúlyozza, hogy ezek az elvek tulajdonképpen a Toyota töretlen fejlődése mögött álló szervezeti tanulás képességét (Fujimoto, 1999) ragadják meg. Spear (2005) cikkében egy új négyes szabályt állít fel, melynek első pontja szól a tevékenységek, folyamatok szervezéséről csupán, míg a további három a problémák feltárásáról, megoldásáról, az új megoldások terjesztéséről és végül a tanulási képesség kiépítéséről:

1. Az egyes tevékenységeket kísérletek sorozataként fogjuk fel és tervezzük meg. Azaz minden feladat elvégzését a legapróbb részletekig

¹³ A cikk magyarul is megjelent „A Toyota termelőrendszer DNS-ének megfejtése” címmel a Harvard Business Manager, 2004. augusztusi számában.

megtervezzük az egyértelmű eredmény érdekében. Ha a tervezett folyamat nem tartható be, vagy az eredmény eltér a tervezettől, az egyértelműen jelzi a probléma jelenlétét.

2. A probléma jelenlétének észlelésekor annak okait azonnal részletesen elemezzük, illetve megszüntetjük. Ez biztosítja, hogy legközelebb ebből az okból kifolyólag ne fordulhasson elő fennakadás.
3. A működő megoldásokat más területeken is felhasználjuk, de nem pusztán másolással, hanem tapasztalt szakemberek bevonásával, a más területeken zajló problémamegoldásba.
4. A rendszer fenntartása érdekében a folyamatok pontos megtervezésére, leírására, a problémák elemzésére és megoldására vonatkozó tudásukat a tapasztaltabb kollégák oktatáson, mentoráláson keresztül átadják a fiatalabb kollégáiknak.

Spear tehát a szervezet által kiépítendő kísérletező képességeken keresztül látja elérhetőnek a Toyotához hasonló „működési kiválóságot” (82. old.) Ilyenformán eltér a Womack – Jones féle öt alaplépés logikájától, habár kétségtelenül felfedezhető kapcsolat a két irányzat között. (Érdemes megjegyezni, hogy Spear nem használja a „lean”, azaz „karcsú” kifejezést.).

Az előzőekben leírt négy szabály, gyakorlati alkalmazásához kapcsolódóan Spear (2005) először hatásosan bemutatja az USA kórházaiban előforduló hibák jellegét és számosságát. Ezt követően magyarázatot ad ezek okaira; mely szerint a bonyolult rendszerek és folyamatok felelősek elsősorban a hiányosságokért, valamint a tény, hogy a jelenlegi helyzetben a szervezet még nem rendelkezik a gyors problémafeltárás és megoldás képességével, ezért a dolgozók a problémákat megkerülni kényszerülnek. Ez a viselkedés azonban nem segít megoldani a hiányosságokat, inkább állandósítja azokat.

Spear (2005) a cikkben ezen túl számos értékes tapasztalattal, következtetéssel szolgál az általa javasolt újszerű működési modellre való átállás időszerűségletével, a változások térbeli kiterjedésével kapcsolatosan. A szerző nagy hangsúlyt fektet az általa javasolt megközelítést követő kórházak, osztályok eredményeinek bemutatására, melyek kétség kívül impozánsak.

3.2.2. A karcsú megközelítés alkalmazásának vizsgálata a közszférában (Radnor et al., 2006)

Példát a karcsúsítás tapasztalatainak bemutatására és azok összefoglalásra az üzleti szférán kívüli esetekre csak néhányat ismerünk. Az egyik ilyen kutatást Zoe Radnor vezetésével, a skót államigazgatás megrendelésére, a Warwick Business School szakemberei végezték 2005 augusztusa és 2006 márciusa között. A kutatás célját a vezető kutató a következőképpen foglalta össze: *„A karcsú menedzsment közszolgáltatások területén való bevezetésének értékelése, és annak eldöntése, hogy alkalmas eszköznek tekinthető-e a folyamatos fejlesztés kultúrájának meghonosítására”* (Radnor et al., 2006, 1. old.). Ez a kutatás szempontjából kiemelkedőnek tekinthető hiszen:

1. képet alkotott a karcsú elveknek az üzleti életen kívüli alkalmazhatóságáról, és
2. mindezt egy szélesebb körben végzett kutatás alapján tette, mellyel a kutatási eredmények általánosíthatóságát biztosította,
3. a kutatás módszertani leírása és eredményei részleteiben is hozzáférhetőek, így azok érvényessége, megbízhatósága, általánosíthatósága értékelhető.

Eredményei ennek megfelelően alapul szolgálhatnak minden további, nem üzleti alapon működő szervezet karcsúsítására vonatkozó kutatáshoz. Ebben az esetben azonban a kórházakon túl számos más, a közszférához tartozó intézménynél is vizsgálták a karcsúsítás körülményeit, így az csak részben fed át saját kutatásom fókuszával. Mindezek okán a következőkben bemutatott eredmények elsősorban kiindulópontként szolgálnak kutatásomhoz.

A vizsgálat több részből tevődött össze. Kérdőíves felmérés (24 intézmény - 3 egészségügyi területről), esettanulmányos kutatás (8 eset - 2 egészségügyi) és próbatanulmányok készítése (3 helyszín - 1 kórház).

A zárótanulmányban a szerzők a vonatkozó irodalom áttekintése után megállapítják, hogy a karcsúsítás kétség kívül a Toyota termelési rendszerén alapszik, a mögöttes elvek összefoglalásaként Womack –Jones (1996) munkáját fogadják el, a karcsúsítás fogalmi kereteit pedig Hines et al. (2004) nyomán jelölik ki.

A kutatás eredményei szerint a karcsúsítást elsősorban külső okok miatt kezdték meg a szervezetek, céljuk pedig jellemzően a minőségjavítás, az ügyfél elégedettség javítása, a folyamatok fejlesztése volt. A karcsúsítás kivitelezése során két megközelítésmód volt jellemző, amelyek jól kapcsolhatók a rövid- és a hosszú távú szemlélethez. A karcsúsításhoz az egyes szervezetek a karcsúsítás alapelveiből indultak ki, azonban az iparban megszokott eszközöknek csak kis hányadát használták. Az elért eredmények ugyanakkor biztatóak, javult a szolgáltatási minőség, a vevői elégedettség és a folyamatok hatékonysága is. A sikertényezők a karcsúsítás esetében is hasonlóak a bármely változás menedzselésekor jellemzőekhez, a többlet elvárást a karcsúsításhoz kapcsolódó filozófiai elemek elfogadtatása jelenti. A buktatók közül kiemelkedő a közsféra intézményeinek lassúsága a változásban az ipari szereplőkkel való összehasonlításban.

A kutatás eredményeit a vezető kutató az alábbiak szerint foglalta össze:

„A skót közsférában végzett kutatások eredményei, valamint az irodalmi forrásokban fellelhető evidenciák alapján kijelenthető, hogy a lean [karcsú menedzsment] átvihető a közsférába, használható a problémamentes folyamatok létrehozásához, az áramlás javításához, a pazarlások csökkentéséhez és a vevői érték megértéséhez. A lean olyan szervezetekhez illeszkedik a legjobban, ahol gyakran ismételt, nagy számban előforduló folyamatok a jellemzőek, mert ezek esetében inkább lehetséges a standardizáció és az integráció, és ahol mindehhez egy lapos szervezeti hierarchia kapcsolódik, amely lehetővé teszi a dolgozók felhatalmazását és bevonását az átalakítási folyamatba.” (Radnor et al., 2006, 5. old).

A kutatási eredmények felhasználása előtt fontos értékelni azok érvényességét, megbízhatóságát és általánosíthatóságát. Miután a kutatás menetét a szerzők pontosan dokumentálták és azt tanulmányukban közzé is teszik, így ennek a kutatásnak az esetében lehetséges erről véleményt mondani (a további három irodalom esetében azonban nem). A kutatók több kutatási módszert is alkalmaztak. A felmérés kezdeti fázisában nagyobb számú intézményt kerestek meg kérdőívekkel, majd a kapott válaszokat statisztikai elemzésnek vetették alá. Itt a rögzített kérdések a megbízhatóságot egyértelműen növelik, ugyanakkor a kitöltő személyétől függhet a válasz, mely csökkenti a megbízhatóságot. A kérdőíves megkérdezés ugyanakkor az

érvényességre lehet negatív hatással, ezt a kérdőívben nyitott kérdések megfogalmazásával ellensúlyozták. A kutatás során esettanulmányok készítésére és pilotprojektek indítására is sor került. Ezek a módszerek a kutatás érvényességét jelentősen növelték. A kutatási eredmények reprezentatív általánosíthatósága a skót közintézmények körére korlátozott. Az analitikus általánosításra azonban számos megállapítás alkalmas (Yin, 1994).

3.2.3. Mit üzennek a hat szigma alkalmazások tanulságai a karcsúsítást tervezőknek? (Proudlove et al., 2008)

A kutatásom szempontjából lényegesnek ítélt források bemutatását olyan cikkel folytatom, mely szintén az NHS tapasztalataira épít, azonban nem közvetlenül a karcsúsítást vizsgálja, hanem az ahhoz közel álló hat szigma módszertan tapasztalataiból von le következtetéseket, fogalmaz meg ajánlásokat. Proudlove és társai az NHS Modernizációs Ügynökségének (Modernization Agency – MA) úgynevezett Six Sigma Green Belt¹⁴ (GB) programja során gyűjtött tapasztalatokból indultak ki. A GB program célja hat szigma módszertan lehetőségeinek tesztelése volt az NHS kórházaiban a szolgáltatásnyújtás fejlesztésére; *„Úgy tűnt, a hat szigma egy módszeres megközelítéssel szolgál, a problémák mélyen meghúzódó gyökereinek feltárására való összpontosítást, és több bizalmat arra vonatkozólag, hogy a változások a kívánt eredményeket meghozzák.”* (28. old.). Ez a program tehát céljaiban megegyezett a jelenleg érvényben lévő fejlesztési programmal, mely azonban a karcsúsítást tekinti vezérelvének. A módszertanoknak cseréje nem véletlen műve, az MA GB programja során nyert tapasztalatok ehhez nagyban hozzájárultak. A program során 50 dolgozó kapott első szintű (GB) hat szigma kiképzést, majd 14 projektet indítottak el és gyűjtötték össze a tapasztalatokat. A cikkben ezeket a tapasztalatokat írják le a szerzők, majd a hat szigma és a karcsúsítás jellemzőinek összevetése után felhívják a figyelmet a karcsúsítás alkalmazása szempontjából kulcsfontosságúnak ígérkező területekre. Ezeket mutatom be röviden a továbbiakban:

¹⁴ A hat szigma módszertan a fejlesztéseket szakértők segítségével valósítja meg. A szakértők tudásának, tapasztalatának megkülönböztetésére alkalmazzák a harcművészetektől kölcsönzött hierarchia rendszert. A hat szigma területén az egyes szintek az alacsonytól a magasabb irányába: zöld öv (green belt – GB), fekete öv (black belt) és fekete öves mester (master black belt).

- A mintaprojektek résztvevői az általuk fejleszteni kívánt folyamatokkal kapcsolatosan jellemzően úgy nyilatkoztak, hogy azok annyira instabilak és kaotikusak, hogy leginkább egy teljes átalakításra lenne szükségük, nem fejlesztésre. Ez a helyzet várhatóan hasonló akkor is, ha a karcsúsításról lesz szó.
- A hat szigma feltételezi a meglévő folyamatok működését, ezért „csupán” azok fejlesztésére törekszik. Mivel az NHS kórházaiban a folyamatok felépítésével is sok gond volt, így ezt a kiindulópont gyakran túl szűk látókörűnek bizonyult. A programban résztvevők szükségesnek ítélték egy átfogóbb elemzésből építkező (pl. folyamatokat értékelő) fejlesztő módszertant.
- Az ellátás komplexitása, a folyamatok nehéz azonosíthatósága mellett, jelentősen megnehezítette a „vevői érték” meghatározását. Ez ugyanakkor a karcsúsítás számára egy kulcskérdés, hiszen az „érték” meghatározása a karcsúsítás kiindulópontja. Az „érték” definiálásához valamilyen egyensúlyt kell találni a különböző érintettek (betegek, orvosok, menedzserek, szabályzó hatóságok, stb.) érdekei között.
- Problémaként merült fel a hat szigma alkalmazásánál, hogy a fejlesztési programok nem kapcsolódtak a kórházak stratégiai céljaihoz, vagy ezek nem lettek kimondva. Ez a hiányosság a résztvevők részéről a projekt céljainak elfogadását hátráltatta. A karcsúsítás esetében az NHS-en belül csupán egyetlen eset ismert, ahol a fejlesztéseket kimondottan is egy stratégiai szintű rendszerben valósítják meg. A többi kórházban ezek a fejlesztések helyi célokat követnek, de legfeljebb taktikai szintűeket. Ez azonban a fejlesztési eredmények gyors avulása és a visszarendeződés veszélyét hordozza magában. A túl sok lokális kezdeményezés pedig a fejlesztéshez rendelkezésre álló erőforrások szétforgácsolódásához vezethet.
- A kezdeti állapot (kaotikus folyamatok) miatt, tulajdonképpen bármilyen fejlesztési eszköz drámai javulást eredményezhet rövid távon. Később azonban, amikor a folyamatok egy bizonyos színvonalat már elértek, nehezen lesz fenntartható a további fejlődés. Pl. a karcsúsításban jelenleg uralkodó megközelítés, mely csak a beteget szempontjából határozza

meg az értéket, nem lesz feltétlenül fenntartható, ha az egészségügyi ellátás finanszírozásának teljes problémakörét is figyelembe vesszük.

- A hat szigma feszes módszertana az egészségügyi dolgozók számára túlonatúl nehézkesnek bizonyult. A karcsúsításnak ezért egyensúlyoznia kell a túlságosan precíz módszerek és az NHS korábbi fejlesztési törekvései során tapasztalt felületesség között. A karcsúsítás során tehát fontos a módszerességhez való ragaszkodás, azonban az alkalmazott fejlesztési eszköznek alkalmazkodnia kell a projektben résztvevők képességeihez, elvárásaihoz.
- Gyakran érte kritika a hat szigmát a bonyolult, az egészségügyi gyakorlattól idegen nyelvezete miatt is. A karcsúsításnak tehát igyekeznie kell ebben is közeledni a mindennapi gyakorlathoz.
- Az egészségügyi szolgáltatás igen komplex ahhoz, hogy egyetlen nézőpontból vizsgálva megtaláljuk a legjobb megoldásokat. Ezért bármilyen fejlesztési programba is kezd egy szervezet, törekednie kell a problémák, jelenségek minél több szempontú megértésére. A hat szigma alkalmazásánál felmerült a vád, hogy az emberi tényező nem kap kellő figyelmet. Mivel a karcsúsítás kapcsán is gyakorta kerül elő ez a vád, a fejlesztési programok vezetőinek nagy hangsúlyt kell fordítaniuk ennek ellensúlyozására.
- A hat szigma fejlesztések során a projektvezetők számára gyakran okozott nehézséget a fejlesztő csoportok összeállítása, együtt tartása. Ennek leggyakoribb okai a fizikai távolság volt, illetve a csoporttagok ismereteinek, képességeinek sokszínűsége. A karcsúsítás során tehát javasolt a fejlesztőcsoport összeállításánál ezekre a tényezőkre különös figyelmet fordítani.
- Mivel a kórházak dolgozói még nem rendelkeztek elegendő tapasztalattal a hat szigma módszertanával kapcsolatosan, így a külső szakértői segítségre nagy szükség volt a projektek során. Várhatóan a karcsúsításhoz hasonlóan szükséges lesz külső segítség igénybe vétele.

Mindezek a tapasztalatok egyértelműen jelzik, hogy az egészségügyi (kórházi) ellátás sok szempontból különbözik az ipari tevékenységektől, sőt más szolgáltatásoktól

is. A különbözőség pedig nem elsősorban abból adódik, hogy a beteg részt vesz a folyamatban, hiszen ez sok más szolgáltatásnak jellemzője is. Sokkal inkább **a rendszer komplexitása a megkülönböztető sajátosság, az „ügyfél” azonosításának nehézsége, a „folyamatok” azonosíthatatlansága, átláthatatlansága.** Mindezekből következik, hogy bármely fejlesztési programnak figyelembe kell vennie ezeket a sajátosságokat. A fentiekből következik, hogy csak olyan fejlesztési program lehet sikeres hosszú távon, amely képes átfogóan értelmezni a teljes rendszert, amely képes az összes érintett szerepét felmérni, valamint a rendszer sajátos jellemzőit figyelembe venni.

3.2.4. Általános tapasztalatok és felvetések a kórházi folyamatok karcsúsításával kapcsolatosan (Young – McClean, 2008)

A cikkek sorát T.P. Young és S.I. McClean írásával zárom. A Terry Young professzor az Egyesült Királyság egészségügyi rendszerét és a kórházak karcsúsítási kezdeményezéseit évek óta kutatja. A két szerző cikke Young professzor tapasztalatait tartalmazza (azok módszeres kutatási megalapozásának bemutatása nélkül), illetve irodalmi források alapján felvet néhány igen ésszerű kérdést. A cikkben megfogalmazottakat ezek alapján, mint szakértői véleményt értelmezem, nem, mint empirikusan bizonyított tény.

Írásukban a szerzők elsősorban a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálatnál (NHS) felhalmozódott tapasztalatok, valamint Steven Spear korábbiakban bemutatott cikke alapján az alábbiak szerint összegzik a „karcsú gondolkodás” hatását az Egyesült Királyság egészségügyére:

„Összességében bizonyíték van rá, hogy a karcsúsítást széles körben ismerik, és egyre gyűlnek a bizonyítékok arra vonatkozólag, hogy eredményeket is hoz az alkalmazása, különösen a biztonság, a késések és a költséghatékony ellátás területén.”
(383. old.)

A szerzők további „szakértői” megjegyzései azonban kritikusabb hangvételűek. Ezek szerint az egészségügyben tevékenykedő fejlesztési szakértők tipikusan a saját maguk által kialakított fejlesztési módszertant javasolják ügyfeleiknek, melyek lényegi

eleme azonban a folyamatos fejlesztés Demingtől jól ismert PDCA¹⁵ ciklusa. Sőt később ennél tovább mennek:

„A történelmi tapasztalatok az iparban és az egészségügyben alkalmazott fejlesztési módszerekkel kapcsolatosan keltenek némi aggodalmat azzal kapcsolatosan, hogy amit karcsúsításként üdvözölnek, az vajon tényleg az-e.” (383. old.).

Ezek a kritikák tehát arra hívják fel a figyelmet, hogy nem egyértelmű, hogy milyen módszertannal, milyen alapokra támaszkodva zajlanak fejlesztések a karcsúsítás zászlaja alatt. Mivel az egyes megközelítések módszertana nem ismert, így nem lehet általánosan érvényes következtetéseket levonni azok hatására létrejött változásokból sem. Itt meg kell jegyezni, hogy ezek a kritikák nem mondanak ellent a korábban bemutatott skóciai kutatás (Radnor et al., 2006) eredményeinek, sőt, bizonyos mértékig azzal összeegyeztethetők. Így a kutatási kérdés megfogalmazásánál figyelembe veszem őket.

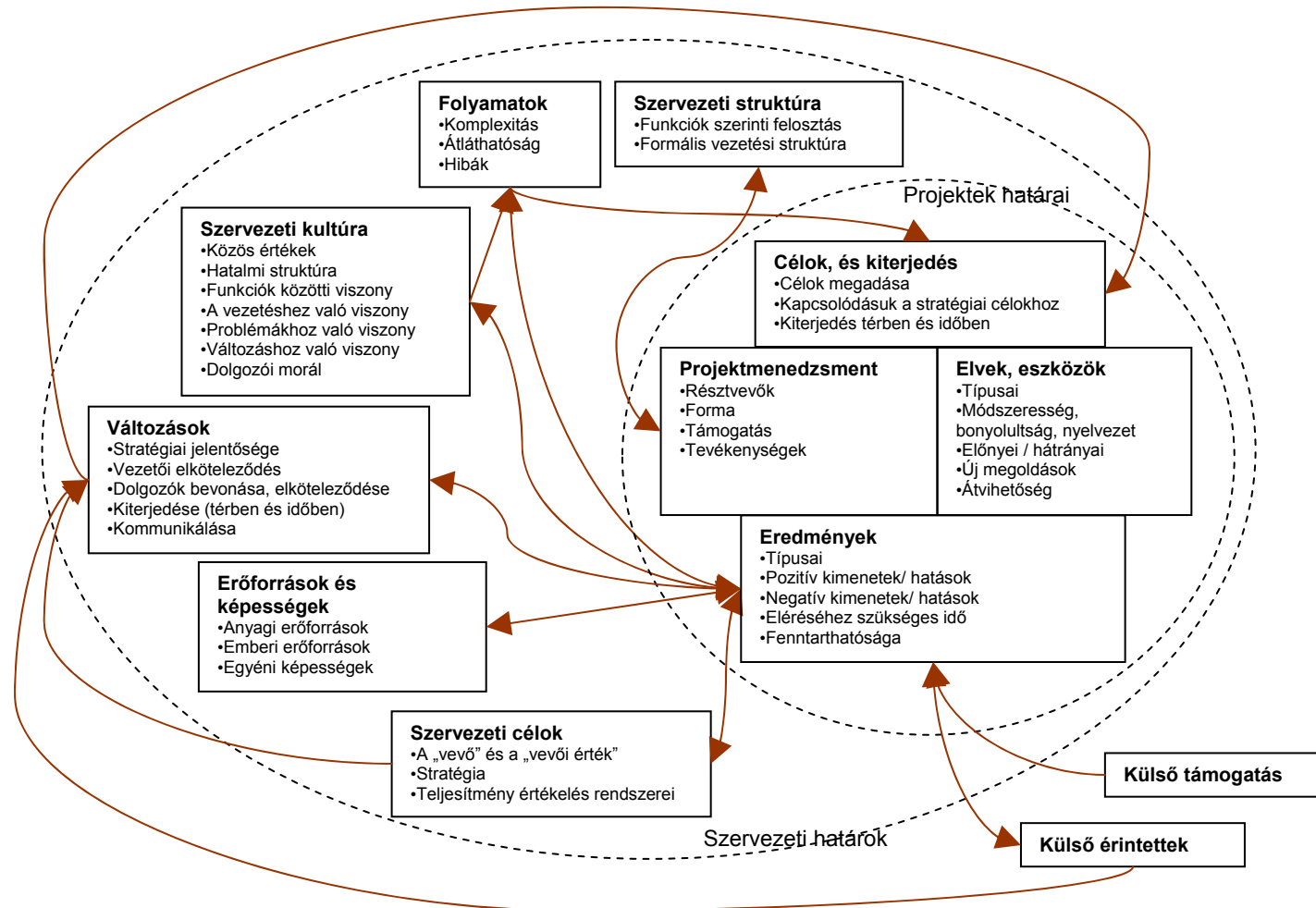
Végül, Young és McClean egy további kritika kapcsán egy igen fontos kérdést vet fel. A tapasztalatok azt mutatják, hogy az egészségügyben a karcsúsítás lefolyását azok a tanácsadók határozzák meg, akik az ipari, illetve más szolgáltatási területeken szerzett tapasztalataikra építenek a területek közötti analógiák alapján. A kérdés azonban, hogy hogyan értelmezik a karcsúsítás egyik alaptételének tekintett „vevői érték” fogalmát az egészségügyi ellátásban. Az ipari illetve a szolgáltatási területekhez viszonyítva ugyanis az egészségügyben egy-egy érték-típusú koncepciónak, mint pl. a „minőség” számos egymással vetélkedő meghatározása létezik. (Young – McClean, 2008). A szerzők aggodalma ezen a területen nem egyedülálló, ezt a kérdést számos más, az egészségügyi folyamatok karcsúsításával foglalkozó kutató veti fel (pl. Burgess et al., 2009; Angelis et al., 2008; Kollberg et al., 2007).

¹⁵ PDCA, azaz Plan (tervezni), Do (megvalósítani), Check (ellenőrizni, hogy a megvalósítás eredménye egyezik-e a tervvel), Act (reagálni az eredmények és a célok összevetése láttán)

3.3. A kutatáshoz alkalmazott kódrendszer bemutatása

Ebben a fejezetben az előzőekben bemutatott, négy kiemelt cikk tartalmának elemzésével, szintetizálásával létrejött képet fogom bemutatni, melyet ütköztetek, illetve kiegészítetek a további, témához kapcsolódó írások megjegyzéseivel, információival. A kiemelt cikkek elemzésével kialakított kódrendszert a 9. ábra mutatja be.

9. ábra: Kórházi folyamatok karcsúsításának tényezői, a tényező-kategóriái és a köztük fennálló kapcsolatok a kiemelt irodalmak alapján



Forrás: saját készítésű ábra

A 9. ábrán látható rendszer tehát az a „térkép”, amely bemutatja, hogy az a négy forrás, amely a kórházi folyamatok karcsúsításáról valamiféle összegző képet volt képes nyújtani, milyen fő témákat érintett, illetve az egyes témák között milyen összefüggéseket írt le. Ez a kép a valóság megfigyelésével, a megszerzett tudás leképezésével, azaz indukcióval jött létre. Az ábrán láthatóak mindazok az alacsonyabb szintű kódok, amelyeket az egyes információkhoz rendelt címkék aggregálásával hoztam létre. Ezeket tartalmuk lényegénél fogva a karcsúsítás tényezőinek nevezek. Ezek a tényezők azután tovább csoportosíthatóak tényező-kategóriákba, vagy röviden kategóriákba. A megfigyelések csoportosításával létrejött kategóriák értelmezése, „továbbgondolása” lehetőséget ad a hiányzó részletek becslésére (dedukció). Ez támpontot nyújthat további kutatások számára új összefüggések, új területek feltárására.

Ez a „térkép” azonban messziről sem teljes, csupán a kiemelt irodalom tudástartalmát hivatott bemutatni. Tisztában vagyok vele tehát, hogy az itt megjelölt kategóriákon kívül számos másik megfogalmazása lehetséges – ez részben nézőpont kérdése is –, sőt az egyes kategóriák tartalma is más lehet. Ezen túl fontos hangsúlyoznom, hogy az általam kialakított kategóriák kialakításában jelentős szerepet játszott a gazdálkodástani tanulmányaim hatása.

Mivel az általam vázolt modell olyan tág kategóriákat tartalmaz, mint „szervezeti célok”, „szervezeti kultúra” melyek önmagukban is külön iskolákkal és jelentős irodalommal rendelkeznek, így ezek részletes leírása, vagy köztük lévő kapcsolatok alapos feltárása nem célom. Kutatásom jelenlegi fázisában csupán, mint rendszerezéshez használt kategóriacímek szerepelnek, melyek tartalmát és a köztük lévő kapcsolatokat a vizsgált források információtartalmából vezetem le.

A kutatások első fázisának eredményét, az esettanulmányok információtartalmának rendszerezéséhez alkalmazandó kódrendszert a 9. ábra alapján az alábbiakban mutatom be részletesen.

Az ábra fókuszában lévő négy kategória sűríti a szakirodalomban a kórházi folyamatok karcsúsítása kapcsán felmerülő információk jelentős részét. Ezek a **karcsúsítás céljai, a karcsúsítás során alkalmazott eszközök, a karcsúsítás eredményei**, valamint karcsúsítási **projekteknak a menedzselése**. Ez a logikailag szorosan összetartozó négy kategória számomra a kórházi folyamatok karcsúsításának

gyakorlati megjelenését, a „**karcsúsító projektet**” jelenti. Pl. Radnor et al. (2006) írásában ez a villámfejlesztő projekt (Rapid Improvement Projekt – RIE). E négy kategória mögött számos más tényező – melyeket szintén kategóriákba soroltam – is áll, amelyek hatást gyakorolnak a „projektekre”, azok céljaira, menedzsmentjére, eszközeire, eredményeire, stb., a projektre magára. Ezek közé a tényező-kategóriák közé soroltam a **kórházi folyamatokat**, azok minden jellemzőivel együtt; a **szervezeti struktúrát**, a **szervezeti kultúrát**; a **szervezeti célokat**, (pl. a „vevői érték” definiálásának módját), a kórházi **erőforrásokat és képességeket**; valamint a **változásokhoz való viszonyt**, azok kezelésének módját. Végül pedig a tényezők kategóriáinak egy harmadik csoportját is elhatároltam. Ebben a **külső érintettek** és a **külső támogatás** kategóriái szerepelnek. A külső érintettek egyrésztől alapvetően meghatározzák a kórházak működési célját és körülményeit (pl. betegek igényei, finanszírozási rendszerek, társadalmi elvárások, kormányzati célok, stb.) és a működés fejlesztésének irányait, lehetőségeit. A szervezet határain kívüli másik tényező-kategóriaként a külső támogatást – első sorban a tanácsadókat – azonosítottam. Ezek akár közvetlenül is képesek a változások megtervezését és lefolytatását befolyásolni. A külső érintettek és a külső támogatás logikailag elkülönül a korábban említett összes kategóriától, amennyiben ezek nem a szervezeten belüli tényezők.

Az említett tényező-kategóriákat a továbbiakban részletesen is bemutatom. A bemutatás sorrendje a karcsúsítás feltételezett logikáját követi. Ennek megfelelően először a szervezeti célokat (vevői igény meghatározása), azok megjelenését tárgyalom. A szervezeti célokra hatással vannak a külső érintettek, így ezt a kategóriát mutatom be másodikként. A szervezet céljainak és valós teljesítményének eltéréséből, azaz a folyamatok „hibáiból” származtathatjuk karcsúsításról, mint változási programról szóló döntést. A változás céljainak a stratégiát kell támogatniuk. A változási program konkrét projekteken keresztül valósul meg. Így a projektek céljai és határai kerülnek kijelölésre, majd a projektmenedzsment segítségével és bizonyos eszközök felhasználásával eredményeket érnek el. A projektek lefolyását, eredményeit meghatározzák a szervezet erőforrásai, kultúrája, struktúrája, valamint a külső támogatás.

3.3.1. Szervezeti célok

A szervezeti célokat (küldetést) nem tárgyalják a kiemelt források. Azonban a stratégia mind a négy írásban megjelenő fogalom, habár a szerzők nem közvetlenül a stratégia megfogalmazásáról beszélnek, hanem a karcsúsítás céljainak a stratégiával való összeegyeztethetőségéről. Mivel a stratégia a küldetésből vezethető le, ezért léteznie kell a szuperordinált célnak is. A téma szempontjából a küldetésből levezethető „vevő” és „vevői érték” fontos.

Számos szakértő szerint a karcsúsítás kiindulópontja a **„vevői érték” feltárása**. Ez a „karcsú gondolkodás” (lean thinking) első lépése (Womack – Jones, 1990). Az egészségügyben azonban a „vevő” és a „vevői érték” értelmezése nem annyira triviális, mint számos más iparágban. Ennek oka a szolgáltatás 2.3. fejezetben bemutatott speciális jellege: a szakértők képesek a beteg állapotát és a lehetséges beavatkozások eredményét megítélni, ugyanakkor egy harmadik szervezet finanszírozza az ellátást. Az egyes felek érdekei ennek megfelelően eltérhetnek egymástól, ugyanakkor egyik fél sincs birtokában a döntéshez szükséges összes információnak (Young – McClean, 2008). A négy kiemelt írás ezt a kérdést különböző súllyal kezeli. Radnor et al. (2006) esetében, miután nem csupán kórházi eseteket kutattak, így a probléma nem merül fel ilyen hangsúlyosan. Proudlove et al. (2008) kiemeli a kérdés fontosságát, és hangsúlyozza, hogy a talán triviálisnak tűnő, „a beteg a vevő” megközelítés hosszú távon nem lehet megfelelő. Az érték több szempontú meghatározásának szükségességét hangsúlyozza Young – McClean (2008) arra hivatkozva, hogy amíg nincs egy átfogó képünk az értékekről, addig nem tudjuk megítélni, hogy bizonyos mértékű pazarlás csökkentése nem vált-e ki nagyobb pazarlást valamely más területen? Itt meg kell jegyezni, hogy Womack – Jones (1996) a saját karcsú-egészségügy koncepciójuk bemutatásakor egyértelműen a beteget tekintik vevőnek – azaz látszólag ellene mondanak Young – McClean (2008) koncepciójának.

Spear (2005) nem tárgyalja közvetlenül a „vevői érték” témát, azonban a projektek leírásánál kiderül, hogy azokat a „hibák” megszüntetése érdekében indították. Spear pl. leírja a LifeCare Hospitals of Pittsburg esetét, ahol bizonyos fertőzéstípusokhoz kapcsolódó halálozási arány az országos jellemző értéket több mint kétszeresen meghaladta. Feltehetően ebben az esetben ez a szakmailag nem indokolható magas fertőzési arány, illetve az ahhoz kapcsolódó jelentős költségek indították a kórház

vezetését a folyamatok tanulmányozására és megváltoztatásra. A kifogásolható szakmai teljesítmény problematikája jelentős hangsúlyt kap a cikk teljes egészében, így feltételezhető, hogy ez jelentős motiváló tényező volt a többi, a cikkben leírt esetben is. Az általa vizsgált kórházak ezzel a megközelítésükkel tulajdonképpen eleget tesznek Young – McClean (2008) elvárásainak amennyiben a bemutatott „hibák” minden érintett szempontjából pazarlásnak, azaz az értékekkel ellentétesnek tekinthetők. Ugyanakkor Proudlove et al. (2008) arra figyelmeztet ez a megközelítés csak rövidtávon lehet eredményes.

Mindezekhez még Ahlström (2004) hozzáteszi, hogy a betegek elvárásai is változhatnak, az azonos beteg is eltérő igényeket fogalmazhat meg eltérő helyzetekben. Kitűzendő célként pedig a nulla hibát javasolja, minthogy az egészségügyben ennek még nagyobb jelentősége van, mint az iparban. A beteg-orvos kapcsolat tendenciaszerű megváltozására hoz példát Stevens (2002); az Internet megteremti a lehetőséget, hogy az orvosi tudás már ne csak az orvosok kiváltsága legyen, hanem ahhoz bárki hozzáférjen, azaz a páciens saját véleményével rendelkezzen az állapotát és a gyógy módját illetően. Ahlström (2004) a témával kapcsolatban felhívja még a figyelmet a minőségnek az iparban megszokottól eltérő értelmezésére.

Általában a piacorientált működés és a beteg-központú ellátás irányába való elmozdulásról számol be Angelis et al. (2008) az NHS esetében is és hozzá teszi, hogy ezek az elvek az USA és az Egyesült Királyság privát egészségügyi szolgáltatóinál megszokottak. Az értékvitában csatlakoznak Young – McClean (2008) és Proudlove et al. (2008) álláspontjához, s a több szempontú értékmeghatározást támogató véleményüket a vonatkozó irodalom részletes bemutatásával támasztják alá.

A célokkal szorosan összefügg azok megvalósulásának értékelése. Így a **teljesítménymérési rendszerek** logikailag szorosan kapcsolódnak ehhez a kategóriához. Radnor et al. (2006) a rossz értékelő rendszerek negatív hatásaira hívja fel a figyelmet. Habár ez nem minden kórházmenedzsment számára feltétlenül triviális, a gazdálkodástan területén ma már egyértelmű a teljesítményértékelés és az azokhoz létrehozott rendszerek jelentősége az eredményesség szempontjából (Ghalayini et al., 1997; Wimmer, 2002).

3.3.2. Külső érintettek

A külső érintettek csak közvetve jelennek meg a cikkekben. Egyrészt a „vevői érték” meghatározásával kapcsolatban (érdekek) (Proudlove et al., 2008), másrészt a karcsúsítást elindító külső nyomás kapcsán (elvárások) (Radnor et al., 2006). Proudlove et al. (2008) és Young – McClean (2008) a brit kórházak esetében szintén külső nyomásról számolnak be – a karcsúsítás az NHS központi törekvései közé tartozik.

3.3.3. Folyamatok

A folyamatokkal kapcsolatosan a leggyakrabban előforduló megjegyzések: instabilak, kaotikusak (Proudlove et al., 2008), komplexek, átláthatatlanok (Young – McClean, 2008), ezekből adódóan gyakoriak a hibák (Spear, 2005). A hibák leírása általában is jellemző az egészségügy karcsúsításával foglalkozó írásokban (Leape, 1994; IOM, 2000; Tucker Edmondson, 2003; National Audit Office, 2005; Brodt, 2006; Schenk, 2006; Kollberg et al, 2007, Williams et al., 2009). Spear (2005) az általa középpontba helyezett hibák okait elsősorban a **rendszer komplexitásában** látja, mely a „tisztázatlan helyzetek” kialakulását idézi elő. A hibák további oka Spear (2005) szerint, hogy a kórházi dolgozók a tisztázatlan helyzetek felmerülésekor új utakat keresnek, ahelyett, hogy magát a helyzetet tisztáznák. Egy-egy ilyen helyzetben „**megkerülik a problémát**”, azaz igyekeznek más módot találni a feladatuk elvégzésére. Ezzel valószínűleg sikerül a betegek éppen felmerült igényeit kielégíteni, ám mivel nem oldják fel a probléma okát, így az újra elő fog fordulni, s ha a következő alkalommal nem sikerül majd elég gyorsan reagálniuk, máris kész a tragédia. Mindez összhangban van Ahlström (2004) tapasztalataival, mely szerint a szolgáltatási folyamatok jellemzően nincsenek részletesen megtervezve, inkább „csak úgy megtörténnek” (556. old.). Szintén ide kapcsolódó kérdés a kórházak funkcionális elrendezése. Ahlström (2004) a funkcionalista elrendezés helyett – melyből automatikusan adódik a páciensek mozgásának, vagy mozgatásának igénye – a folyamatfókuszú elrendezést javasolja. Hasonlóan vélekedik Mezőfi (2007) és Parnaby és Towill (2008) is.

Az alapirodalom nem tárgyalja, azonban ide tartozó kérdés az átállási idők csökkentése. Ennek különösen a koncentrációt igénylő feladatok esetében van jelentősége. Itt a túl gyakori megszakításból adódó koncentrációvesztés kiküszöbölését a tevékenységekre adott elegendő hosszúságú, egybefüggő idővel javasolja elérni Ahlström (2004).

A folyamatokban felmerülő hibákkal, illetve azok megelőzésével kapcsolatosan Ahlström (2004) kifejti, hogy abban fontos szerepet kapnak a felhasznált anyagok, eszközök, berendezések is. Ilyenformán jelentőségre tesz szert az anyagokat, eszközöket, gépeket szállító vállalat is. Mivel azonban a betegek részt vesznek a szolgáltatásnyújtási folyamatban, így nem lehetséges teljes mértékben kiküszöbölni a hibát, ezért annak kezelésére is fel kell készülni. (Ahlström, 2004).

3.3.4. Változások

A változások megértéséhez ismernünk kell a változást kiváltó tényezőket, illetve az ezzel nyilvánvalóan összefüggésben lévő, a szervezet által deklarált változási célokat. A kiemelt források közül explicit módon Radnor et al. (2006) vizsgálja ezeket a kérdéseket (4. táblázat).

4. Táblázat: A skót kutatás kérdőíves felmérésében szereplő szervezetek céljai a karcsúsítással

A szervezetek által megadott célok (105 db)	Előfordulás gyakorisága (db)
Minőségfejlesztés	20
Ügyfél-elégedettség növelése	18
Átfutási idő csökkentése	17
Dolgozói motiváció növelése	12
Költségcsökkentés	11
Rugalmasság növelése	10
Dolgozói döntéshozatal támogatása	10
Létszámcsökkentés	3
Egyéb	4
összesen	105

Forrás: Radnor et al., 2006 119. old.

Habár a tanulmányban általában a skót közszféra karcsúsításáról beszélnek, két esetben egyértelműen az egészségügyi ellátókat változásra kényszerítő erőkről beszél:

- A karcsúsítás kívülről jövő javaslat eredménye. Ez a legjellemzőbb eset általában is, és különösen gyakori az egészségügyi szolgáltatók esetében (NHS).
- A karcsúsítás nemzeti stratégia megvalósításának része (főleg az egészségügyben – NHS).

A kényszerítő erők hatására megkezdett karcsúsítás céljai között a megkérdezett szervezetek a minőség fejlesztését és betegelégedettség növelését, a folyamatok hatékonyságának javítását, a dolgozói motiváció növelését és a költségcsökkentést jelölték meg leggyakrabban (Radnor et al., 2006). A brit felmérés eredményeinek ellentmondani látszik az a svéd felmérés, mely jelentős számú egészségügyi ellátó szervezetet kérdezett meg a fejlesztések okairól és módjáról (Jesper et al., 2003). Ebben a válaszadók jelentős belső motivációról számolnak be, melyet elsősorban a munkakörnyezettel kapcsolatos problémák gerjesztettek. Ez a kutatás azonban általánosan a fejlesztésekről érdeklődött, nem kifejezetten a karcsúsításról.

A skóciai kutatás (Radnor et al., 2006) során a karcsúsítási törekvések két jellemző típusát sikerült azonosítani. Az egyik, **a teljes bevezetés**. Ennek lényege, hogy a karcsú filozófia meghonosítását célozza, és az eszközök széles körét alkalmazza. Itt a vízió, a stratégia megalkotását a karcsú gondolkodás hatja át, majd ettől kezdve az alsóbb szintekig bezárólag ez határozza meg a működést. A másik típusú bevezetést a gyors eredményeket produkáló, **rövid fejlesztő projektek** (villámfejlesztések) alkalmazása jellemzi. Ebben az esetben ennek a karcsú eszköznek a használata a pazarlások felszámolását és a minőség fejlesztését célozza. Habár ez az eszköz a teljes bevezetésnek is része, itt a stratégiai szint helyett egy taktikai szintű alkalmazását találjuk, rendszerint a problémás területek gyors megváltoztatása, fejlesztése, rövidtávú eredmények elérése céljából. A két megközelítés közül a szervezetek vezetői szívesebben alkalmazzák a rövid fejlesztő projekteket, minthogy ezek azonnali eredményeket hoznak. Ezzel azonban gyakran feláldozzák a hosszú távú célok elérhetőséget. Radnor et al. (2006) itt utal arra, hogy a fejlesztések fenntarthatósága szempontjából a szakértők egyértelműen a teljes bevezetést tartják hatékonyabbnak. Mindezeket a tapasztalatokat alátámasztja az NHS kórházaira kiterjedő újabb felmérés is (Burgess et al., 2009).

Ide kapcsolódnak azok a tapasztalatok, vélemények is, melyek a változások térbeli és időbeli kiterjedésének megfelelő összehangolását hangsúlyozzák az erőforrások célszerű felhasználása és a működőképesség megtartása érdekében (Proudlove et al., 2008; Spear, 2005). Spear (2005) szerint, annak érdekében, hogy a változások ne zavarják meg a szolgáltatás folyamatosságát, azoknak fokozatosnak kell lenniük, emiatt viszont a **változások várhatóan időben jelentősen elhúzódnak. A kórházi ellátás komplexitása önmagában is jelentősen elnyújthatja a változásokat.** Ezért a lelkesedés fenntartása érdekében fontosak a rövid távú célkitűzések, és azok elérésének megünneplése (Kotter, 1995).

A fejlesztések elhúzódása egyrészt tehát a javasolt módszertan sajátossága, másrészt az egészségügyi ellátás jellegzetességeiből adódik. A térbeli kiterjedéssel kapcsolatosan a Spear (2005) megjegyzi, hogy célszerű „kicsiben” megkezdeni, azaz nem csak időben tartani be a **fokozatosság elvét**, de a projekt területi kiterjedését illetően is. Spear (2005) szerint hasznos először felállítani egy „mintasort”, azaz egy olyan egységet, ahol az új szemléletben fogant megoldások begyakorolhatók, tesztelhetők. Ugyanakkor pl. az egyhetes „villámfejlesztés” nem jelenti szükségszerűen a változások méretbeli korlátozását, csupán a nagy célok apró lépésekben való elérését. Jó példa erre a Virginia Mason Medical Center, ahol Spear (2005) szerint 2002 és 2005 között több száz(!!) „villámfejlesztő” projekt zajlott le. Radnor et al. (2006) elemzése alapján pedig arra a következtetésre jut, hogy habár helyénvaló apró lépésekkel kezdeni a karcsúsítást, de az érintettek számára egyértelműen kommunikálni kell, hogy ez egy hosszabb út részét képezi, melynek végső célja a karcsú működés.

Radnor et al. (2006) és Spear (2005) rámutat még a változások iránti vezetői elkötelezettség fontosságára, a változásokkal kapcsolatos kommunikáció kiemelkedő szerepére, valamint annak jelentőségére, hogy a változási törekvések összhangban legyenek a stratégiai célokkal. Radnor et al. (2006) szerint a vezetői elkötelezettség és támogatás a karcsúsítás sikerének egyik alapfeltétele. Hasonlóképp fontosnak tartja a szervezeten belüli kommunikációt, a változás közös nyelvének megteremtését, legfőképpen a részvétel és az elköteleződés biztosítása érdekében a szervezet minden szintjén. Radnor et al. (2006) kutatási eredményei alapján a közsférában a karcsúsítás sikertényezői alapvetően nem különböznek bármely más jelentős változás sikeres kivitelezéséhez szükséges tényezőktől. Ez pedig felveti azt a fontos kérdést, hogy **a karcsúsítás jelenti-e valójában az újszerűséget, vagy a maga a változás az egészségügy számára.**

A kiemelt források tehát, a gyakorlati tapasztalatokra építve, egyértelműen a rendszerszerű fejlesztések mellett teszik le a voksukat, amelyet azonban számos kis projekten keresztül javasolnak megvalósítani. Ez a megközelítés biztosítja az eredmények egymásra épülését, hosszú távú fenntarthatóságát. Ugyan akkor éveken át összehangolt, kitartó munkát követel meg. Ebben a munkában a felsővezetőknek kulcsszerepet kell játszaniuk.

A változások céljaihoz kapcsolódóan meg kell még említeni Grol et al. (2002) tapasztalatát, mely szerint az egészségügyi szolgáltatások terén számos kezdeményezés ismert, melyek alapvetően egy közös cél elérését tűzik ki; a jobb betegellátást. Ezen a célon túl azonban a kezdeményezések számos ponton eltérnek; az alkalmazott megközelítésben, a fejlesztés tárgyában, a változások kontrolláltságában, stb. Grol et al. (2002) felveti, hogy nincs arra vonatkozóan elegendő ismeret, hogy ezek a fejlesztési megközelítések hogyan viszonyulnak egymáshoz. Az azonban egyértelműnek látszik, hogy a fejlesztések eredményei csak akkor lehetnek hosszú távon is tartósak, ha több megközelítés szerint zajlanak – egyszerre, de legalábbis egymást követően. Grol et al. (2002) felvetése nyomán tehát javasolható a fejlesztési célok – és ebből következően majd az eszközök – megválasztásánál a különböző fejlesztési megközelítések áttekintése, figyelembe vétele. Ezt a gondolatmentet követi Williams et al. (2009) is, aki rámutat, hogy a problémák elszigetelt elemzése nem lesz képes feltárni az összes okot, így az ellenintézkedések sem lesznek tartósak. Pl. egy újabb ellenőrző lista beiktatása megoldást adhat egy problémára, de ha a dolgozók egyébként is túlterheltek, akkor várható hogy vagy az ellenőrző lista használata, vagy más egyéb előírt tevékenységek elvégzése szenved majd csorbát. (Joosten et al., 2009). A problémákat ezért célszerű rendszerszerűen szemlélni és elemezni.

3.3.5. Projektcélok, és a projekt kiterjedése

Projekt szinten, kórházi példaként Radnor et al. (2006) két célt említ: adminisztratív változást, és bejelentkezési folyamat tervezését.

Spear (2005) cikkében nincsenek egyértelműen feltüntetve a karcsúsító projektek céljai, azonban az ellátási hibákra és a nemzeti átlagnál gyengébb kimeneti mutatóra (pl. halálozási arány) helyezett hangsúly azt sugallja, hogy ezek csökkentése volt a cél. A célokkal kapcsolatosan több szerző is egyértelműen kiemeli azok szoros viszonyát a szervezet stratégiai céljaival, mint kritikus sikertényezőt.

A célokkal szorosan összefüggőnek tekintem a projektek térbeni és időbeni kiterjedését, azaz annak a területnek a megnevezését, leírását, ahol a változásokat véghezviszik. Ezzel a kérdéssel foglalkoznak Radnor et al. (2006) és Spear (2005) is. A célokhoz hasonlóan itt is felvetődik a stratégiai vs. taktikai/operatív dilemma. A szerzők mindannyian a stratégiai célok követését és a számos, rövidebb fejlesztési projektet találták eredményesebbnek. A fizikai kiterjedéssel kapcsolatosan Spear (2005) a kisebb kiterjedésű „modellsor” megközelítés előnyeit írja le; tapasztalatok szerzése a komplex rendszer megzavarása nélkül.

3.3.6. Projektmenedzsment

A projektek menedzselésével kapcsolatosan mind Radnor et al. (2006), mind Spear (2005) szolgál leírással. Így szólnak a projektek formájáról (pl. csoportmunka), a résztvevők összetételéről (dolgozók több területről és szintről), hogy milyen menedzseri támogatásban részesül a projekt, milyen tevékenységeken keresztül valósul meg (pl. kezdeti oktatás), hogy milyen problémákat okozhat, ha a résztvevőkkel nem tisztázzák a projekt célját és kapcsolatát a stratégiával. A csoportmunka egészségügyi környezetben való alkalmazását Ahlström (2004) is alkalmazhatónak találta, habár kiemeli, hogy az általánosan elterjedt napi osztályos megbeszélés ritkán teremt megfelelő környezetet a fejlesztésekhez.

A projektek sikerével kapcsolatosan Radnor et al. (2006) számos olyan tényezőt sorol fel, amely általában jellemző a változási projektek kapcsán. Így kiemeli a kommunikáció fontosságát (ismertek legyenek a célok, a középvezetők is értsék a változások céljait, az érintettek kapjanak lehetőséget a véleményük kifejtésére), a szükséges erőforrások hozzáférhetőségét, a kapcsolódó rendszerek támogatását (pl. osztályok közötti határok lebontása, teljesítményértékelési rendszerek átalakítását, stb.).

A siker mellett a bukás okait is vizsgálja Radnor et al. (2006). A sikertényezők hiányán túl kiemeli, hogy a kulcsemberek kihagyása nem csak egy lehetőségtől fosztja meg a projektet, de jelentős esélyt teremt, hogy a kihagyott dolgozó ellene fordul a változásoknak, még ha az számára előnyös lenne is. Éppen ezért, habár a projektekre való önkéntes jelentkezés előnyös, esetenként mégis problémák forrása lehet.

3.3.7. Alkalmazott elvek, eszközök, megoldások

A karcsúsítás eszközeinek kórházi alkalmazása az egyik legtöbbet tárgyalt téma az szakirodalomban. Ez önmagában logikus, hiszen bármilyen átalakítási projektnek alapját képezik az változtatáshoz alkalmazott eszközök. A kórházi alkalmazásoknál még inkább erre a kérdésre irányítja a figyelmet az a gyakori érvelés, miszerint az ipari gyakorlatban bevált megoldások természetesen nem működhetnek az egészségügyi ellátásban, hiszen a „termék” tulajdonságai nagymértékben eltérnek. Számos írás sorakozik fel ez mögé az érv mögé, míg ugyancsak nagy számmal akadnak azok, akik az ellenkezőjét állítják. Mindezek alapján érthető a kérdést övező érdeklődés.

A négy kiemelt írás közül ezt a területet Radnor et al. (2006) mutatja be legrészletesebben – statisztikát közöl az eszközök alkalmazásának gyakoriságáról. Logikailag is alátámasztható a két leggyakrabban említett eszköz alkalmazhatósága; a mindenki számára egyszerűen lefordítható „a pazarlás 7 forrásának megszüntetése” típusú, valamint a folyamatok feltétképezésére és a triviális hiányosságok kiküszöbölésére vonatkozó fejlesztések. Ezek az eszközök azonban elsősorban a problémák felfedését szolgálják, nem azok megoldását (habár gyakran a probléma lényegének felismerése önmaga meghatározza a megoldást is). Hasonlóképpen funkcionál Spear (2005) esetében „a folyamatok, mint kísérletek” eszköz is. Radnor et al. (2006) ezeken kívül számos további konkrét eszközt is felsorol. Az eszközökkel kapcsolatban Young – McClean (2008) megjegyzi, hogy habár látszólag a tanácsadók különböző módszertanokat alkalmaznak, a fejlesztést rendszerint a Deming-ciklusra (PDCA) építve viszik véghez. Továbbá felveti azt a releváns – és egyelőre megválaszolásra váró kérdést, hogy **a karcsúsítás zászlaja alatt alkalmazott eszközök vajon valóban ahhoz tartozóak-e?** Proudlove et al. (2008) a hat szigma projektek

tapasztalatai alapján a projektek során alkalmazott eszközökre vonatkozó elvárásokat fogalmaz meg: tágabb összefüggések figyelembe vétele; módszeresség, de nem túlzott aprólékosság; a résztvevők számára érthető nyelvezet; alkalmazkodás a résztvevők képességeihez, elvárásaihoz. Spear (2005) a módszerességet kéri számon. Az általa javasolt módszertan lényege éppen a tudományos kísérletekhez hasonló precizitás. Habár az eszközök gyakran kerülnek említésre az írásokban, számos aspektusból mégsem kerültek vizsgálatra: így pl. **ritka az eszközök alkalmazásának részletes leírása**, pl. Spear (2005) bemutat néhány példát, de közel sem mindet. **Hiányzik az eszközök alkalmazhatósága határainak kijelölése.**

A konkrét eszközökön túl az irodalom gyakran számolnak be a „karcsú elvek”, vagy a „karcsú gondolkodás” alkalmazásáról. Pl. Radnor et al. (2006) kiemeli, hogy általánosan tapasztalták a Womack – Jones (1996) által megfogalmazott ötlépéses átalakítási folyamatnak megfelelő kezdeményezéseket. Az elvek és a konkrét eszközök között azért fontos különbséget tennünk, mert az eszközök gyakran ellenszenvet keltenek a kórházi dolgozóknak pusztán amiatt, hogy azok az iparból származnak, míg az elvek többsége önmagában elfogadható (pl. a pazarlások 7 forrása). Részben ebből adódik az a következtetés, mely szerint az egészségügynek (tehát a kórházaknak is) nem egyszerűen át kell venniük a karcsúsítás eszközeit, hanem azokat saját környezetükhöz kell igazítaniuk (Radnor et al., 2006).

A kategóriában szerelő harmadik tényező a „Megoldások”. Itt fontos, hogy olyan eszközökről van szó, amelyek már a kórházi folyamatok karcsúsításával kapcsolatosan jöttek létre, már egy projekt során sikert hoztak. Ezek az új, alkalmasint egészségügy-specifikus megoldások tehát az ipari karcsúsító eszközök kórházi „mutációinak” tekinthetők. Az új megoldások leírása szintén esetleges, de előfordul (pl. Spear, 2005). További lényeges a szerzők által érintett, de meg nem válaszolt kérdés, hogy **mi teszi az új megoldásokat alkalmazhatóvá, átvihetővé más kórházi területekre** (Spear, 2005; Radnor et al., 2006).

3.3.8. A karcsúsítás eredményei

A kórházi folyamatok karcsúsításának eredményeiről tudunk legtöbbet, hiszen – kevés kivétellel – minden, a kórházi folyamatok karcsúsításával összefüggő írás kitér a karcsúsítás eredményeire. Az általam kiemelt négy forrás is mind tesz említést az eredményekről – habár Proudlove et al. (2008) nem a karcsúsítás, hanem a hat szigma kezdeményezések eredményeiről szól.

A kórházi ellátás és ápolás hibáinak drasztikus csökkenéséről számol be Spear (2005) az általa ismert esetekben. Így pl. kórházban szerzett fertőzések számának jelentős mértékű csökkenéséről. Ezen túl a szerző idéz olyan konkrét eseteket is, ahol a fejlesztés eredménye kisebb horderejű problémák kiküszöbölése. Így pl. az olvasó nyomon követheti a folyamatot, ahogyan a műtéti beavatkozások csúszását, vagy törlését okozó vérvételi műveletet pontosítják a Western Pennsylvania Hospital műtét-előkészítő ápolási egységénél. Ugyanitt a műtét előtti várakozás körülményeinek fejlesztését is nyomon követhetjük. Ez a két példa jól mutatja be, hogy beteget veszélyeztető nyilvánvaló hibákon (pl. kórházban szerzett fertőzés) túl milyen jellegű problémákra, „tisztázatlan helyzetekre” javasol megoldási eszközt a Spear (2005). Az elektív műtétek kezdésénél tapasztalt csúszások pl. jellemzően nem veszélyeztetik a páciensek egészségét, azonban jelentősen csökkentik a műtői szervezet hatékonyságát, azaz az ellátó költségeit emelik. Hasonlóan ehhez, a műtetre előkészített betegek hosszas folyosói várakoztatása is inkább „kényelmetlenség”, s feltehetően sem a betegek egészségére, sem a költségekre nincs közvetlen hatással – a szolgáltatással való elégedettségükre annál inkább.

Hasonló jellegű eredményekről számol be Radnor et al. (2006) is, azonban ebben az esetben nem egyértelmű, hogy mely eredmény milyen típusú intézménynél keletkezett. Az eredmények jellegének érzékeltetésére álljon itt néhány példa a tanulmányból: ügyfél-várakozási, feldolgozási idő csökkenése; hibaarány csökkenése; munkahatékonyság növekedése; létszám és költség csökkenése; a megelőzés előtérbe helyezése a hibák korrekciója helyett; a folyamatos fejlesztés szemléletének elterjedése; stb. A felsorolt eredmények pozitívak, nagyságuk változó, azonban csaknem minden esetben jelentősnek mondható (a javulás mértéke a bázisértékhez viszonyítva meghaladja a 10%-ot).

Az eredményekhez kapcsolódó további kérdés az eredeti célokkal való kapcsolatuk. A célok és az eredmények közötti különbségeket Radnor et al. (2006) elsősorban a tervezett változások elmaradásával indokolja. Ezeket a karcsúsítás buktatóiként mutatja be. A tanulmányok jellemzően csak pozitív kimenetekről számolnak be, habár nem kizárható, hogy bármely beavatkozás negatív módon befolyásol valamilyen teljesítményjellemzőt. Elkuzien et al. (2006) felveti, hogy léteznek ugyan kevésbé eredményes projektek is, csak azokról nem készülnek kutatási beszámolók. Ezzel kapcsolatosan a pontosabb módszertan kidolgozását és használatát sürgeti.

Az egyes tényezők között lehetségesek negatív összefüggések, átváltások is, azaz bizonyos jellemzők javulása mellett mások romlanak. Vegyük példaként a karcsúsítás esetében a rugalmasság növelését, azzal párhuzamosan csaknem bizonyosan csökken a gépek kihasználtsága. Mindezek alapján joggal feltételezhető, hogy léteznek a karcsúsításnak negatív hatásai is. Ezek ismerete nélkül nem kaphatunk teljes képet a karcsúsításról, tehát a **negatív hatások feltérképezése** fontos kutatási terület (Joosten et al., 2009). Radnor et al. (2006) tesz egy megjegyzést, mely szerint **azok a projektek, amelyek kezdeti célja a költségcsökkentés, vagy a létszámcsökkentés volt, jellemzően nem érték el céljukat.**

Az eredmények nagyságával kapcsolatosan felmerül a kérdés, hogy az eredmények időben hogyan alakulnak? Az eredmények leírásánál általában hiányzik az időtáv, amelyen sikerült az adott eredményeket elérni. Erre csupán a projektek hosszának leírásából lehet következtetni. Így pl. egy egyhetes „villámfejlesztő” projekt során véghezvitt változtatásokról szóló beszámolóban szereplő eredményekről joggal feltételezhető, hogy azok a projekt befejezését követően realizálhatók. Nem egyértelmű azonban, hogy a projektek sorsa hogyan alakul az egy hetes intenzív fázis lefutása után. A tervezett intézkedések megvalósulnak-e? Az előre kiszámolt megtakarítások valóban tapasztalhatók-e?

A karcsúsítás egyik központi eleme, a folyamatos fejlesztés, és annak eredményei Spear (2005) írásában jelenik meg. Itt intézkedések sorozataival értek el jelentős eredményeket a kórházak. Habár a cikkből nem derül ki egyértelműen, feltételezhető, hogy a kórházak a fejlesztéseket folytatják, s ezzel tovább közelítenek az ideálisztikus állapothoz. Ezzel szorosan összefüggő kérdés az elért eredmények *fenntarthatósága*. A fenntarthatóságot számos szervezeti jellemzővel hozzák kapcsolatba, amelyeket később

tárgyak (erőforrások megléte és minősége, tudástranszfer, felsővezetői támogatás), illetve a stratégiai célokkal való szoros kapcsolat meglétével, vagy hiányával. A karcsúsítás eredményeinek fenntarthatóságát Proudlove et al. (2008) is a projektcélok stratégiával való kapcsolatából vezetik le. Radnor (2009) kutatásai szintén alátámasztják azt a feltételezést, hogy az eredmények fenntarthatósága számos más tényezőtől függ, ám ezek közül kiemelkedik a szervezeti kultúrához kapcsolódó **fogadókészség** és a változások során alkalmazott megközelítések.

Az eredmények kapcsán további fontos kérdés, hogy hogyan tudjuk a javulást mérni. Sok esetben ez nyilvánvaló, pl. a halálozási arány esetében (halálozások száma / fertőzöttek száma), máskor viszont nem, pl. az ügyfelek igényeinek jobb megértése (Radnor et al., 2006). Ha viszont az egyes tényezők pontos leírására törekszünk (pl. azért, hogy a köztük lévő kapcsolatot magyarázni tudjuk), akkor a mérés kérdése alapvető probléma lesz (Ghalayini et al., 1997; Wimmer, 2002).

3.3.9. Erőforrások és képességek

A karcsúsítás sikerkritériumaiként, sőt a buktatók között is említi Radnor et al. (2006) a szükséges anyagi erőforrások meglétét, illetve hiányát. **A karcsúsítás során a dolgozók erre fordított ideje jelenti a jelentősebb áldozatot a kórházak részéről, nem az anyagi jellegű ráfordítások** (Spear, 2005; Radnor et al., 2006). A dolgozók képességeit nagyra értékeli az egészségügyben Spear (2005), aki szerint ez lehet a záloga a sikeres karcsúsításnak, míg Proudlove et al. (2008) azt hangsúlyozza, hogy a hat szigma módszertan idegennek és túlságosan bonyolultnak tűnt a kórházi környezetben, és az eszközöket a dolgozók képességeihez kell igazítani. Radnor et al. (2006) a sikertényezők között hangsúlyozza a vezetők képességét a változások vezetésére.

3.3.10. Szervezeti struktúra

A szervezeti struktúra látszólag nem kapcsolódik szorosan a folyamatok karcsúsításához. A négy forrás elemzése azonban ennek az ellenkezőjére enged következtetni: habár egyetlen szerző sem beszél közvetlen összefüggésről, számos utalás történik ennek a kapcsolatnak a meglétére. Így pl. önmagában a funkciók különbözőségén és elkülönítésén alapuló kórházszervezési elvek, és az ezeknek megfelelő **szervezeti felépítés** – a „rendszer” – komplexitása az oka a folyamatok szétszabdaltságának, amely pedig forrása lehet az információvesztésnek, a folyamatközi késések kialakulásának (Spear, 2005). A szerző szerint a „tisztázatlan helyzetek” előfordulásának valószínűségét növeli a **funkciókban való gondolkodás**. Ez önmagában nem probléma, csupán a funkciókat hatékonyan integráló eszközök hiánya teszi azzá.

Szervezeti struktúra másik tényezője a **vezetési struktúra**. A felső vezetők hierarchikus távolsága a frontvonalban dolgozóktól meghatározó a karcsúsítás szempontjából, hiszen részben ez dönti el, hogy van-e lehetőségük (és igényük) a mindennapi gyakorlat, a problémák, a dolgozók és a betegek vélemények, megismerésére. A sok hierarchikus szint eltávolodást okoz, önmagában is bonyolítja az információáramlást, gátolja a változást (pl. minden szintű vezetőt külön kell meggyőzni) (Radnor, et al., 2006). A vezetési struktúra leírja, hogy a formális szervezeti hierarchiában hol helyezkednek azok az alkalmazottak, vezetők, akik a karcsúsítás tervezését és konkrét megvalósítását irányítják és végzik, hogy milyen hatalom összpontosul ezeknek a vezetőknek a kezében. A nagyobb hatalom nagyobb valószínűséggel képes megteremteni a sikeres átalakítás feltételeit. A kérdéssel kapcsolatosan Spear (2005) megjegyzi, hogy a Virginia Mason Medical Center saját részleggel rendelkezik a karcsúsítási projektek támogatására.

További kapcsolódó irodalomban, pl. Ahlström (2004) kutatásai során a felelősségek decentralizálását, és a hierarchia szintek csökkentését alkalmazhatónak és helyénvalónak találta az egészségügyi környezetben. Ugyanakkor kiemeli a professzionális és menedzsment hierarchiák párhuzamos működésének problematikáját, amelyet az adminisztratív teendők napi teendők közé integrálásával képzel el

megoldani. Ahlström (2004) kiemeli még a vertikális információáramlás, az információ megosztás intézményesített rendszerének fontosságát a karcsúsítás során.

Egy friss kutatás eredményeként kutatók a folyamatmenedzsment szemléletének svéd egészségügyi szervezetekben való alkalmazásával kapcsolatosan egyértelműen kimondják, hogy maga a szervezet, illetve a hagyományos, bürokratikus, funkcionalista szervezeti struktúra jelenti a gátját a folyamatorientált vezetési stílus elérésének (Hellström et al., 2009). Ugyanakkor felhívják arra is a figyelmet, hogy a bürokratikus, funkcionalista rendszer egy csapásra való leváltása azzal a veszéllyel jár, hogy a rendszer számos korábbi eredményét kidobjuk, s nem lesz helyette más. Végezetül pedig megállapítják, hogy a működőképesség szempontjából az ideális megoldás a két rendszer közötti folyamatos átmenet lenne, azonban azok együttélése jelentős belső feszültségeket kelt.

3.3.11. Szervezeti kultúra

A szervezeti kultúra az egyik leghangsúlyosabban megjelenő tényezőcsoport. Radnor et al. (2006) szerint a karcsúsítás eredményességét nagyban meghatározó, sőt annak előfeltételét jelentő „szervezeti fogadókészség” (organizational readiness) számos eleme tartozik ide. Radnor et al. (2006) a karcsúsítási projektek buktatói között sorolja fel, pl. hogy közszféra általában jellemző csekély változási hajlandósága a változásokkal szembeni különösen erős ellenálláshoz kialakulásához vezethet a vezetés, illetve a dolgozók részéről. További, a fogadókészség szempontjából lényeges kulturális elemek a problémákhoz¹⁶, a változásokhoz, az újszerűhöz való viszony, valamint más funkciókhoz való viszony (folyamatokban való gondolkodás és csoportos munka képessége). Ezen túl a karcsúsítás lefolyása, sikere nagyban függ attól, hogy a vállalatnál követett értékek mennyiben egyeznek meg a karcsúsítás értékszemléletével. Így pl. a vezetők szerepe (utasítás, vagy támogatás), az egyes hatalmi szintek közötti viszony (ellenséges, vagy kooperatív). A karcsúsítás logikája szerint **a hierarchiában magasabban álló dolgozók, vezetők segítséget nyújtanak az alacsonyabb szinten**

¹⁶ Itt a „probléma” jelenthet bármit, ami a megakadályozza a dolgozókat a munkájuk végzésében (pl. az ellátáshoz szükséges anyagok, eszközök hiánya), vagy ami a beteg állapotának romlását idézheti elő (pl. nemkívánatos események).

dolgozóknak a hibák feltárásában és az új megoldások kidolgozásában és megvalósításában. (Spear, 2005).

Spear (2005) is több kulturális tényezőt fogalmaz meg (pl. a problémákhoz, hibákhoz való viszony, funkciókban való gondolkodás, lassú változás, dolgozói morál).

Az NHS-re vonatkoztatva Angelis et al. (2008) szintén általánosságban jellemzőnek mondja ki a változásokkal szembeni ellenállást, illetve hogy karcsúsítással járó paradigmaváltás jelentős kihívások elé állítja elsősorban azokat a dolgozókat, akik nem hisznek a változás szükségességében és eredményeiben.

A szervezeti kultúra témakörébe csatlakozik Stevens (2002) írása is, melyben az orvosképzés és a betegbiztonság közötti összefüggéseket tárgyalja. Felvetésének lényege, hogy a közelmúltban az orvoslás hagyományos formái átalakulni látszanak. Stevens (2002) példaként a hagyományos egy beteg – egy orvos kapcsolatot felváltó egy beteg – sok orvos felállást említi, mely a specializáció magasabb fokához köthető. A szerző véleménye szerint az oktatás nem követte a közelmúlt változásait, így a valós igényektől egyre inkább eltérő szemléletben képzik az orvosokat: *„Komplex rendszerek, kultúra és csapatmunka nem alkotják központi témáját a hagyományos tanrendnek.”* (109. old.). Ebből következik, hogy az orvosok az oktatóik szemléletét veszik át, amely nem illeszkedik az új szemlélettel, azaz az oktatási rendszer ülteti el az új trendekkel szembeni ellenállás magját.

Az egészségügyi környezetben (is) tapasztalt, a változásokkal szembeni ellenállás egy tipikus emberi tényezőjére hívja fel a figyelmet Davidoff (2002): *„...úgy tűnik, a szégyenérzet a fejlesztések „árnyékos oldala”. Végére is a fejlesztések azt jelentik, hogy bármilyen jó legyen is valaki teljesítménye, az mégsem olyan jó, mint amilyen lehetne. Ekképpen a szégyen megtapasztalása segít megmagyarázni, hogy a fejlesztések – melyeknek pofonegyszerűnek kellene lenniük – miért lesznek mégis jellemzően hosszadalmas és bonyolult folyamatok.”* (2. old.) Szintén a problémákhoz való viszony kerül elő Williams et al. (2009) írásában, melyben rámutat, hogy bizonyos nemkívánatos események, mint pl. az esések, gyakran fordulnak elő a brit kórházakban, a dolgozók úgy tekintenek rá, mint a kórházi ellátás természetes velejárójára, mely ellen nincs mit tenni. A jelenség hátterében Williams et al (2009) szerint az áll, hogy a dolgozók (elsősorban az ápolók) egyensúlyoznak a számos, azonos fontosságú feladat között, s közben lépésről lépésre elhagynak bizonyos előírt biztonsági elemeket a

tevékenységükből. Mivel senki nem hiszi el, hogy lehetséges úgy ellátást nyújtani, hogy soha ne forduljon elő ilyen esemény, a kellő magyarázat adott ahhoz, hogy az ingerküszöbnek tekinthető esésszám fokozatosan emelkedjen anélkül, hogy bárki tenne ellene. Williams et al. (2009) felveti, hogy egy ilyen jellegű, hosszú évek alatt kialakult norma megváltoztatásához kitartó erőfeszítések szükségesek, melyeknek része lehet az érzelmi motiváció is.

3.3.12. Külső támogatás

Végül egy szintén fontos és gyakran említett kategória: a külső támogatás, illetve a támogatók. Mivel a kórházak dolgozói között kevesen rendelkeznek megalapozott ismeretekkel a karcsúsítás terén, így a külső segítség gyakran szükséges, de az első szakaszban szinte elkerülhetetlen (Radnor et al., 2006; Proudlove et al., 2008). Young – McClean (2008) viszont a tanácsadók által alkalmazott eszközökkel kapcsolatosan óvatosságra int: lehetséges, hogy azok valójában nem is alkalmasak a karcsúsításra, másrésről az iparból áthozott eszközök nem feltétlenül biztosítják önmagukban a sikert.

3.3.13. Kapcsolat az egyes kategóriák között

Habár a négy kiemelt cikkben szereplő információk rendszerezésénél a kategóriák közötti lehető legkisebb átfedésre törekedtem, a kategóriák között mégis nyilvánvaló kapcsolatok fedezhetők fel. Ezek az általuk tartalmazott tényezők egymásra hatásából adódnak. Ebben az alfejezetben a vizsgált írásokban kimondott összefüggéseket mutatom be. Ezeket az összefüggéseket a projekten belüli kategóriák és a többi kategória között a 9. ábrán nyilakkal jelölöm. A projektek határain belül feltüntetett kategóriák egymáshoz való szoros kapcsolatát azok szoros egymás melletti ábrázolása szimbolizálja. A feldolgozott alapirodalomban a szerzők a következő kapcsolatokat mondják ki:

- Összefüggés a folyamatok és projektcélok között: a projektek célja a folyamatokban megtalálható hibák megszüntetése. (Spear, 2005)
- Kapcsolat a szervezeti kultúra és a folyamatok hibái között: Spear (2005) részben a problémákat „megkerülő”, nem „megoldó” kultúrára hárítja a felelősséget a folyamatokban elkövetett hibákért.
- Kapcsolat a változások célja és kiterjedése, valamint a projektcélok és kiterjedésük között. A kapcsolat egyértelmű a nagy, átfogó, vagy sok apró lépésről szóló okfejtések kapcsán (Spear, 2005; Radnor et al., 2006); amennyiben nem lehetséges egyetlen nagy projekt során a teljes változást végrehajtani (ekkor a változás és a projekt egy és ugyan az), úgy a nagy horderejű változást, apróbb projekteknek kell véghezvinniük.
- Kapcsolat a külső érintettek és a változások között: Radnor et al. (2006) a kutatásai alapján a kutatott szervezetek által megnevezett motivációk legtöbbje valamilyen külső érintetthez kapcsolódik.
- Kapcsolat a szervezeti célok (küldetés, vevői érték, stratégia), valamint a változások céljai és kiterjedése között: a változások céljának és a stratégiával való az összehangoltsága fontosságát hangsúlyozza Radnor et al (2006), Proudlove et al. (2008) és Young – MCClean (2008) is.
- Kapcsolat számos kategória és az eredmények között: Radnor et al. (2006) számos kritériumát azonosította a „sikernek”, azaz a pozitív és fenntartható kimeneteknek;
 - i. szervezeti kultúra (pl. a változásokhoz való viszony, csapatmunka, stb.) (Radnor et al., 2006),
 - ii. változások (vezetői elkötelezettség, kommunikáció, kiterjedés) (Radnor et al., 2006),
 - iii. erőforrások és képességek (megléte) (Radnor et al., 2006; Proudlove et al., 2008),
 - iv. szervezeti célok (stratégia, teljesítménymérési rendszerek, vevői érték) (Radnor et al., 2006; Proudlove et al., 2008),
 - v. projektcélok: a költség- és létszámcsoökkentést célul kitűző projektek nem voltak sikeresek (Radnor et al., 2006),
 - vi. projektmenedzsment (részrtvevők, támogatás) (Radnor et al., 2006; Proudlove et al., 2008),

- vii. folyamatok (a nagy káosz miatt bármely eszköz sikeres lehet kezdetben, Proudlove et al., 2008),
 - viii. külső támogatás (Radnor et al., 2006; Proudlove et al., 2008),
 - ix. eszközök (konkrétan: Radnor et al., 2006; Spear, 2005), (módszeresség, bonyolultság, nyelvezet: Proudlove et al., 2008) (értékáram fejlesztés eszközei: Young – McClean, 2008).
- Kapcsolat az eredmények és számos más kategória között: a projektek hatására ezeken a területeken való javulást tapasztalták
 - i. folyamatok, pl. egyszerűbb, gyorsabb lefutás (Radnor et al., 2006),
 - ii. szervezeti kultúra, pl. megelőzés a hibák korrekciója helyett (Radnor et al., 2006),
 - iii. szervezeti célok, pl. az ügyfelek igényeinek jobb megértése, teljesítménymérési rendszerek fejlődése (Radnor et al., 2006),
 - iv. változások, pl. a dolgozói elköteleződés erősödése (Spear, 2005; Radnor et al., 2006),
 - v. szervezeti struktúra: a karcsúsítás eredményeinek fenntartása és a karcsúsítás folytatása érdekében önálló funkciókat, szervezeti egységet hoznak létre (Spear, 2005).

Ebben a fejezetben áttekintettem azokat a kategóriákat, amelyek a kórházak karcsúsítási törekvéseit bemutató, általam fontosnak ítélt írások kódolásával hoztam létre. Feltehetően ezen túl számos más tényező kapcsolható a témához, azonban itt a célom nem a karcsúsítás minden szempontot kimerítő elemzése volt, csupán a meglévő ismeretek rendszerezése. A továbbiakban azt mutatom be, hogy mindazok az írások, amelyek karcsúsítási projekteket, mint eseteket írnak le, milyen információkat hordoznak, és azokat hogyan lehet elhelyezni az ebben a fejezetben bemutatott kategóriákban.

4. A karcsú átalakulást leíró esetek elemzése és annak eredményei

A tapasztalatok feltérképezésénél alapvetően a szakmai adatbázisokban fellelhető irodalomra támaszkodom, kiegészítve azokat néhány, egyéb forrás irodalmával. Ennek az irodalom-áttekintésnek nem célja a témával foglalkozó összes forrás feltárása, sőt tekintve a szakmai folyóiratok igen nagy számát, illetve azok részben korlátozott elérhetőségét a kutató számára, nem biztosítható a reprezentativitás sem. Ugyanakkor élek azzal a feltételezéssel, hogy a szakmai adatbázisban (EBSCO HOST/MEDLINE) fellelhető és a Budapesti Corvinus Egyetem Központi Könyvtára számára hozzáférhető folyóiratcikkekben tárgyalt esetek vizsgálata rámutat a témával kapcsolatos legfőbb tapasztalatokra, azok közös jellemzőire és az esetleg hiányzó részletekre. Ebben a fejezetben csak azokat a forrásokat elemzem részletesen, amelyek esettanulmányként (kimondva, vagy kimondatlanul) konkrét fejlesztési projekteket írnak le megfelelő részletességgel ahhoz, hogy azok tartalma értékelhető, más esetekkel összehasonlítható legyen.

A tapasztalatok feltárásához szükséges irodalomkutatás első lépése az EBSCO HOST/MEDLINE adatbázisban való keresés volt. Ehhez a megadott keresési feltétel a „karcsú production” vagy a „Toyota” kifejezések előfordulása az absztraktban ([http://web.ebscohost.com/ehost/results?vid=8&hid=106&sid=56ef0fe6-4330-4792-a18e-da496e363b72%40sessionmgr102&bquery=\(AB+\(+Lean+manufacturing+\)\)+or+\(AB+\(+toyota+\)\)&bdata=JmRiPWntZWrtJnR5cGU9MSZaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d](http://web.ebscohost.com/ehost/results?vid=8&hid=106&sid=56ef0fe6-4330-4792-a18e-da496e363b72%40sessionmgr102&bquery=(AB+(+Lean+manufacturing+))+or+(AB+(+toyota+))&bdata=JmRiPWntZWrtJnR5cGU9MSZaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d) 2009-02-28). A keresés 67 találatot eredményezett, melyeket áttekintve 35 cikk tartalma kapcsolódott a szűken vett témához. Mindezek közül a hozzáférhető cikkek közül itt csak az a 13 kerül feldolgozásra, amely kórházi folyamatfejlesztési eseteket, „karcsúsítási törekvéseket” ír le. A MEDLINE adatbázisban talált esetekhez hozzávettem azokat, amelyek más forrásból származnak ugyan, de tartalmukat, tudományos igényességüket tekintve összevethetők az egészségügyi adatbázisból kinyertekkel. Így összesen 20 esettanulmány (17 forrásból, 17 helyszínről) feldolgozására nyílt lehetőségem. (5. és 6. táblázat).

5. Táblázat: Esetek és források kapcsolata

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	Helyszín/forrás	Appleby, 2002	Ben-Tovim et al., 2007	Braaten - Bellhouse, 2007	Fillingham, 2007	Furman - Caplan, 2007	Jimmerson et al., 2004	Kim et al., 2006	Laursen et al., 2003.	Nelson-Peterson and Leppa, 2007	New et al., 2008	Powell, 2009	Raab, 2006	Raab et al., 2006	Rosen, 2004	Shannon et al., 2006	Taninecz, 2009	Wessner, 2005
1	VA Medical Center in the Oakland section of Pittsburgh, Pennsylvania USA	O																
2	Western Pennsylvania Hospital, Pittsburgh, Pennsylvania, USA	O																
3	Flinders Medical Centre, Adelaide, Australia		I R															
4	Porter Adventist Hospital, Dever, Colorado, USA			I R														
5	Royal Bolton Hospital, Bolton (Manchester) UK				I R													
6	Virginai Mason Medical Center, Seattle, USA					I R				I R								
7	Community Medical Center in Missoula, Montana, USA						I R											
8	LDS Hospital in the Intermountain Health Care System of Salt Lake City, Utah, USA						I R											
9	Park Nicolett Health Services (PHNS), Minneapolis, Minnesota, USA							I R										I R
10	University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, USA							I R										
11	Skejby Sygehus (Hospital), Aarhus, Denmark								I R									
12	egy kiemelt kórház UK										I R							
13	Akron Children's Hospital, Akron, Ohio, USA											O						
14	University of Pittsburg School of Medicine, UPMC Shadyside Hospital, Pittsburg, USA												I R	I R				
15	Toronto's Hospital for Sick Children, Toronto, Canada														O			
16	Allegheny General Hospital (AGH), Pittsburg régió, USA															I R		
17	Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA																?	

O – outsider, azaz a cikk szerzője külső szemlélő

IR – insider research, azaz a cikk szerzője a kutatott (leírt) szervezet tagja

Forrás: saját készítésű táblázat

A kutatásnak ebben a szakaszában nem szerepeltetek olyan forrásokat, amelyek ugyan kapcsolódnak a témához, de nem nyújtanak megfelelő részletességű információt az esetekről, pl. a bevezetett fejlesztések eredményeiről. Ugyanakkor nem zártam ki egyetlen esetet sem azért, mert esetlegesen nem számol be pozitív eredményekről. A szerzők által tett, az átalakítások nehézségeivel, a problémákkal kapcsolatos

megjegyzésekre a későbbiekben, az esetek elemzésénél térek vissza. A táblázatban található további források tudományos (nem egészségügy-specifikus) adatbázisok, napilapok, szakmai szervezetek, egyetemek on-line tárolt, a kutató számára hozzáférhető cikkei, illetve konferencia anyagok.

4.1. Az esetekben szereplő intézmények jellemzői

Az esetekben szereplő intézmények többsége az USA területén található, ám az országon belül számos államban, az ország területén szétszórtnak. Ezen túl csupán az Egyesült Királyság szerepel 2 esettel, valamint Kanada, Dánia és Ausztrália 1-1 esettel. Az írásokban általában kórházakról, klinikákról van szó, habár ezek között számos típus megtalálható, méretre, a gazdálkodási célra (profitorientált vs. non-profit) vonatkozóan.

Az egyes esetek igen különbözőek a tekintetben, hogy egyetlen folyamatra, részfolyamatra, akár problémára, vagy kórház szintű fejlesztésekre vonatkoznak-e. Általában jellemző viszont, hogy fekvőbeteg ellátásra koncentrálnak. A karcsúsítás fókuszaként az idő jelentősége miatt többször kerül elő az **intenzív osztály**, valamint jelentős költségvonzata miatt a **műtő**, illetve a **sebészet**. Egy másik csoportot alkot a támogató folyamatok fejlesztése (pl. a **gyógyszertárak, labor, képalkotó eljárások, patológia**). Az eseteken belül előkerül még a betegek felvételével és elbocsátásával kapcsolatos **adminisztrációs folyamat** is.

A fejlesztések tartalmát illetően elmondható, hogy azok **érintik az orvos-szakmai munka menetét is** (elsősorban standardizálás és hibaelkerülés kapcsán).

Az esetekben bemutatott fejlesztések 2000. évet követő néhány évben kezdődtek el, és több ezek közül máig is tart.

Az esetek forrását, az esetben szereplő intézményt a bevezetett intézkedéseket és azok eredményeit röviden, a források szerinti alfabetikus sorrendben a 6. táblázat mutatja be.

6. Táblázat: A kórházi folyamatok karcsúsításának feldolgozott esetei

Sorsz.	Forrás: Intézmény	Intézmény jellemzői	Alkalmazási terület	Fejlesztések	Eredmények
1	Appleby, 2002: VA Medical Center in the Oakland section of Pittsburg, Pennsylvania USA		Sebészet (nosocomiális fertőzések csökkentése)	A gumikesztyűk biztosítása minden szobában a falra helyezett tárolóval és felelős kijelölésével a készlet figyelésére; dolgozók oktatása; új, nem-szappon alapú kézmosószer elhelyezése a gumikesztyűk mellé; a 'veszélyességi zóna' vizuális megjelölése (piros vonal a padlón, ezen belül kötelező a kézmosás).	Kézmosási hajlandóság nőtt; a vizsgált időszakban (nov-feb.) egyetlen fertőzési eset sem fordult elő.
2	Appleby, 2002: Western Pennsylvania Hospital, Pittsburgh, Pennsylvania, USA	Nonprofit kórház		Felelőségek tisztázása, folyamatok szabványosítása; a csoportvezetői munkakör bevezetés (feladata csak az azonnali problémamegoldás); egyszerű jelzőrendszer alkalmazása a műtét végső fázisa előtt: a következő beteg készülhet; a laborvizsgálatok a beteg felvételekor azonnal megtörténnek, hogy azok hiánya ne okozzon csúszást a műtétekben.	A betegek felvétele idejének csökkentése 12-60 percről 3 percre; a betegek katonájának összeállításával eltöltött idő csökkenése napi 9 órától 2,25 órára; a folyósón várakozó, kórházi köntösbe öltöztetett betegek számának csökkenése átlag 4-7-ről 0-ra; hiányos laborvizsgálatok arányának csökkenése 16%-ról 0-ra; szükségtelenül kiadott vér-bank jelentés csökkenése napi 10-11-ről 0-ra.
3	Ben-Tovim et al., 2007: Flinders Medical Centre, Adelaide, Australia,	500 ágy, általános, nonprofit oktató kórház	Sürgősségi osztály	A beteg útjának feltérképezése az ellátás során; új triage rendszer kialakítása: a súlyos eseteket, akik bekerülnek a kórházba a nővér elválasztja azoktól, akik az ellátás után hazamennek, ezután a két csoportot már külön kezelik; az ellátást cellaszerűen szervezték meg, a betegkategóriához és az ellátás menetéhez igazodóan, a cellák a saját kategóriájukba eseteket azonnal ellátták.	Az osztályt ellátás nélkül elhagyók aránya a megjelentek arányában 7%-ról 3%-ra esett; a betegek által az osztályon töltött átlagos idő 48 perccel csökkent (5,7 órától 5 órára).

4	Braaten - Bellhouse, 2007: Porter Adventist Hospital, Dever, Colorado, USA	Nonprofit kórház	Telemetria egység	Az ellátás menetének felvázolása (betegekre és dolgozókra is); a fejlesztéseket megelőzően a dolgozók érzékenységét a "nem megfelelő feltételekre" megemelték; az ideális feltételek meg lettek határozva, és jó/nem jó kategóriákkal leírva. A problémák meghatározásra kerültek az okaik pedig feltárára az "5 Miért?" módszerével; az anyagok rendelkezésénél a szükséglet pontos ideje és helye is feltüntetésre került a számítógépben.	Az ápolók fluktuációja 20%-ról (2004 októberben) 4%-ra csökkent (2005 júliusban). A termelékenység 75%-ról (okt. 2004) 96%-ra nőtt (okt. 2005); a betegelégedettség 3,9-ről (1-5 skálán) 4,8-ra nőtt egy év alatt.
5	Fillingham, 2007: Royal Bolton Hospital, Bolton (Manchester) UK	Általános rendeltetésű, nonprofit kórház, 800 ágy, 3.000 dolgozó	Traumatólógia	A rendszer alapját a kultúraváltás képezi, melynek eszközei az egyhetes „vilámfejlesztő” projektek, melyek egy folyamatos, hét hetes ciklus során valósítják meg a klasszikus tervezés, megvalósítás és ellenőrzés fázisokat. A páciensek igényeinek megértése a folyamatok közvetlen megfigyelés segítségével, beteg-napló, kérdőíves megkérdezések, interjúk és fókuszcsoportok alkalmazásával. SS. A beteg utak részletes feltérképezése. Folyamatok és területek elrendezésének újratervezése. Egyszerűsített dokumentáció kidolgozása. Vizuális menedzsment rendszer kialakítása. Az igazgatótanács folyamatosan értékeli a változásokat.	A folyamatokhoz kapcsolódó papírmunka 42%-kal történő csökkentése. Combnyaktöréses betegek műtétéhez való felkészítése idejének csökkenése 2,3 napról 1,7 napra. A betegek kórházban töltött teljes idejének csökkenése 33%-kal. A halálozási arány csökkenése (36%-kal) a szakmailag indokolható (105,5) szintre.
6-7	Furman – Caplan, 2007; Nelson-Peterson and Leppa, 2007: Virginai Mason Medical Center, Seattle, USA	336 ágy, 5000 dolgozó, Profit-orientált	általános, 27 ágyas telemátriai osztály	Veszélyeztető esetek jelentésére és kivizsgálásához; jelzések alkalmazása; Andon jelzés: 24-órás 'forró drót' / Karcsúsítási program, és komplex eszköztár bevezetése; villámfejlesztési projektek; egy darabos (személyes) áramlás; "U" alakú cellák kialakítása; just-in-time (JIT) ; kanban alkalmazása, standardizált tevékenységek; készletek tárolása a felhasználás helyén.	A balesetek elkerülését szolgáló jelentések számának növekedése havi 3,6-ról 2002-ben havi 276-ra 2006-ban. / Készletcsökkenés 53%-kal; dolgozói hatékonyság javulása 36%-kal; felhasznált terület csökkenése 41%-kal; átfutási idő csökkenése 65%-kal; dolgozók által megtett távolság csökkenése 44%-kal, termékek által megtett távolságok csökkenése 72%-kal; előkészületi idő csökkenése 82%-kal;
8	Jimmerson et al., 2005: Community Medical Center in Missoula, Montana, USA	nonprofit kórház	számos terület	Értékáram-térképek készítése; értékadó és nem értékadó tevékenységek szétválasztása; problémamegoldás az A3 riport alkalmazásával; 7 hetes tréning a kiválasztott dolgozóknak;	Jelentős, közepes nagyságú fejlesztések a kórházi működés számos területen, köztük: kardiológia, diagnosztikai laboratórium, gyógyszerár, és rehabilitációs részleg, számlázás, épületfenntartó részleg.

9	Jimmerson et al., 2005: LDS Hospital in the Intermountain Health Care System of Salt Lake City, Utah, USA	nonprofit egészségügyi szolgáltató	intenzív osztály	10 hetes tréningprogram a kiválasztott dolgozók számára, ennek részeként hibafeltárás és megszüntetés (A3 riport alapján)	Gyógyszerezés megkezdése késlekedésének csökkenése 4 órától 12 percre; vércukor mérése idejének csökkentése; az elrendelt kezelési utasítások gépelése okozta csúszások csökkentése átlagosan 43-ról 10 percre; a pontosan vezetett betegkartonok arányának 60%-os növekedése; 125.000 dollár postaköltség-megtakarítása.
10-11	Kim et al., 2006; David K. Wessner, 2005: Park Nicolett Health Services/ Methodist Hospital, Minneapolis, Minnesota, USA	426 ágy 960 orvos, nonprofit kórház	Rák-központ; sürgősségi osztály; sebészet, endoszkóp-klinika	Karcsú elvek alkalmazása; sebészeti eszközök standardizálása; " villámfejlesztő " projektek alkalmazása; a betegek, a dolgozók, és az eszközök útjának a pontos feltérképezése az ellátás során; standardok kidolgozása (pl. standard készletes-kocsi); vizuális jelzések kialakítása a betegek irányítására; a rendelési időket eltolták, hogy elkerüljék az erős hullámszókat a betegek számára .	CT és MRI vizsgálatok számának megduplázása a korábbi erőforrás felhasználás mellett; a rák-központban a kemoterápiára, vagy antibiotikum infúzió kapacitását napi 10 beteggel növelték; a sürgősségi ellátásban a várakozási időt 122 percről 52-re csökkentették; a standard sebészeti eszközök eredményeként havi 40.000 eszközzel kevesebb került felhasználásra; az endoszkópos vizsgálatok kapacitását megduplázták.
12	Kim et al., 2006 University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, USA	nonprofit kórház	Peripheral y inserted central catheter (PICC) team	A betegek, a dolgozók, és az eszközök útjának a pontos feltérképezése az ellátás során; a folyamatok elemzése, fejlesztési lehetőségek keresése (a katéterek minél pontosabb idejű felhelyezése érdekében); egy segítő személyzet beiktatása az ellátásba, aki a szakápolók számára előkészíti a szükséges eszközöket, szerelvényeket, stb., csökkentve ezzel a terhet a szakmailag felkészült embereken; standard eljárás bevezetése röntgenvizsgálat kéréséhez, illetve eljuttatásához a radiológiára és standard módszer a felvételek értékelésére a diktálás lejegyzésének egyszerűsítése érdekében. "	3 egymást követő hónapban a PICC (katéterek) 90%-95%-a került felhelyezésre a kéréstől számított 24 órán belül; 36%-os csökkenés a katéter felhelyezésének átlagos idejében; a radiológiai osztálytól kért beszámolók számának 50%-os csökkenése.

13	Laursen et al., 2003. Skejby Sygehus (Hospital), Aarhus, Denmark	Nonprofit általános- és kutatókórház	Szívsebészet, by-pass műtétek előkészületei	Előkészületi folyamat lépéseinek feltérképezése; a páciens szemszögéből értéket teremtő és értéket nem teremtő tevékenységek elválasztása; a folyamat újratervezése.	A várakozási idő csökkenése 6,5 órától 4,5 órára. (31%); betegek mozgatásának száma 4-ről 1-re csökkent (75%).
14	New et al., 2008: egy kiemelt kórház UK,		Sebészeti sürgősségi egység	Workshopok a dolgozók számára; folyamatérték készítési tréning; számos mini-projekt; "5S" típusú, a rend, tisztaság megteremtését célzó kezdeményezések a kórtermekben; az anyagok, gyógyszerek, eszközök kiválogatása és rendszerezése a szekrényekben, fiókokban; új szabályok a betegek részére: a nem sürgős hozzátartozói telefonhívások korlátozása adott időszakokra; hibabiztos (poka-yoke) megoldások a betegek gyógyulásához szükséges kiegészítő eszközök, gyógyszerek alkalmazásának biztosítására; folyamatok újraszabályozása, vizuálisjelek bevezetése; eszköz-kocsik áttervezése; számos rendszerező fehér-tábla került áttervezésre, a felelős nővérek arcképeivel kiegészítve, míg a kórtermért felelős nővérek színes karszalagot kaptak.	Korai eredmények TEDS [thrombosis embolic deterrents] pontos alkalmazásának aránya nőtt az átlagos 35%-ról 90% fölé.
15	Powell, 2009: Akron Children's Hospital, Akron, Ohio, USA	nonprofit kórház	Steril műtő	Egy hetes " villámfejlesztések "; az eszközök tisztítása, sterilizálása, szállítása folyamatának megfigyelése; egy elválasztó fal felének lebontása a jobb láthatóság biztosítása érdekében; jelzőtáblák kiakasztása, hogy a dolgozók számára egyértelmű legyen, hogy mely szállítmány hova kerüljön; a dolgozók hozzárendelése tevékenységekhez napról napra ahelyett, hogy egy ember végezze az összeszerelést és a kiszállítást is.	Jelentős kapacitásnövekedés (a korábbi évi 13.000-ról 16.000-ra nőtt a lehetséges operációk száma); A kórház kb. \$248.000-t költött tanácsadókra és a dolgozók képzésére, azonban az első 28 projekt általi első évi megtakarítások összege becslések szerint \$708.000, illetve jelentős mennyiségű idő.

16-17	Raab, 2006; Raab et al, 2006: University of Pittsburg School of Medicine, UPMC Shadyside Hospital, Pittsburg, USA	nonprofit kórház	Patológia (Papanicolaou teszt és thyroid FNA diagnózis)	Ellenőrzőlista bevezetése a Papanicolaou (Pap) teszt minden lépésére; a citológiai laborban a minták egyesével kerültek feldolgozásra és kiértékelésre; a thyroid FNA diagnózis értékelésénél alkalmazott kifejezések szabványosítása.	A Papanicolaou (Pap) teszt esetén a nehezen értékelhető minták arányának csökkenése 9,9%-ról 4,7%-ra. A hibásan értékelt minták arányának csökkenése 9,5%-ról 7,8%-ra. A thyroid FNA esetében a hibásan negatív eredmények aránya csökkent 41,8%-ról 19,1%-ra.
18	Rosen, 2004: Toronto's Hospital for Sick Children, Toronto, Canada	nonprofit kórház	Radiológia	Standard protokollok kerültek kialakításra, mely tartalmazza a szakmai tevékenységeket, a szükséges eszközöket és a tevékenységek elvégzéséhez szükséges időtartamot. Minimális/maximális készségszintek kerültek meghatározásra, úgy az egyedi tételekre, mint a csoportokra. Az orvosi képfeldolgozó osztály a berendezései szállítóival kötött szerződések elemzéséhez kezdett a karbantartási költségek csökkentése érdekében, a berendezések valós használati idejének pontosabb követése által.	A 4 év alatt megtett összesen 10.000 intézkedés hatására a számított kumulált megtakarítás önmagában \$140.000-ra rúgott.
19	Shannon et al., 2006: Allegheny General Hospital (AGH), Pittsburg régió, USA	778 ágy, egyetemi egészségügyi központ 4.600 dolgozó (1.250 orvos),	Intenzív osztály (ICU)	A CLAB fertőzések (central line-associated bloodstream infections) esetében a fertőzéses esetek egyenkénti részletes vizsgálata (gyakoriság, típus, kimenet); a dolgozói munkagyakorlat megfigyelése; az újonnan felmerülő esetek körülményeinek azonnali részletes vizsgálata, a mélyen rejlő okok feltárása; az elemzések eredményeként új folyamatok alkalmazása.	Egy éven belül a CLAB fertőzések számának csökkenése 49-ről 6-ra (10.5-ről 1.2 fertőzés/1,000 line-nap); a mortalitás csökkenése 19-ről 1-re (51%-ról 16%-ra) a line-napok növekedésének ellenére. Ezek az eredmények 34 hónapon keresztül megmaradtak.
20	Taninecz, 2009: Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA	2,400 orvos/kutató; 30.200 dolgozó 500.000 ellátott beteg évente	Szív- és érrendszeri klinika (Cardiovascular Health Clinic: CVHC)	A dolgozók felmérték a jelenlegi állapotot, áttekintették a betegellátás teljes folyamatát (tevékenységek ideje, várakozási idők, első körös minőség); Páciens kockázat elemzést vezettek be a betegfelvételnél; Szabványosított protokollt alakítottak ki a diagnosztizálás és értékelés és beavatkozás folyamataira a meglévő irányelvek figyelembe vételével. A különböző kockázati besorolású betegcsoportokhoz külön standardokat állítottak fel (külön részletezve minden abban résztvevő szerepét). A különböző teszteljárások beosztásában szabad	A lemondások és a meg nem jelentek aránya 30%-ról 10%-ra csökkent; a CVCH az első megkeresések 90%-ban volt képes időpontot adni; az orvosok köré szervezett időtervezés eredménye képpen az orvosok idejének kihasználtsága 70%-ról 92%-ra nőtt. A páciensek szempontjából elért eredmények: a lépések számának csökkenése 16-ről 6-ra; az orvosok betegekkel töltött átlagos ideje 241 percről 285 percre nőtt; az előzetes orvosi

				zónákat jelöltek ki, ahol a CVCH betegi igény szerint egy napon elvégezhető az echocardiogram és stressz tesztet is. Megosztott feladatkört vezettek be az időpont egyeztetők és a klinikai asszisztensek számára, mely csökkentette a szükséges adminisztrációs korrekciók számát, javított a kommunikációt és a dolgozói elégedettséget.	konzultációra való várakozás ideje 33 napról 3 napra csökkent! Az előírt feladatok elvégzéséhez szükséges anyag, eszköz, információ, stb. rendelkezésre állásának aránya 5%-ról 65%-ra nőtt.
A táblázatban szereplő szakkifejezések magyarázata: ♦ 5 Miért? – A problémafeltárás eszköze, melynek alkalmazása során a problémák okaira kapott válaszok ismeretében újra és újra feltesszük ezt a kérdést. Az eszköz segít a mögöttes okok feltárásában. ♦ 5S - Öt olyan kifejezés, melyek S-sel kezdődik, és rendszert alkotva biztosítja a munkahelyi rendet és tisztaságot. Seiri: területen felesleges, nem használt eszközök elkülönítése a többitől. Seiton - az eszközök helyét pontosan meg kell határozni. Seiso – a terület és eszközök megtisztítása. Seiketsu – standardizálás, hogy az állapot fennmaradjon. Shitsuke az előző négy „S” követésére való hajlandóságot megteremtése. ♦ A3 riport - A folyamatfejlesztés, problémamegoldás eszköze, mely a formájáról kapta a nevét. A lapon kialakított mezők kitöltése szisztematikus munkára ösztönzi a kitöltőjét, míg a rendszerezettség okán a probléma és a megoldás menete avatatlan ember számára is gyorsan felfogható. ♦ Andon – Egy vizuális jelző rendszer a gyártás helyén, általában egy magasan függesztett kijelző, amely jelzi a gyártási rendszer jelenlegi állapotát és figyelmezteti a csoport tagjait a felmerült problémákra. ♦ Értékáram elemzés (Value Stream Mapping) – Ennek a technikának a lényege, hogy grafikusan megjeleníti a termék létrehozásának folyamatát, egyetlen ábrában bemutatva a teljes folyamatot, annak lényeges jellemezőivel együtt. Az értékáram térkép alapját képezi a folyamatok megtervezésének. ♦ Just-in -Time – Azon szervezési elv, mely célja, hogy a megfelelő egység, a megfelelő időben és megfelelő mennyiségben érkezzen be. ♦ Kanban – Egy szabványos „jelzés” (lehet kártya, vagy éppen egy tárolóedény), mely feljogosítja a folyamat előző állomását arra, hogy a rászabott tevékenységet elvégezze. Enélkül a jelzés nélkül azonban az egyes tevékenységek nem mehetnek végbe. ♦ Poka-Yoke – „Hibaálló megoldás” Egy hibaelhárító eszköz vagy , mely a rendelésteljesítés illetve a gyártás alatt keletkező selejtek kiküszöbölésére szolgál. ♦ „U” alakú cella – A termelőterület kialakításáról kapta a nevét; néhány tevékenység elvégzéséhez szükséges berendezést és eszközt vonnak itt össze és „U” alakban rendezik el, hogy a dolgozónak kisebb utat kelljen megtenni az utolsótól az elsőhöz való visszatéréskor. ♦ Villámfejlesztés – Rendszerint egy hetes időtartamra korlátozódó kis csoportos problémamegoldó tevékenység, melynek célja a gyakorlati megvalósítás is.					

Forrás: saját készítésű táblázat

4.2. Az esetek elemzésének módja

Terjedelmi korlátok miatt a 7. táblázatban csak az esetek rövid leírását adtam, s csupán egyetlen példát mutatok be olyan részletességgel, ahogyan azt az elemzésekhez kigyűjtöttem. (8. táblázat). A további esetek is a 8. táblázatban bemutatott struktúrában kerültek kigyűjtésre a forrás adta lehetőségek szerinti legnagyobb részletességgel.

Az itt részletesen is bemutatott példa tudatos választás eredménye; a Royal Bolton Hospital erőfeszítéseiről, eredményeiről viszonylag részletes beszámoló áll a kutatók rendelkezésére (Fillingham, 2007), melynek szerzője nem más, mint az intézmény vezetője. További előnyös jellemzője a példának, hogy egy európai környezetben, a nemzeti egészségügyi ellátó rendszer kötelékein belül működő, általános kórházról van szó. Így habár az ez az eset önmagában nem általánosítható, mégis elkerüli a túlzottan speciális jellemzők okozta csapdákat (pl. profitorientált működés, egyetlen területre koncentrált szolgáltatás, kiemelt státusz, kutatóhely, stb.).

7. Táblázat: A Royal Bolton Hospital esetének rövid bemutatása

Intézmény/ Kutatási periódus / Forrás	Royal Bolton Hospital, Bolton (Manchester), UK 2005-2007 Fillingham, D. (2007): "Can lean save lives?", Leadership in Health Services, Vol. 20. No. 4, pp. 231-241.
Intézmény jellemzői	Általános rendeltetésű kórház, 800 ágy, 3.000 dolgozó
Esetben szereplő terület	Traumatológia
Kezdeti hiányosságok	„A Bolton [kórház] szolgáltatásai már régóta jelentős aggodalomra adtak okot, így a mortalitás, a termelékenység, és a dolgozói morál. A combnyaktöréses betegek esetében a kórházi tartózkodás átlagos ideje a nemzeti átlagot meghaladó volt. Gyakorta fordult elő a műtétek törlése és olykor kaotikus volt a működés. A fejlesztéseket célzó számos kísérlet ellenére – mint pl. klinikai auditok és egyebek – a problémák nem szűntek meg. A leginkább aggasztó a halálozási arány magas mértéke volt. A relatív korrigált halálozási kockázati tényező a Bolton kórházban a combnyaktöréses esetekre 2004/2005 évben 173,9 volt. Máshogy fogalmazva több, mint 70%-kal magasabb, mint az ebben az állapotban elfogadható kockázati érték.” (234. old.)
Alkalmazott eszközök	A kórházban a Toyota eszközeinek adaptálása érdekében létrehozta a saját, a folyamatok fejlesztését célzó rendszerét, a „Bolton Improving Care System”-et. A rendszer alapját a kultúraváltás képezi, melynek eszközei az egyhetes „vilámfejlesztő” projektek, melyek egy folyamatos, hét hetes ciklus során valósítják meg a klasszikus tervezés, megvalósítás és ellenőrzés fázisokat. A továbbiakban leírt eszközök ezeknek az egyhetes projekteknek a részeit képezik: A páciensek igényeinek megértése a folyamatok közvetlen megfigyelés segítségével, beteg-napló, kérdőíves megkérdezések és interjúk és fókuszcsoporthoz alkalmazásával. „6S alkalmazásával ... a munkahely minden részének megtisztításával ... biztosítva, hogy a nyugalom és a rendezettség a mindennapi munkavégzés részévé válják.” (235. old); „A kórtermek szintjén a vezető nővéreket arra biztatják, hogy rendszeresen, friss

	szemmel nézzenek körül a kórtermeikben, hogy meglássák a pazarlások forrásait, és a betegekre leselkedő potenciális veszélyforrásokat. Arra kéri őket, hogy minden héten azonosítsanak legalább három ilyen problémát. Ezután pedig a beosztottaikkal azon dolgoznak, hogy kigondolják és megvalósítsák az ezek ellen hozott intézkedéseket. (236. old.); „...részletesen fel kellett térképezniük a beteg útjának alakulását a sürgősségi osztályra való megérkezéstől, a radiológián keresztül a kórterembe, majd a műtőbe és újra a kórterembe, majd az elbocsátási folyamatot. Miközben mindezt elvégezték, jelentős pazarlást, rengeteg hibát és többszörös munkavégzést tártak fel. (236. old.); „...ezután a team tovább lépett egy izgalmas elképzelés megalkotására a szolgáltatás jövőbeli lehetséges állapotáról. Az elvárás a jövőképpel kapcsolatosan az volt, hogy kihívás legyen a megvalósítása, de 12-18 hónap alatt megvalósítható legyen. Végül a csapat a jövőállapot megvalósításához szükséges intézkedési terv kidolgozásával zárta.” (237. old.); „A csapat újratervezte a területet ... a legsúlyosabb állapotú páciensek a műtőbe kerülés előtt felvételre kerültek és orvosilag stabilizálták őket. A következőkben a folyamat jó megszervezésével biztosították a gyors műtőbe jutást, majd az operáció után a megfelelő rehabilitációt és a hatékony multidiszciplináris csapatmunkát. Az orvosi személyzet, a nővérek és terepaurák számára olyan, jelentősen egyszerűsített dokumentáció került kidolgozásra, amely elhagyta mindazokat a felesleges nyomtatványokat, amelyek valamilyen ad- hoc módon kerültek a rendszerbe az évek során.” (238. old.); Végül pedig egy vizuális menedzsment rendszer került kialakításra, melynek célja, hogy a dolgozók folyamatosan tisztában legyenek vele, hogy a folyamat, amelyben részt vesznek az előírtaknak megfelelően zajlik-e, és milyen minőségi problémák és hiányosságok merültek fel.” (238. old.); „...az igazgatótanács (amely az osztályok igazgatóit és főorvosait tömöríti, és havonta egyszer ül össze), a jelenlegi gyakorlat szerint áttekinti az előző hónapban a karcsúsítással kapcsolatos fejlesztő tevékenységeket, és megvizsgálja, hogy az elvárt eredményeket hozták-e a projektek, és megkérdi, hogy 'Miért?', ha nem.” (239. old.); „igyekeztünk módot találni arra, hogy átcsoportosítsuk az erőfeszítéseket annak érdekében, hogy biztosítsuk a kollégák számára mindazt az időt és erőforrásokat, amelyre a szükségük van a BICS-ben [karcsúsításban] való részvételhez...” (240. old.)
Általános eredmények	„...sokkal inkább világossá vált számunkra, hogy mi az igazán értékes a betegeink számára. „235. old.); „kevesebb kórházi incidens, kevesebb hiba a gyógyszeres ellátásban, és javuló dolgozói morál...” (235. old.); „...egy olyan kultúra, ahol a problémák kutatása és megoldása a norma és nem a problémákkal való együttélés...” (236. old.); „Ez jelentősen lecsökkentette a nem értékhozzáadó folyamatok számát, és csillapította a dolgozói elégedetlenség és frusztráció forrásait.” 238. old.); Továbbá: multifunkcionális csoportok zökkenőmentesebb együttműködése; a betegek gyorsabb felépülése és alacsonyabb rehabilitációs igény a műtétek után; helyreállt pénzügyi egyensúly; jelentősen csökkent várakozási listák és kikristályosodott vízió a jövőt illetően.
Konkrét eredmények	A folyamatokhoz kapcsolódó papírmunka 42%-kal történő csökkentése. Combnyaktöréses betegek műtéthez való felkészítése idejének csökkenése 2,3 napról 1,7 napra. A betegek kórházban töltött teljes idejének csökkenése 33%-kal. A halálozási arány csökkenése (36%-kal) a szakmailag indokolható (105,5) szintre. (p. 239.);
Nehézségek, tapasztalatok	„Túlontúl gyakran a kórházak annyira zsúfoltak és rendetlenek, hogy nehéz felmérni, hogy valójában hol bújik meg a pazarlás, és csaknem lehetetlen az egyenletes munkavégzés megteremtése. (235. old.); „...a standard munka alatt érthetjük mindazt, amit a múltban hatásos klinikai gyakorlatnak nevezünk. A többlet az jelenti, hogy nem csak azonosítjuk ezeket, hanem úgy beágyazzuk a működésbe, hogy azok következetesen végrehajtásra kerüljenek a mindennapokban.” (237. old.); „Úgy találtuk, hogy a kulcstényező a célok egyértelmű megadása már kezdetektől fogva, legyen az akár a mortalitás csökkentése, a termelékenység növelése, vagy a betegelégedettség növelése.” (238. old.); „Mindazok az eredmények, amelyeket a 'villámfejlesztés' mámorító napjai hoztak jó eséllyel hamar elenyésznek, hacsak a folyamatok irányítói nem lesznek gazdái a rájuk bízott tevékenységeknek, és nem lesznek elkötelezettjei a változtatások megvalósításának és azok folyamatos fenntartásának. ... Megtanultuk, hogy létfontosságú, hogy a felsővezetés valódi érdeklődést mutasson ez iránt a munka iránt és odafigyeljen mindazokra az eredményekre, amelyeket mindez hoz.” (239. old.); „A kórház más területein, ahol a BICS szintén alkalmazásra került, hasonló sikerek születtek. A patológián a szükséges munkaterület csaknem 50% csökkentését sikerült

	elérni ... A vértudományi területen a szokványos minták feldolgozása folyamatának átlagos idejét sikerült lecsökkenteni 5 órától mindössze 60 percre ... A patológiai osztály 10%-kal növelte a bevételeit 2%-kal kevesebb dolgozó mellett ... Ehhez hasonlóan, a mosoda termelékenységében bekövetkező változások igen lenyűgözőek.” (239. old.); „E pillanatig a mosoda csaknem £300,000 értékű megtakarítást hozott és további kereskedelmi bevételt a karcsúsítás hatására.” (240. old.); „Hosszú távon azonban egyértelmű, hogy a BICS [karcsúsítás] egy megfelelő út a célok és a pénzügyi stabilitás megteremtéséhez, mely ezeken túl javítja a dolgozói morált és a betegelégedettséget is.” (240. old.)
--	---

Forrás: saját készítésű táblázat

A 6. táblázatban bemutatott nemzetközi irodalmat, mint másodlagos forrásból származó kutatási eseteket kezeltem és ennek megfelelően dolgoztam fel. A szekunder adatok alkalmazásának előnye, hogy olyan adatok is viszonylag könnyen hozzáférhetővé válnak a kutató számára, amelyeket máshogy nem tudna megszerezni (mint esetemben is) és emellett még viszonylag bőséges információval szolgál. A másodlagos forrásból származó adatok, megfigyelések felhasználásának ugyanakkor igen jelentős hátránya, hogy nincs lehetőség az adatok körének megváltoztatásához, valamint a megfigyelések pontossága, relevanciája nem feltétlenül tisztázott, és utólag nem is korrigálható. Nincs lehetőségem kérdésekkel tisztázni a számomra homályos pontokat. A valós eseményeket így csak mások gondolatain, szavain keresztül ismerhetem meg. Az eredeti szerzők mögöttes motivációinak ismerete nélkül az adatoknak az esetleges torzítása mértékét és irányát nehéz felmérni. Jelen esetben a helyzetet javítja, hogy (1) az esetleírások szakmai közönség részére készültek, így a szerzők feltehetően maguk is törekedtek a mondanivalójuk pontos megfogalmazására, valamint (2) a cikkek többségénél a szerzők maguk is részt vettek a fejlesztésekben, azaz azokról pontos leírást tudtak adni, csakúgy, mintha egy interjú során kérdeztük volna őket. A 5. táblázatban „O” betűvel (O = outsider, azaz független, külső szemlélő) jelöltem azokat az írásokat, ahol a történekekről olyan személy tudósított, aki nem volt tagja a fejlesztő csapatnak, vagy nem érintett közvetlenül a szervezet működésében. Ezzel szemben „IR” (IR = insider research, azaz „résztvevői kutatás”) betűkkel jelöltem, ha a szerző(k) személyes tapasztalataikról írnak. Az 5. táblázatból így látható, hogy a 20 esetből négy esetében nyilvánvaló, hogy a szerző nem volt jelen a változásoknál, egy esetben pedig nem tisztázott. Azaz 15 esetben szemtanúktól kapunk tájékoztatást.

Az esetek feldolgozásánál, azok tartalmának elemzésénél, az adatok rendszerezéséhez az irodalom feldolgozás során kialakított, korábban bemutatott kódrendszert használtam. Ezzel lehetőségem nyílt az előre meghatározott címkének

(azaz a karcsúsítással kapcsolatos tényezőknek) és a kategóriáknak a szövegekkel, az esetekből származó példákkal való összekapcsolására. Céлом ezzel a korábban részletesen bemutatott alapcikk alapján felállított „térben” elhelyezni az empirikus tapasztalatokat, hogy képet kapjak arról, hogy a feldolgozott esetek szerzői milyen tényezőket hangsúlyoznak, és azok hogyan viszonyulnak az előzetesen meghatározott tényezőkhez. A kódolás során az esetekben az önálló gondolatként értelmezhető szövegrészeket (amely lehet egy szó, de akár egy bekezdés is), a korábban azonosított tényezőkkel próbáltam megragadni. Bizonyos esetekben ez nem volt lehetséges, ilyenkor a korábban meghatározott tényezőket újakkal egészítettem ki. Ezeket az „új tényezőket” az eredmények tárgyalásánál mutatom be.

A kódolás után az adatokat újra áttekintettem, azokat „megtisztítottam” az esetleges elütésektől, téves besorolásoktól, félreértelmezésektől. Ennek során egyrészt a címkével ellátott szövegeket eredeti szöveggörnyezetükhöz és azok besorolásához, viszonyítottam, másrészt a kategóriáinak más szövegeihez. Ily módon helyükre kerültek azok a szövegek, amelyek több jelentéssel is bírtak, vagy esetleg további mögöttes tartalmat hordoztak. A kódolás során következetesen törekedtem a szövegek konkrét tartalmának a megragadására, és elvonatkoztatni a számos lehetséges „mögöttes” tartalomtól, amely az értelmező személyétől erősen függhet.

Az eredményeket ezután két szinten vizsgáltam: aggregált szinten elsősorban a kvantitatív jellemzők alapján. Az egyes tényezők említésének gyakoriságait tekintettem át és vontam le belőle következtetéseket. Ezek a következtetések jelentették az alapját az átfogó kép kialakításnak.

A vizsgálat másik szintje a tényezőkhez sorolt szövegrészek tartalmi vizsgálata volt. Ennek célja a kategóriák jellemzőinek részletes leírása volt. A tartalmi elemzés során az egyes szövegrészeket saját kategóriájukba tartozó más szövegrészekkel vettem össze, ebből alkottam képet az adott kategória sajátosságairól. Az általam készített táblázat lehetővé tette, hogy egy-egy szövegrész esetében egyszerre lássam az azonos kategóriába tartozó más szövegeket és az adott szöveg kapcsolódását más kategóriákhoz is.

4.3. A karcsúsítási esetek elemzésének eredményei

Ebben a fejezetben az előző fejezetben leírt elemzés eredményeit mutatom be röviden. Itt csak a kódokhoz rendelt szövegek mennyiségi megoszlását és az abból levont következtetéseket mutatom be. Az egyes tényezőkhez kapcsolódó információk részletes bemutatásától itt eltekintek, azokat a 7. fejezetben a kutatási eredmények szintetizálásánál kapcsolom a további tapasztalatokhoz.

4.3.1. Az esetek feldolgozása során azonosított új tényezők

Az esetek feldolgozása során az esettanulmányok szövegeiben előfordultak olyan részek, amelyek tartalmuk alapján nem illettek az irodalom feldolgozás során kialakított térben szereplő tényezők egyikéhez sem. (Így pl. a dolgozói morálra vonatkozó megjegyzések számomra egyértelműen a szervezeti kultúra kategóriájába tartoznak, de az ott felsorolt tényezők egyikével sem azonos.) Mivel azonban a téma szempontjából fontos megjegyzésekről volt szó, ezért úgy döntöttem, hogy ezeknek az információknak a megőrzése érdekében az eredeti tényezőket továbbiakkal egészítem ki. Az esetek feldolgozása során három új tényezőt tudtam azonosítani. Ezek:

- A „projektmenedzsment” kategóriában a „résztevők motiválása”,
- A „szervezeti kultúra” kategóriában a „hibáztatás kultúrája” és
- Szintén a „szervezeti kultúra” kategóriában a „orvosok függetlensége” tényező.

Ezeket a tényezőket a továbbiakban az eredetileg meghatározott tényezőkkel azonos módon alkalmazom.

4.3.2. Általános kép a karcsúsításról a kódolás számszerűsített eredményei alapján

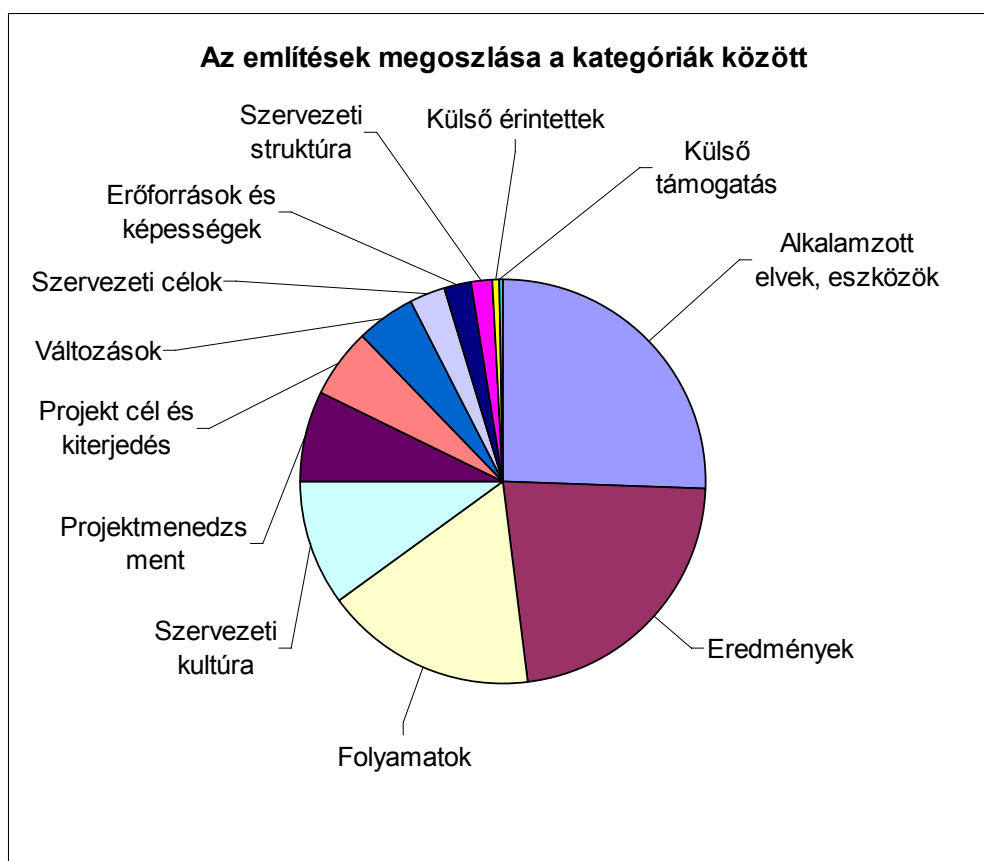
Elsőként egy általános képet vázlok fel az alapirodalom segítségével meghatározott tényezőknek és kategóriáknak a feldolgozott esetekben való megjelenéséről. Feltevésem szerint az egyes tényezőkhez sorolható szövegrészek előfordulásának gyakorisága bizonyos szinten képes jellemezni a szerzők részéről, az adott tényezőnek a karcsúsításban tulajdonított jelentőségét. Az esetekből az 41 tényezőhöz 725 említést tudtam kapcsolni. Az összes említés megoszlását az egyes kategóriák között a 10. ábra mutatja be. Az ábrából kiderül, hogy az esetekben a szerzők a legtöbb figyelmet a karcsúsítás alkalmazott eszközeinek és a karcsúsítás eredményeinek szentelik. Ez a két kategória teszi ki az összes említés csaknem felét! Szintén gyakran foglalkoznak a szerzők a folyamatok és azok hiányosságainak bemutatásával. Talán kissé meglepő, ám annál beszédesebb a tény, hogy a sorban a negyedik legnagyobb kategória, a szervezeti kultúráé. A szervezeti kultúra után a projektmenedzsment kérdéseivel, majd a projektek céljaival és a változások általánosabb környezetével kapcsolatos megjegyzések kategóriái következnek. A sort a szervezeti célok, az erőforrások és képességek, a szervezeti struktúra, a külső érintettek és a külső támogatás zárja.

Az egyes kategóriák méretéből levonható néhány gyors következtetés; az esetek fókuszában a karcsúsítási projekteket életre hívó problémák (folyamatok), az alkalmazott eszközök és az elért eredmények állnak. A szervezeti célok (stratégia), a külső érintettek nem kapnak jelentős szerepet. Ez a tény a lokális célok vs. stratégiai változások vitát a helyi érdeknek, helyi céloknak alávetett projektek javára látszik eldönteni az itt vizsgált projektek esetében. Az erőforrások, a szervezeti struktúra alacsony említettsége is azt sugallja, hogy (i) a projektek nem voltak olyan jelentőségűek, hogy ezeket a kérdéseket lényegileg befolyásolják, vagy (ii) a szerzők célja nem az elemzés, csupán a tények leírása volt. Mindezek fényében különös figyelmet érdemel a szervezeti kultúra kategóriájának viszonylag jelentős súlya. Feltehetően a szervezeti kultúra kérdése annyira hangsúlyosan kerül elő a projektek során, hogy azt nem lehet figyelmen kívül, illetve szó nélkül hagyni.

A kategóriák elhelyezése után azok tartalmának részletesebb elemzését, az egyes tényezők súlyát mutatom be. A 11. ábrán az egyes tényezők említésének gyakorisága

látható csökkenő sorrendben. Ebből kiderül, hogy a 20 esetleírásban leggyakrabban az „**eredmények típusai**” címkét tudtam elhelyezni. Minden eset szerzői különös hangsúlyt fektettek a karcsúsítási törekvések eredményei felsorolásának. Ez önmagában érthető, ha figyelembe vesszük, hogy egy gondolkodás/eszköztár új területen való alkalmazásáról van szó, amely alkalmazhatóságát ráadásul sokan megkérdőjelezték. A vita eldöntéséhez tehát szükség van a karcsúsítás eredményeinek leírásához. Ami ennél talán meglepőbb, hogy az eredmények 123-szeri említése mellett 116 alkalommal **pozitív** jelző állt, azaz a szerzők (ne felejtjük el többnyire a karcsúsítási projektek résztvevői is!) **szinte kizárólag pozitív kimenetet tapasztaltak az általuk megfigyelt projektek során!** Ez egy – meglepő, és egy kutató számára azonnal gyanús – további elemzésre érdemes megállapítás, azonban egyelőre haladjunk tovább a gyors áttekintéssel!

10. ábra: A kódolt szövegrészek mennyiségi megoszlása az egyes kategóriák között

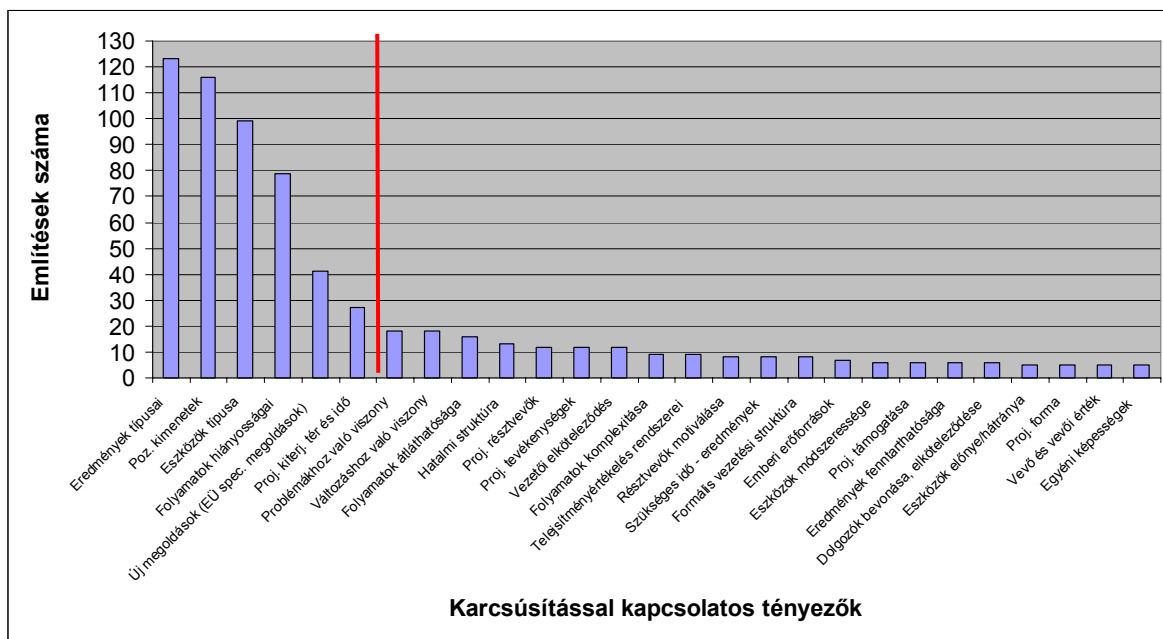


Forrás: Saját készítésű ábra

Az esetek szerzői a (pozitív) eredmények után leggyakrabban a **karcsúsítás eszközeit** (típusait) mutatják be (99 említés, 17 forrás). Ezzel szinte azonos hangsúlyt

kap a folyamatok mindazon **hiányosságainak** a bemutatása, amelyek – kimondva, vagy kimondatlanul – felszámolása érdekében a karcsúsítást segítségül hívták (79 említés, 16 forrás). Ezt követi a projektek során alkalmazott, létrehozott egészségügy-specifikus **eszközök, megoldások részletes említése**. Ezután számosságát tekintve egy, az esetleírások számára kötelező elem, a **projektek helyszínének** leírása következik. Ez a hat tényező tartozik a jelentős súllyal említett tényezők csoportjába, a további tényezők mindegyike kevesebb, mint 20 említést kapott. Feltűnő azonban itt is, hogy ebben a sorban is előkelő helyen végzett két, a szervezeti kultúrával összefüggő tényező; a dolgozók problémákhoz, illetve változásokhoz való viszonya. A legalább ötször említett tényezőket a 11. ábrán listázom, az ötnél kevesebbszer említett tényezőket a 8. táblázatban sorolom fel.

11. ábra: A karcsúsítás leggyakrabban említett tényezői a kutatott esetekben



Forrás: saját készítésű ábra

8. Táblázat: Az elemzett esetekben kevesebb, mint 5-ször említett tényezők, és említési gyakoriságuk

Tényező	Említések száma
Negatív kimenetek	4
Célok megadása	4
Megoldások átvihetősége	4
Orvosok függetlensége	4
Projektek kiterjedése (térben/időben)	4
Proj. célok kapcsolódása a strat-i célhoz	3
Külső érintettek	3
Funkciók szerinti felosztás	2
Közös értékek	2
Funkciók közötti viszony	2
Hibáztatás kultúrája	2
Dolgozói morál	2
Intézményi stratégia	2
Anyagi erőforrások	2
Változások strat-i jelentősége	2
Változások kommunikálása	2
Külső támogatás	2

Forrás: Saját készítésű táblázat

Ebben a fejezetben bemutatam az esetek kódolásából származtatható következtetéseket, melyek alapja a tényezők említési gyakoriságának elemzése volt. A következő fejezetben az egyes tényezőkre vonatkozó tartalmak elemzésének eredményeit mutatom be, és lehetséges válaszokat is megfogalmazok néhány kérdésre, amelyet ebben a fejezetben tettem fel.

4.4. A külföldi esetek vizsgálata eredményeinek összefoglalása

A külföldi esetek tapasztalatainak részletezésére a 7. fejezetben térek ki, itt csak az elemzés eredményeinek rövid összegzését adom.

Összefoglalásként a karcsúsításról annyit lehet elmondani az esetek alapján, hogy a kórházak még nem mint stratégia fontosságú változási programra tekintenek, jellemzőbb a projekt alapú megközelítés. A pozitív eredmények száma alapján azonban úgy tűnik, a stratégiai szemlélet hiánya nincs negatív hatással a karcsúsítási projektek eredményeire (legalábbis a vizsgált időtávon). Ez ugyan ellentmond az alapirodalom üzenetének (Radnor et al., 2006). Ez az ellentmondás feloldható Proudlove et al. (2008) és Young – McClean (2008) azon felvetése alapján, mely szerint a kórházi folyamatok menedzselése ma még annyira gyerekcipőben jár, annyi hiányossággal küzd, hogy rövid távon bármilyen fejlesztési megközelítés sikereket hozhat.

A témával foglalkozó kevés szerző között teljes az egyetértés a vezetők elköteleződésének és az elkötelezettség demonstrálásának fontosságát illetően. Ez alapvetően meghatározza ugyanis a dolgozók véleményét, elköteleződését is. Emellett a dolgozókat a projektekbe való bevonásával, közvetlen, pozitív tapasztalás lehetőségével lehet elkötelezetté tenni.

A projektek menedzselésével kapcsolatosan néhány szerző munkája alapján **a karcsúsítás ipari alkalmazása során megismert csoportmunka képe rajzolódott ki, annak jellemző résztvevőivel, lépéseivel és támogatóival. Különös jellemző az orvosok bevonásának fontossága.** Ezt összevethetjük a PDCA megközelítéssel.

5. Egészségügyi folyamatok karcúsítása Magyarországon – lehetőségek, buktatók

A 4. fejezetben bemutatam 20 esetet, melyek a világ különböző pontjain, különböző egészségügyi intézmények, kórházak, egyetemi és magánklinikák karcúsítási törekvéseit, azok hátterét, eszközeit, eredményeit és tanulságait tárgyalják. Ebben a fejezetben célom a magyarországi eset környezetének bemutatása. Ehhez először a magyar egészségügyi ellátás jellemzését adom röviden, a kutatás környezetének megértéséhez legszükségesebb információk bemutatásával. Ezután néhány érvet vonultatok fel azon a véleményem mellett, hogy az egészségügyi ellátás hazai képviselői előtt gyakorlatilag ismeretlen a karcúsítás gondolata és gyakorlata. Ez alól csak néhány személy kivétel.

5.1. Az egészségügyi ellátás helyzete Magyarországon¹⁷

A dolgozatomnak nem célja a magyar egészségügy általános helyzetének, problémáinak, reformtörekvéseinek részletes tárgyalása, vagy értékelése. Ezért ebben a fejezetben csak a továbbiakban bemutatott kutatások környezetének megértéséhez legszükségesebb információk bemutatására szorítkozom.

A magyar egészségügyi ellátó rendszer a rendszerváltással kezdte meg átalakulását. Míg korábban állampolgári jogon vehette bárki igénybe a szolgáltatásokat, addig később járulékfizetéshez kötött biztosítási jogviszony kellett hozzá. „...1996 óta minden Magyarországon élő magyar állampolgár jogosult a kötelező egészségbiztosítás természetbeni egészségügyi szolgáltatásaira, amely az egészségi állapot által indokolt mértékben vehető igénybe. ... gyakorlatilag a megelőző ellátásoktól a rehabilitációs

¹⁷ Az itt bemutatott információk forrása: Borbás et al., 2005.

ellátásig minden egészségügyi szolgáltatás a biztosítási rendszer része.” (Borbás et al., 2005, 33. old.)

Az egészségügyi rendszer finanszírozása alapvetően közforrásból történik, a magánkiadásokat a teljes kiadások 20-30%-ra becsülik. A közforrások közül a munkáltatók által fizetett egészségügyi hozzájárulás teszi ki a legnagyobb részt. Az egészségügyi kiadásokat a befolyt összegből az Egészségbiztosítási Alap az Országos Egészségbiztosítási Pénztáron (OEP) keresztül téríti meg az önkormányzatok tulajdonában lévő egészségügyi intézmények működési költségét. Az önkormányzatokat kötelezettség terheli a lakosság egészségügyi ellátásának biztosítására. Ennek a kötelezettségüknek az intézmények tulajdonosaként tesznek eleget. Az intézmények fenntartásának költségei őket terheli. A betegek számára az ellátás elviekben térítésmentes, azonban a pl. gyógyszerekért, gyógyászati segédeszközökért fizetniük kell.

Az ingyenes ellátás mellett létezik a hálapénz, melynek értéke 2002-ben becslések szerint 40,6 milliárd Ft-volt.

Az egészségügyi ellátás első szintjét a háziorvosi szolgálat jelenti, mely célja, hogy megvalósítsa a szabad orvosválasztás elvét. Ennek ellenére a háziorvosi szolgálatok döntő többsége területi ellátási kötelezettséggel rendelkezik. A háziorvosi finanszírozás a teljesítményalapú u.n. kártyapénzen alapul, mely az ellátott betegek számával arányos.

A járóbeteg ellátást legnagyobb részben a kórházak végzik, a reformokat irányító hatóságok ezzel ellentétes szándéka ellenére is. A járóbeteg szakellátás finanszírozásánál, a gondozóintézeti tevékenységek esetén feladatfinanszírozásról beszélünk, míg az általános járóbeteg-szakellátás, képalkotó diagnosztika esetében teljesítményfinanszírozás zajlik. A teljesítmény finanszírozás alapját a különböző beavatkozás-fajtákra megállapított pontok adják. Az ellátási teljesítménnyel összegyűjtött pontok ellenértékét fizeti az intézmények az OEP.

A fekvőbeteg ellátás három szintű: a lakosság számára lakhelyétől max. 25-30 km-re lévő városi kórházak csak az alapvető osztályokkal rendelkeznek. Ezeket követik a megyei kórházak (és több budapesti kórház), melyek néhány szakma esetében, mint regionális központ funkcionálnak. Szakmai szempontból legfőleg az országos intézetek és az egyetemi klinikák helyezkednek el, melyek a saját területükön országos feladatkörrel rendelkeznek. A kórházak folyó kiadásait az OEP finanszírozza, míg a fenntartás költségei az önkormányzatokra hárulnak. A kórházak

teljesítményfinanszírozásban részesülnek, a betegségek ellátásához kapcsolódó u.n. Homogén Betegség Csoportok (HBCs) rendszere alapján. Ez a rendszer 1998 óta működik. Bevezetésének negatív hatása volt a kórházi teljesítményeket gerjesztő hatása. 2004-től a teljesítmény volumenkorlát (TVK) intézményének bevezetése volt hivatott ezt a gerjesztő hatást megfékezi.

Az egészségügyi ellátásra fordított költségvetési kiadások csökkentésének igényével az utóbbi években több átalakítási hullám is elérte a kórházakat. 2006-ban jelentős ágyszám csökkentést és kórházbezárásokat hajtottak végre a rendszer túlzott kórház-centrikusságának ellensúlyozására.

A kormány 2007/2008-ban a biztosítási rendszer átalakítását, részleges privatizálását tervezte (Index, 2007), azonban a kialakult társadalmi ellenállás miatt a program leállítására kényszerült (FN.hu, 2008).

5.2. Helyzetkép az egészségügyi folyamatok karcsúsításáról

Magyarországon az egészségügyi szakemberek körében ma még szinte teljesen ismeretlen fogalom a karcsúsítás, avagy „karcsú egészségügy” (lean healthcare), csupán néhány intézmény vezetője és néhány érdeklődő szakember önszorgalomból fordít figyelmet a megismerésére¹⁸. Az iménti állításomra helyességére számos jel utal:

- Az egészségügyi menedzserképzés egyik bástyája, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja nem oktatja kifejezetten ezt a témát (minőségfejlesztést, TQM-et igen), ebben a témában nem születnek szakdolgozatok.
- Az egészségügyi menedzsment számos prominens személye által írt, és nem kevésbé elismert személye által szerkesztett, a klinikai hatékonyság fejlesztésével foglalkozó könyv (Gödény, 2007) nem tárgyalja a karcsúsítást („lean”, Toyota rendszer, stb.).
- Az egészségügyi menedzsment hazai szakfolyóiratai néhány kivételtől (pl. Baur, 2006) eltekintve nem közölnek cikkeket a témában.

¹⁸ A disszertációhoz kapcsolódó kutatások 2007 nyarán kezdődtek, az azóta eltelt időben történhetett előrelépés a karcsú menedzsment megismertetése terén.

- A minőségfejlesztés területén deklaráltan kiemelkedően teljesítő Zala Megyei Kórház és a nyíregyházi Jósa András Oktatókórház vezetői számára a 2008-évi ISO 9000 Fórum Konferencián a téma még „újszerű” volt.
- Azok az egészségügyi menedzsmenttel foglalkozó szakemberek, akikkel a kutatásaim során kapcsolatba kerültem, nem ismertek olyan magyar egészségügyi intézményt, ahol a karcsú menedzsmentet alkalmazták volna.

Természetesen a fenti jelek nem jelentenek egyértelmű bizonyítékot, azonban mindenképpen felhívják rá a figyelmet, hogy a karcsúsítás hazai alkalmazása elmarad a világon ismert legjobb szinttől (USA, Egyesült Királyság).

Emellett azt is el kell mondani, hogy az egészségügy fejlesztése számos kezdeményezés mentén folyik (pl. minőségfejlesztés (Gulácsi, 2000), hatékonyságfejlesztés (Gődény, 2007), six sigma alkalmazása (Topár, 2006; Tóth, 2009) amelyek célja, megközelítése, eszközei bizonyos mértékig átfednek a karcsú menedzsmenttel, így kapcsolható lenne a karcsúsításhoz, ám egyelőre ez még nem történt meg.

6. A karcsúsítás tényezőinek megjelenése egy magyar, Nemzeti Minőség Díjas kórház működésében

Ebben a fejezetben a kutatásom másik alapkövét, a Zala Megyei Kórház esetét és az eset elemzésének eredményeit mutatom be. Ezzel az alapirodalomban vázolt, a 20 külföldi eset alapján finomított képet ütköztetem egy hazai kórház fejlesztési törekvései során szerzett tapasztalatokkal.

Mindezzel a céloom kétrétű: (1) a nemzetközi tapasztalatok kiegészítése, mélyebb megértése – ehhez szükséges az eset körülményeinek részletes ismerete. (2) A nemzetközi tapasztalatok általánosíthatóságának megítélése. Amennyiben ugyanis a nemzetközi tapasztalatok a hazai környezetben is jellemzőek, úgy feltételezhető, hogy olyam általános mintákat sikerült feltárni, amely igen széles körben jellemzőek lehetnek. A kutatás célja azonban a jelenségek bemutatása, nem a jelenségek mögötti magyarázatok feltárása, így az itt feltárt jellemzők okainak és érvényességük határainak meghatározásához további kutatások szükségesek.

6.1. A Zala Megyei Kórház (ZMK) általános bemutatása¹⁹

Ebben a fejezetben röviden bemutatom a kórházat és működésének legfőbb jellemzőit.

A Zala Megyei Kórház 2009-ben 161 éves múltat tekint vissza. Tulajdonosa a Zala Megyei Önkormányzat, közvetlen betegellátási területe Zalaegerszeg és környéke, illetve Lenti és környéke, de a kórház szükség szerint ezen a területen túlról is fogad

¹⁹ A kórház bemutatásához az intézmény honlapján (www.zmkorhaz.hu) 2009. szept. 30-án elérhető adatokat használtam fel.

betegeket. A kórház 1700 dolgozója évi 37000 esetet lát el a 20 fekvőbeteg osztályon (1270 ágygal) és 1 millió esetet a több mint 100 szakrendelésen. A betegellátásban 11 központi diagnosztikai, terápiás, valamint központi ellátást nyújtó osztály is részt vesz. A kórház az általa ellátott terület lakosainak komplex igényeit elégíti ki a hagyományos orvosi szakmáknak megfelelő és azokon túli profíllal, pl.: belgyógyászati, sebészeti, neurológiai, pszichiátriai, nőgyógyászati, gyermekosztály, ortopédia, szájsebészet, szemészet, STROKE Centrum, gyermekintenzív részleg, Kardiológiai és Szívsebészeti Centrum.

Az egészségügyi ellátás minőségi színvonalának folyamatos növelése érdekében a Zala Megyei Kórház a kilencvenes évek elejétől keresi és alkalmazza a legkorszerűbb vezetési elveket, mint pl. a kontrolling és a minőségbiztosítás. A kórházat 1995-ben az Osztrák Minőségügyi Tanúsítók Szövetségétől (ÖQS) ISO 9001 szabvány szerinti tanúsítást nyert. A minőségügyi rendszer javítása érdekében a kórház számos területen működtet fejlesztőcsoportokat (belgyógyászat, sebészet, diagnosztika, ápolás, háttérterületek).

Az intézet több oktatási intézmény oktatókórházként is funkcionál (Pécsi Orvostudományi Egyetem, a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem és a Zalaegerszegi Deák Ferenc Egészségügyi Szakközépiskola). A II. Belgyógyászati Osztály 1997-ben elnyerte a WHO Klinikai és Demonstrációs Egység Címet.

A kórház kiemelkedő teljesítményt nyújt a minőségfejlesztésben. Erről tanúskodnak a teljesítményéért kapott elismerések, díjak:

- 1997-ben IIASA-SHIBA díj
- 2003-ban a Zala, Vas és Győr Sopron megyei Iparkamarák által kiírt Nyugat-dunántúli Regionális Minőségi Díj különdíja
- 2006-ban Nemzeti Minőségi Díj, Közszolgáltatói Kategória – az egészségügyi szolgáltatók között elsőként

6.2. A kutatás módszertana

Ebben a fejezetben a hazai eset kiválasztásának szempontjait, az információgyűjtés és az információk feldolgozásának szempontjait és menetét mutatom be röviden.

6.2.1. Az esetválasztás indoklása

Ahogy az a korábbiakban a hazai viszonyokról írtam, a karcsú menedzsment még nem jelent meg a kórházi gyakorlatban. Viszont ahogyan arra egy korábbi hazai kutatás eredményei rámutattak, a karcsúsítás kórházi környezetben való mélységi kutatása csak abban az esetben lehetséges, ha a kutatott szervezet fogadókész a karcsú szemlélet átvételére, azaz már rendelkezik bizonyos szintű folyamatszempléttel, nyitottsággal a változások iránt (Jenei et al., 2008). A TQM és a karcsú menedzsment korábban bemutatott összefüggései jó alapot adtak ahhoz, hogy a kutatásban való részvételre egy olyan kórházat kérjek fel, amely nyilván valóan alkalmazza a TQM szemléletet, azaz rendelkezik a szükséges fogadókészséggel. Ebből a megfontolásból kerestem fel a két Nemzeti Minőségi Díjat birtokló kórházat. Ezek közül a Zala Megyei Kórháznál végzett kutatásom eredményei kerültek be a disszertációba, mert a disszertáció véglegesítésekor azok adtak teljesebb képet a kórházról. Mindemellett azonban meg kell jegyeznem, hogy a Zala Megyei Kórház és a nyíregyházi Jósa András Oktatókórház számos ponton nagy hasonlóságot mutat.

A Zala Megyei Kórház esete nem a karcsú menedzsment alkalmazásáról szól, legalább is abban az értelemben nem, hogy a kórház vezetői és dolgozói nem használják ezt a kifejezést a folyamatfejlesztési törekvéseik azonosítására. A kórház a betegelégedettség növelésére, a betegbiztonság és a folyamatok hatékonyságának növelésére és a gazdálkodás egyensúlyának megteremtésére vonatkozó törekvéseit a minőségirányítás, minőségfejlesztés, a TQM és a kontrolling szorosan összefonódó rendszerével valósítja meg. A kórház 2006 évi teljesítménye alapján elnyerte azt a

Nemzeti Minőségi Díjat, mely egyértelműen meghatározott célja a TQM szemlélet alkalmazásában élen járó hazai termelő és szolgáltató vállalatok, intézmények elismerése.

A kórház esete tehát mégis a karcsúsítás kórházi környezetben való alkalmazásáról szól abban az értelemben – és kutatásom szempontjából ez a meghatározó – hogy az alkalmazott gondolkodásmód (ISO rendszerű minőségirányítás és TQM szemléletű minőségfejlesztés) és eszközök jelentős mértékben megfeleltethetők a karcsúsítás gondolkodásmódjának és eszközeinek (Jenei, 2009). Mindezt egyrészt bizonyítják az 1.4. fejezetben, a TQM és a karcsúsítás szoros kapcsolatáról írottak. Másrészt bizonyító erejű az a tény, hogy a kórház számos elemét rendszerszerűen alkalmazza az 1.3. fejezetben leírt, a karcsúsítás Shah – Ward (2007) által empirikus kutatással meghatározott eszközeinek. Harmadrészt, a kórház által megvalósított fejlesztési projektek jellege is egyértelműen illeszkedik a 20 korábbi esetben tárgyalt fejlesztések közé.

6.2.2. Az adatgyűjtés módszerei

A hazai Zala Megyei Kórház működéséről több módon gyűjtöttem adatokat, hiszen így csökkentem az esélyét annak, hogy jelentősen torzított adatokkal kelljen dolgoznom (Voss, 2002). Az alábbi információforrásokra témaszkodtam:

- Felhasználtam a Nemzeti Minőség Díj pályázati anyagát (ZMK-NMD, 2006). A pályázati anyagban szereplő információk valódiságáról, illetve a kórház működéséről a pályázat elbírálása során egy független bizottság a helyszínen meggyőződött. Ennek megfelelően a pályázati anyagban szereplő információkat hitelesnek fogadom el. Ezek külön értékelése érdekében nem tettem lépéseket.
- Interjúkat készítettem a kórház vezetőivel: a jelenlegi főigazgatóval (Dr. Csidei Irén) és a minőségirányítási igazgatóval (Dr. Kránitz Katalin), valamint annak helyettesével (Bognárné Laposa Ilona), továbbá a kórház a korábbi főigazgatójával (Dr. Várszegi József) és orvos igazgatójával

(Dr. Rubecz István), a korábbi minőségirányítási igazgatójával (Dr. Tihanyi Mariann), valamint a jelenlegi vezető műtősnővel és egy sebész orvossal.

- Személyes látogatásaim során áttekintettem a kórház minőségügyi kézikönyvét (MIKK), valamint a TQM projektek dokumentációit.
- Felhasználtam a főigazgató és a minőségügyi igazgató az SE Egészségügyi Menedzserképző Központjában írt szakdolgozatát, valamint a szakfolyóiratokban a kórházról és a dolgozóiról megjelent cikkeket, a kórház honlapján található információkat, a kórház dolgozói által tartott konferencia előadások tartalmát.
- A helyszínen megfigyeltem a működést.

Az interjúk elkészítésére 2008 novembere és 2009 áprilisa között került sor. Az interjúalanyokat e-mailban keresetem meg, majd telefonon egyeztettem időpontot. Az interjúkra egyetlen kivétellel a kórház területén került sor. Az interjúk hossza 37 és 72 perc között volt. A főigazgatóval két alkalommal beszéltem. Összesen 6 óra 20 percnyi beszélgetést folytattam, illetve rögzítettem.

Az interjúkat egy rövid bemutatkozással kezdtem, elmondtam a kutatásom témáját és az interjú célját. Ez után tettem fel azt az általánosan megfogalmazott kérdést, amire az interjúalanyaim szabadon válaszolhattak. Az interjú során 2-3 ilyen kérdést tettem fel, ezen túl csak tisztázó kérdéseket, amennyiben arra szükség volt. A feltett kérdések a korábbi és jelenlegi kórházvezetők esetében arra irányultak, hogy miként történt a TQM szemlélet átvétele, bevezetése a kórházban, illetve annak során milyen tapasztalatokra tettek szert. A második kérdéskör a hatékonyság és a gazdaságosság megjelenési formái voltak a fejlesztések során.

A vezető műtősnő és a sebész orvos esetében arra kértem őket, hogy a napi feladataikról, a kórházvezetés által feléjük támasztott elvárásokról beszéljenek szabadon.

A kutatás során összegyűjtött információkat a 3.2. fejezetben bemutatott, a kórházak karcsúsítása szempontjából alapirodalomnak tekintett cikkek elemzésével létrehozott kódrendszer szerint rendszereztem. A rendszerezett információkat

összevettem az alapirodalomban foglaltakkal és a külföldi esetek elemzésének eredményeivel. Az így nyert információk segítettek mélyebben megérteni a kórházak folyamatainak fejlesztésével kapcsolatos egyes tényezőket, és lehetővé tette, hogy pontosabb képet fessek a karcsúsítás lehetőségeiről és korlátairól. Az összevetés ezen túl támpontot jelentett arra vonatkozólag is, hogy mely jelenségek tekinthetők általánosan jellemzőnek, és melyek azok, amelyek feltehetően csak az adott ország egészségügyi rendszerének, vagy egy-egy kórház sajátosságai.

6.3. Karcsúsítás és az azzal összefüggő tényezők a Zala Megyei Kórházban

Ebben a fejezetben a ZMK minőségfejlesztési tapasztalatainak az egészségügy karcsúsításában általam alapirodalomnak tekintett cikkek alapján felállított kódrendszer szerinti elemzésének eredményeit mutatom be. Először a kódolt szövegrészek (említések) számszerű megoszlását mutatom be röviden, majd az egyes tényezőkhöz kapcsolódó tapasztalatokat a kódrendszer bemutatásánál alkalmazott sorrend szerint tárgyalom.

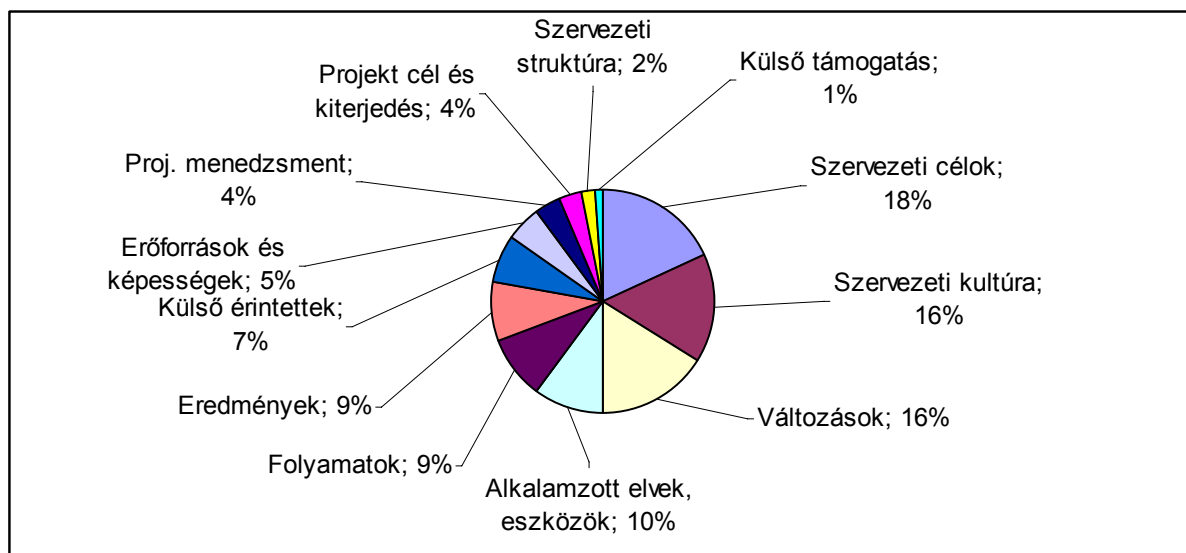
6.3.1. Általános kép a fejlesztésekről a kódolás számszerűsített eredményei alapján

Mielőtt az egyes kategóriákhoz tartozó információkat és az azokból levonható következtetéseket részletesen bemutatnám, először a kódolt szövegrészeknek a kategóriák közötti számszerű megoszlásával foglalkozom. Ez egyfajta rálátást biztosít a ZMK karcsúsítási törekvéseivel kapcsolatos információk jellegére.

A 12. ábra a kódolt szövegrészek (említések) megoszlását mutatja az egyes kategóriák között. Habár ebből az egyszerű kimutatásból messzemenő következtetéseket nem célszerű levonni – hiszen az részben az interjú kérdések

befolyásával született – mégis feltűnőek a korábbiakban elemzett esettanulmányok tartalmához képesti hangsúlyeltolódások.

12. ábra: Az ZMK fejlesztéssel kapcsolatos szövegrészek megoszlása az egyes kategóriák között



Forrás: saját készítésű ábra

A későbbiekben látni fogjuk, hogy az ábrán megjelenő hangsúlyok jellemzőek a kórház vezetőinek gondolkodására, és a kórház kommunikációjára általában is. Így mind a szervezeti célok – a szervezet küldetése és jövőképe – megjelennek pl. nem csak a minőségirányítási kézikönyvben (MIKK), de a kórház honlapján is (www.zmkorhaz.hu). A három legnagyobb kategória, a szervezeti célok, a szervezeti kultúra és a változások az összes említésnek pontosan a felét adja. Ez az arány (habár csak tájékoztató jellegű adat is) támogatja azt benyomásomat, mely szerint a kórház vezetése elkötelezett a TQM alkalmazása iránt, melynek alapját képezi a stratégiai szemlélet, az elvek „totális” – azaz a szervezeti kultúra szintjén is megjelenő átültetése, és a folyamatos fejlesztés (változások). Ide kapcsolható még a külső érintettekkel kapcsolatos említések a korábbiakhoz képesti magasabb aránya: ez is a stratégiai szemlélet meglétét támasztja alá.

A korábban bemutatott eseteírásokkal összevetve az is látható, hogy a kórházi információforrások az eszközök kisebb hangsúlyát közvetítik. Ennek természetesen számos oka lehet, mégis – részben a későbbiekben bemutatásra kerülő információk alapján – úgy gondolom, ebben szerepe van annak, hogy **a kórház által követett ISO és TQM módszertanok sokkal kevésbé adnak útmutatást a kézzelfogható eszközökkel kapcsolatosan, mint a karcsúsítás irodalma.** Az ábrából az is kiderül,

hogy a ZMK információforrásai kiegyensúlyozottabb képet adnak a fejlesztésekről, azok környezetéről, mint a korábban elemzett 20 eset. Ez a jellemző igazolja az esetnek a kutatásba való bevonásának jogosságát, hiszen így nő a kutatás megbízhatósága és érvényessége is; a **stratégiai szemlélet hangsúlyosabb megjelenése és a különböző tényezők kiegyensúlyozottabb bemutatása jól kiegészíti a korábban az eszközök és eredmények túlzott hangsúlyát.**

6.3.2. A szervezet céljai és a külső érintettek

A korábban bemutatott 20 eset kapcsán hiányoltam a stratégiai szemlélet és a hosszú távú gondolkodás jelenlétét igazoló szövegrészeket. A ZMK esetében teljesen más a helyzet. A szervezet céljainak megjelenése mind az interjúkban, mind az egyéb forrásokban (NMD pályázati anyag, minőségirányítási kézikönyv (MIKK), weblap, stb.) nyilvánvaló és gyakori.

A szervezet céljain, mint kategórián belül megtalálható mindhárom tényező gyakran kerül elő az interjúkban, sőt a további forrásokban is megjelennek. Mindez azt sugallja, hogy a kórház mindennapjaiban is jelentős hangsúlyt kapnak a „vevő”, a „vevői igények”, a stratégia kérdései, és a stratégia megvalósulásának mérését megvalósító rendszerek.

A kórház vezetése a szolgáltatás vevőiként egyértelműen a betegeket azonosította: „A ZMK a legfőbb vevőjének a beteget tekinti.” (ZMK-NMD, 2006, 35. old). Az ő igényeik kielégítését, elégedettségük megszerzését célozza a kórház számos, a konkrét gyógyítási tevékenységen túli intézkedése; így a kórházon belül és a médián keresztül megvalósított, széles körű tájékoztatás (a kórház működéséről, jogairól, házirendről, új szolgáltatásokról, stb.), betegjogi képviselő és szociális munkatárs foglalkoztatása a panaszok kezelésére, betegelégedettségi felmérések, a lakosság egészségi állapotának felmérése, az új szolgáltatásoknak a lakosság igényeihez való igazítása, a betegklubok létrehozása, stb. (ZMK–NMD, 2006)

A betegek, illetve a kórház által kiszolgált lakosság áll a kórház honlapján is közzétett küldetésnyilatkozat középpontjában is:

„A Zala Megyei Kórház küldetése elsősorban Zala megye lakosságának hatékony gyógyítása, intézményi ápolása, valamint egészségének megőrzése. Ennek érdekében nagy súlyt fektetünk a megye lakosságát leginkább érintő betegségek diagnosztizálására, hatékony gyógyítására.

Részt vállalunk a megelőző, szűrő rendszerekben, az egészséges életmódot terjesztő programokban, kapcsolatot tartunk fenn betegegyesületekkel és más társadalmi szervezetekkel.” (ZMKorhaz.hu, 2009/a)

Ugyanakkor, ahogyan a fenti idézet is mutatja, a kórház vezetése egyértelműen tisztában van a működés további érintettjeinek szerepével is: *„Ezen mi már végigmentünk többször is... Több vevőt, illetve érdekelt felet említünk, az OEP-től kezdve, a fenntartó – az önkormányzat, az engedélyező – az ÁNTSZ, a minisztériumon keresztül a társkórházak, a beutaló orvosok – a házi orvostól a másik városi kórházon keresztül...”* (Tihanyi, 2009, 2. old.).

A kórház tudatosan menedzseli a további külső érintettel fennálló kapcsolatait. A finanszírozónak (Országos Egészségügyi Pénztár – OEP) havi rendszerességgel küld beszámolót a teljesítményéről, majd azt az OEP szintén havi rendszerességgel igazolja vissza. A házi orvosoknak képzéseket tart, illetve az ő véleményüket is rendszeresen felméri. Igyekszik szoros szakmai kapcsolatot fenntartani a térség kórházaival, a házi ápolási szolgáltatásokkal, az oktatási intézményekkel: *„... a főorvosok szakmai felügyeletet biztosítanak a megyén belüli városi kórházakban, szakmai kollégiumokban vesznek részt. ... Az oktatási intézményekkel a szakember utánpótlás érdekében alakítottunk ki szoros együttműködést.”* (ZMK-NMD, 2006, 23. old.) A beszállítók menedzselése is szabályozott: *„Beszerzési osztály beszállítói minősítési rendszert működtet. A beszállítókat a felhasználó területekkel közösen választják ki, közösen határozzák meg a termék/szolgáltatás jellemzőit.”* (ZMK-NMD, 2006, 24. old). A kórház ezen túl alapítványokat és egyesületeket hozott létre. Az állami szervezetekkel való kapcsolatok ápolását fontosnak ítéli a kórház, a működés szempontjából lényeges információk (népesség állapota, várható intézkedések, stb.) megszerzése, a szakmai munka támogatása érdekében (ZMK-NMD, 2006, 24 old).

Hogy a kórház vezetése a múltban hogyan kívánta a küldetést megvalósítani, jól összefoglalta a korábban érvényes jövőkép²⁰:

„Hatékony gyógyítási tevékenységünkkel, a betegek elégedettségének elérésével, az intézet gazdaságos és hatékony működésével, melyeket a legkorszerűbb menedzsment eszközök, módszerek alkalmazásával támogatunk, kívánunk a régió vezető kórházává válni.” (ZMKorhaz.hu, 2008)

Ebből kiderül, hogy a vezetés mit tekint a működés céljainak:

- hatékony gyógyítás
- betegek elégedettsége
- gazdaságos és hatékony²¹ működés
- legkorszerűbb menedzsment eszközök alkalmazása
- vezető szerep a térségben

Azaz a betegek elégedettsége és a magas szakmai színvonal mellett a kórház a működés más területin is a kiválóságot célozta meg; az alkalmazott menedzsment eszközök és a működési hatékonyság (gazdaságosság) tekintetében is. Ez a megközelítés, véleményem szerint jelentős szerepet játszott a kórház eddig elért sikereiben²².

A stratégia megalkotásánál a kórház deklaráltan a betegek kimondott (lásd betegelégedettségi felmérések) vagy ki nem mondott igényeinek (pl. az ellátott terület demográfiai és egészségi állapotából fakadóan adódó szakmai feladatok) kielégítését helyezi előtérbe, annak megtervezésénél figyelembe veszi a finanszírozó elvárásait is.

„... a stratégia alkotás során a vezetés figyelembe veszi a ZMK ellátási területét és fogyasztói piacát, azt a környezetet, amelyben működik, valamint az érvényben lévő

²⁰ A kórház által 2009 tavaszán megújított jövőkép-nyilatkozatot tett közzé.

²¹ Az itt megnevezett hatékonyság a működés hatékonyságára utal, míg a fenti a gyógyítás hatékonyságára. A két fogalmat célszerű elkülöníteni egymástól: a gyógyítás hatékonyságát (avagy hatásosságát) az alkalmazott eljárással elérhető egészség-javulás határozza meg. A működési, vagy technikai hatékonyságot a ráfordítások és az eredmények viszonya. Ebből kifolyólag lehetséges egy eljárás lehet hatásos, de nem hatékony, és lehet hatékony, de nem hatásos. A témáról bővebben lásd: Evetovics, Tamás - Gaál, Péter (2003): „Mennyire hatékony a költséghatékony? – Hogyan lett egy elemzési módszer nevéből önálló hatékonyság fogalom”, *Egészségügyi Menedzsment*, Március-Április, pp. 74-81.

²² A kórház megújított jövőkép-nyilatkozatában már a korábbtól eltérő hangsúlyok szerepelnek. A „vezető szerep” helyett az „elismerő” és „meghatározó szerepvállaló” kifejezés áll, a „gazdaságos és hatékony” helyett a „gazdaságilag stabil”, a „legkorszerűbb menedzsment eszközök” pedig nagy sajnálatomra kikerültek a nyilatkozatból. Ez a hangsúlyváltás feltehetően a hazai finanszírozási környezet drasztikus változásainak tudható be.

finanszírozási szerződését. Folyamatosan elemzi az ellátandó terület demográfiai adatait...” (ZMK-NMD, 2006, 10. old.).

Ezen túl a további környezeti feltételek figyelembe vételével igyekeznek kijelölni a hosszú távra szóló fejlesztési irányokat: *„Az állami szervezetekkel való kapcsolatok ápolását fontosnak itéli a kórház, a működés szempontjából fontos információk megszerzése érdekében (népesség állapota, várható intézkedések, stb.)”* (ZMK-NMD, 2006, 24 old). Ezt a filozófiát a vezetők napi szinten is magukénak vallják: *„... ha van valamilyen kezdeményezés a minisztériumban, akkor igyekszünk mindig ott lenni, ... ”* (Tihanyi, 2009. 2. old.)

Habár a kórház irányítása az elmúlt években is alkotott stratégiát, az általában csupán az elkövetkező év céljait és tervezett fejlesztéseit, intézkedéseit foglalta össze:

„...a vezetés évente egyszer kibővített stratégiai-koordinációs megbeszélést tart, hogy egy évre vonatkozóan meghatározza a szervezet operatív stratégiáját.” (ZMK-NMD, 2006, 13. old).

Ezzel szemben 2009 tavaszán a kórház vezetése a stratégiai alkotás módját is fejlesztette, így a korábbiakhoz képest teljesebb stratégiát sikerült kidolgoznia:

„Külső tanácsadót kérünk fel..., mert érezzük, hogy a stratégiát és a célkitűzéseket, meg a megvalósítást nem igazán tudjuk összehozni...” (Csidei, 2009/b, 2. old.)

A célok teljesülésének nyomon követése érdekében a kórházban számos fórum működik. Ezekről a 9. táblázat ad áttekintést. A célok kitűzését és azok megvalósulásának nyomon követhetőségét a mutatószám rendszer és a kontrolling kimutatások segítik. A kontrolling rendszer a minőségbiztosítási/minőség irányítási rendszerek bevezetésével párhuzamosan épült ki.

9. Táblázat: A célok teljesülése értékelésének fórumai és gyakoriságuk

Teljesítményértékelés fóruma	rendszeresség
vezetői értekezlet	hetente
vezetőségi átvilágítás	évente
szakmai vezető testületi ülés	negyedévente
főnövéri értekezlet	negyedévente
osztályértekezlet	negyedévente
osztályon napi megbeszélés	munkanapokon
minőségügyi tanács	negyedévente
bizottságok beszámoló	évente
munkatársi elégedettség felmérés	évente
konzílium	szükség szerint
belső minőségügyi auditok	évente

Forrás: ZMK (2006) és Csidei (2009/a)

A menedzsment a heti vezetői értekezleteken operatív értékelést tart és annak eredményét havi gyakorisággal közli az osztályokkal (ZMK-NMD, 2006). Az osztályok szintén havi rendszerességgel megkapják a kontrolling kimutatásokat is:

„Év elején készül egy terv az egyes osztályok tervei alapján, azokkal egyeztetve, majd „havonta kapnak gyorsinfót az osztályok, hogy hogyan alakul az eredményük, negyedévente részletes elemzést kapnak. Ha nagy az eltérés a terv és a tényadatok között, akkor leülünk megbeszélni...” (Csidei, 2009/b, 1. old.)

Összegezve az eddigieket elmondható, hogy a ZMK nyilvánvalóan rendelkezik hosszú távú célokkal és rendszeresen készít stratégiai terveket. Ezekben a beteg, mint „vevő” áll a fókuszban, de a kórház vezetése figyelmet fordít a többi érintettel való jó, és eredményes kapcsolatra is. A célok között megjelenik a hatékony és gazdaságos működés is. A célok teljesülését a kórház vezetése mutatószámok felállításával és rendszeres értékelésével, valamint a kontrolling által készített kimutatásokkal ellenőrzi. A teljesítményükről az egyes osztályok rendszeresen visszajelzést kapnak.

Mindezek alapján a ZMK esete eltér a korábbi 20 esettől, hiszen azokban csak marginális szerepet kapott a stratégiai szemlélet, ugyanakkor megfelel az alapirodalom sugallta képnek, mely szerint a karcsúsítás a stratégiai szemlélettel párosulva lehet

igazán sikeres. A ZMK tehát magában hordozza a lehetőségét a stratégiai célokból kiinduló folyamatfejlesztési törekvések megvalósításának. A további tényezők értékelésével bemutatom, hogy mindezt mennyiben sikerült megvalósítania a kórháznak.

6.3.3. A ZMK belső folyamataira vonatkozó információk értékelése

Ebben a fejezetben áttekintem, hogy az összegyűjtött információk milyen képet mutatnak ZMK belső folyamatairól.

A kórház 1991-től kezdve először a minőségfejlesztés WHO által javasolt módszertanával, majd az ISO 9000-es szabványoknak megfelelően, később a standardok módszerével, és végül a TQM szemlélet felhasználásával fejlesztette a folyamatait.

1995-re, az ISO tanúsítás idejére megszülettek a betegellátási folyamatok leírásai (Rubecz, 2009). *„Ezek a szakmai kollégiumok által definiált, illetve a nemzetközi standardok alapján bizonyított hatékony és gazdaságos eljárások. A kórház diagnosztikai és fekvőbeteg ellátó területein a betegségek nemzetközi osztályozásának megfelelően az ellátott betegségek 70-80%-át fedik le kidolgozott szakmai algoritmusok, ápolási protokollok. Ennek eredménye standardizált és dokumentált megközelítés a legfontosabb diagnózis kategóriákban.”* (ZMK-NMD, 2006, 31. old.)

Az ISO 9000 tanúsítás 1995-ös megszerzése után is tovább folyt a munka, így 2006-ra: *„A folyamatszabályozás a kórház minden tevékenységére kiterjed, biztosítva a nyomonkövethetőséget az ellátás teljes folyamatában és az egyes szaktálcák tevékenységének koordinálását.”* (ZMK-NMD, 2006, 31. old.). Így mára... *„A működést a Szervezeti és Működési Szabályzat és az Adatvédelmi szabályzat és a Minőségirányítási Kézikönyvben megtalálható szabályzások irányítják.”* (ZMK-NMD, 2006, 5. old.) A szabályozott folyamatokat szabályozott információáramlás kíséri: *„MEDWORKS integrált egészségügyi informatikai rendszer követi a betegutakat és a betegellátás folyamatát. A rendszerben on-line módon elérhetőek az eljárás- és műveletleírások, szakmai protokollok, valamint az Egészségügyi Minisztérium Szakmai*

Ajánlásai. A rendszer on-line adatforgalmat és kommunikációt biztosít a teljes intézményi rendszer felhasználói részére (ellátási, előjegyzési, labor és egyéb diagnosztikai, gyógyszer és egyéb információkat.” (ZMK-NMD, 2006, 28. old.). A folyamatokhoz kapcsolódóan az egyének tevékenysége is szabályozott: „A munkaköri leírások tartalmazzák a munkakört, a jogkört, felelősséget, döntési jogkört, a kapcsolattartás kiterjedését és módját, helyettesíthetőség, konkrét feladatokat és kompetenciákat. A kompetenciák évente felülvizsgálatra kerülnek.” (ZMK-NMD, 2006, 18. old).

Természetesen mindennek csak akkor van értelme, ha az nem csak a könyvekben létezik. A szabályozás életszerűségéről a főigazgató így beszél: *„Szabályozottan tudjuk a folyamatokat végigvinni úgy, hogy nem könyv szerint szabályozunk, hanem megvan a fejekben.”* (Csidei, 2009/a 1. old.)

2005-től a folyamatokhoz indikátorokat is rendeltek. A folyamatok folyamatos felügyelet alatt állnak, a folyamatfelelősöknek lehetőségük van a szabványok változtatására, ha erre szükség van. A folyamatokat az osztályvezetők évente egyszer mindenképpen értékelik. A folyamatok évi rendszerességgel a belső auditokon is megmértetnek, illetve az ISO tanúsítás megújításakor független szervezet is értékeli őket. (ZMK-NMD, 2006)

Mindezek hatására a kórház működése az előzőekhez képest stabilabbá, átláthatóbbá vált: *„Az hamar kiderült, hogy jók ezek a folyamatok, szabályozzák azt, ami eddig szabályozatlan volt. Pl. hogy van főorvosi vizit, vagy nincs, kinek mi a kötelessége, mi a joga, kinek mit kell csinálni. ... Lesz fejlődés abban, hogy a beteg elégedettebb, én, mint szakember jobban átlátom a folyamatokat, ... „ (Rubecz, 2009, 1. old). A meglévő rendszer a további fejlődés lehetőségét is biztosítja: *„... úgy éreztem, hogy a rendszerezettség és az átláthatóság, amit a szabvány keretei nekünk biztosítanak, az a napi tevékenységünket javítja, javíthatja, ebben van az esély. Ezzel tudunk elérni olyan eredményeket a szakmai tevékenységben, amivel ki tudunk tűnni más kórházak közül.”* (Kránitz, 2008, 1. old.)*

A folyamatok hiányosságaira, a fejlesztési lehetőségekre az auditok, a betegelégedettségi vizsgálatok, a nemmegfelelőségi jelentések, a bizottsági jelentések, munkavédelmi ellenőrzések és a balesetek hívják fel a figyelmet, így a

folyamatfejlesztés alapját képezik (ZMK-NMD, 2006). Mindezekon túl a kontrolling visszajelzései is megfogalmazznak fejlesztésre érdemes területeket: *„Rendszeresen kapnak a javaslatot is [az osztályok] ebben a negyedéves elszámolásban. Abban van egy szöveges elemzés az osztály értékeit illetően, és abban megfogalmazódik javaslat, hogy mi az, amit a kontrolling úgy lát, hogy azon lehetne javítani.”* (Csidei, 2009/b, 1. old.)

A jelenlegi folyamatok konkrét hiányosságaként a dokumentációs teher merült fel leggyakrabban: *„Harminc éves gyakorló orvosként azt kell, hogy mondjam, hogy amikor elkezdtem dolgozni, akkor kb. egy órát írtam és hét órát pedig a beteggel foglalkoztam, ... ezzel szemben most három órát foglalkozom a beteggel és a további hét órát azzal töltöm, hogy dokumentálok, dokumentálok, dokumentálok.”* (Kránitz, 2008, 3. old.) Éppen ezért a jelenlegi minőségirányítási igazgató úgy látja, hogy az adminisztráció csökkentése egy fontos fejlesztési irány: *„A munkatársak terhelésének csökkentése érdekében megpróbáljuk egyszerűsíteni dokumentációt. Arra azonban vigyázni kell, hogy aminek le kell írva lennie, az mind rögzítve legyen. Emellett, lehetőség szerint szeretnénk megkímélni a munkatársakat a párhuzamos dokumentációtól.”* (Kárnitz, 2008, 3. old.)

A ZMK esetében – a karcsúsítás szemszögéből nézve – aggodalomra adhat okot, hogy a folyamatok auditálása során nem a folyamatokat magukat figyelik meg: *„A folyamatoknál azt tudjuk ellenőrizni, hogy miként került dokumentálásra.”* (Kránitz, 2008, 3. old.). A dokumentáció elfedheti mindazokat a hiányosságokat, amelyek azokhoz a problémákhoz vezetnek, amelyeket a korábban elemzett 20 eset során számos alkalommal említettek. Ennek a veszélynek a realitását jelzi mindaz, amit a központi műtőblokk kapacitás-optimalizálása során tapasztaltak alapján ír Kránitz (2005, 17. old): *„A ZMK-ban működő minőségbiztosítási rendszer megkívánja a horizontális és vertikális kommunikációs utak pontos definiálását. Ez meg is történt, működésük ellenőrzött. Ennek ellenére tapasztaljuk, hogy a rendszer hiányosságai sokszor idéznek elő kommunikációs aszimmetriát.”*

A fentiekből kiderül, hogy a kórház évtizedek óta erőfeszítéseket tesz folyamatainak átláthatóvá, standardizálttá, szabályozottá tétele érdekében. Ugyanakkor egyértelmű, hogy hibák, fejlesztési lehetőségek a ZMK-ban is akadnak. A végeredmény szempontjából biztató, hogy a felmerülő hiányosságokra a rendszer számos módon

képes felhívni a menedzsment és az osztályok vezetőinek figyelmét, így a változást kicsikarni.

A folyamatok áttekinthetősége szempontjából tehát szintén különbözik a ZMK a korábban leírt esetektől, ahol a folyamatokkal kapcsolatos megjegyzések igen gyakran azok átláthatatlanságáról szóltak. További, de az előzővel feltehetően összefüggő, a többi esethez képesti eltérés, hogy a ZMK-nál az interjú alanyaim nem említik a folyamatok komplexitását, mint az egészségügyi ellátás speciális tulajdonságát²³. A ZMK folyamatainak valós megbízhatósága értékeléséhez azonban további, az eddiginél részletesebb kutatásra lenne szükség.

6.3.4. Változások

Ahogy a kórház általános bemutatásából is kiderül, a ZMK életében nem egy, hanem több változási folyamatot is lezajlott. Ezeket az elemzés további részében a tisztább kép alkotása érdekében érdemes elkülönítenünk. Az elkülönítéshez két szempontot választottam: egyrészt a változások időben való elhelyezkedését, másrészt a fejlesztéseknek az alapokhoz való viszonyát. Ezek szerint beszélhetünk múltbeli és a jelenben (közelmúlt és jelen) zajló változásokról, illetve megkülönböztethetünk mélyreható (radikális) és rutin fejlesztésekről. Vizsgáljuk meg először a múltban lezajlott változásokat!

Változások a múltban

A múltban lezajlott, a téma szempontjából meghatározó változások az 1990-es évek elején kezdődtek. Ennek a változásnak mozgatórugója a fiatal menedzsment újszerű vezetési-szervezési elvek iránti érdeklődése és lelkesedése, valamint a környezet változása volt: „*Abban az időben azért azt már lehetett látni, hogy az egészségügyben előbb utóbb valamilyen minőségügyi folyamatok el fognak indulni.*” (Rubecz, 2009, 1. old.). A változás első lépéseit a WHO minőségfejlesztéssel kapcsolatos képzésén

²³ Ezt részben magyarázza, hogy interjúalanyaim tapasztalata az ipari termelés folyamatairól feltehetően csekély, így nincs számukra összehasonlítási alap.

elhangzottak gyakorlatba való átültetése jelentette, mely bizottsági munka keretében zajlott. Ezek a kezdeti lépések azonban csekély eredményeket hoztak. (Rubecz, 2009) A változási folyamat következő lépése az ISO 9000-es minőségbiztosítási szabványsorozat szerinti elvek alkalmazása volt külső tanácsadók segítségével. Ez a munka a múltban lejátszódott, radikális fejlesztés volt.

A szabvány adaptált változatának további években való alkalmazása már rutinszerű fejlesztésnek tekinthető, melyhez rendelkezésre álltak az eszközök és létezett egy bejáratott gyakorlat: *„Az ő [tanácsadók] vezetésükkel eljutottunk oda, hogy valamennyi osztályon kidolgozásra kerültek a betegellátási folyamatok – a járóbeteg ellátás, fekvőbeteg ellátás, és az ezekhez kapcsolódó ápolási és diagnosztikai osztályokra is.”* (Rubecz, 2009, 1. old.) Ennek megfelelően a kórház által 1995-ben megszerzett ISO 9000 szerinti tanúsítás is már a folyamat része volt, azaz „rutinszerű fejlesztés”. Sőt ebből a szempontból a standardokon alapuló auditokra való felkészülés, a TQM szemlélet bevezetése és az EFQM kiválóság modell szerinti önértékelési projekt megindítását is – a benne fekvő munka nagyságának elismerése mellett – rutinszerű fejlesztésnek tekintem. A változások kétségtelenül élvezeték a felső vezetés (pl. főigazgató) támogatását, tehát egyértelműen egy főlőről indított kezdeményezésről volt szó.

Változások a jelenben

A jelenben történő változások részben a múlt fejlesztéseinek hatására következhetnek be. Így pl. a folyamatok további fejlesztését az teszi lehetővé, hogy a folyamatokról léteznek leírások, a mérőszámrendszer, az auditok és a problémafeltárás egyéb eszközei (pl. bizottsági munka) képesek feltárni a fejlesztésre szoruló területeket:

„[A vezetők] hasonlítják saját mutatószámaikat más, külföldi egyetemi klinikák, vagy hasonló intézmények mutatószámaihoz, és saját maguk indítanak projekteket, ha romlanak a mutatóik.” (Csidei, 2009/a, 1. old.)

A jelenbeli fejlesztések jellegükben tehát rutinszerűnek mondhatók. A változások egy része ugyanakkor irányított, a stratégiai célok elérését célozza:

„A kórház vezetése havi rendszerességgel “szakmai vezető testületi és főnövéri értekezleten a középvezetőkkel együtt gondolkodva értékeli az intézmény eredményeit,

tudatosítják a nehézségeket, meghallgatják a problémákat.” (ZMK-NMD, 2006, 42. old.)

A fejlesztéseknek egy másik szintjét jelenti az aktuálisan felvetődő problémák okán, vagy dolgozói felvetés kapcsán indított fejlesztő projektek. Itt nem a közvetlen stratégiai célok megvalósítása a cél, hanem olyan általánosabb céloké, mint pl. a betegelégedettség növelése, a működési hatékonyság javítása. Amint azonban látható, a vezetés az intézményesített rendszeren keresztül támogatja az ilyen, alulról jövő kezdeményezéseket is, a dolgozók pedig egyre inkább magukénak érzik a rendszert:

„Az elején a korábbi vezetőink elképzeléseinek volt a megvalósítása [a minőségfejlesztés]. Most már igénylik...[a munkatársak].” (Csidei, 2009/a, 2. old.)

A ZMK-nak a fejlesztések során mindig szembe kellett néznie az erőforrások korlátos hozzáférhetőségével, azonban az egészségügyi finanszírozás legújabb átalakításai még tovább szűkítették a kórház anyagi forrásait. Éppen ezért a ZMK a korábbiaknál erősebben érzi a szorítást, és ebből adódóan az igényt a meglévő erőforrások, hatékonyabb kihasználására:

„Pillanatnyilag úgy néz ki a helyzet, hogy a meglévő kapacitások jobb kihasználása lesz az, aminek irányába tovább tudunk lépni... forrásunk nem lesz több” (Kránitz, 2008, 3. old.)

A kórház az 1990-es évek közepén már átélte egy pénzügyi krízist, melyből a folyamatfejlesztés és a kontrolling biztosította eszközökkel sikerült kilábalnia (Kránitz, 2008; Rubecz, 2009). A korábban alkalmazott eszközök azonban már nem képesek biztosítani a szükséges hatékonyságjavulást, így új megoldásokra van szükség:

„Én személy szerint is érzem, hogy gond van. Nem csak az egészségüggyel, hanem az egészségügyben a minőségfejlesztéssel is. Valahogy tovább kellene lépni. Érezzük ezt mindannyian, de a napi terhelés mellett nehéz meghatározni, hogy merre lehet tovább lépni, illetve ... azokat az embereket, akikkel tovább lehetne lépni. ...Lehetőségként kínálkozik a lean menedzsment, de ez eléggé idegen az egészségügyi gyakorlattól.” (Kránitz, 2008, 1. old.)

A kórház a mostani helyzetből egy újabb, feltehetően radikális fejlesztéssel lábalhat ki. Hogy az a karcsúsítás lesz-e, vagy lehetséges olyan utat találni, ami kevésbé „idegen” az egészségügyben, azt ma még nem tudjuk megmondani. Minden esetre tény, hogy a kórház számos szakembere átélte a radikális változásokat, amikor az ISO

rendszernek az egészségügytől idegen gondolkodását kezdték alkalmazni. Ez a tapasztalat feltehetően segíti a kórházat a mostani helyzet átvészelésében is.

A változások stratégiai jelentősége, a vezetők elköteleződése, a dolgozók bevonása

A ZMK minőség- és folyamatfejlesztési törekvései több mint egy évtizedes múltat tekintenek vissza. Ahogyan láttuk a fejlesztések a kórházi működés részét képezik. Vizsgáljuk meg azonban, hogy mennyire sikerült a kórház vezetésének az egész szervezetre kiterjesztenie ezt a rendszert.

Az a korábbiakból is kiderült, hogy a vezetés minden osztálytól megkövetelte a részvételt a folyamatok feltérképezésében és szabványosításában:

„Minden osztály ezt maga csinálta meg, tehát nem felülről irányították. Utána természetes volt egy társaság, aki átnézte, hogy ez a folyamat megfelelő lesz-e vagy nem lesz megfelelő.” (Rubecz, 2009, 1. old.)

Mivel a minőség- és folyamatfejlesztés a stratégiai része, így minden osztály kötelezően részt kell, hogy vegyen benne. Az osztályok teljesítményét a korábban már bemutatott fórumokon rendszeresen nyomon követik. A kórház céljairól minden dolgozó kap felvilágosítást:

„Főorvosokkal, főnővérekkel, elmegyünk osztályértekezletekre elmondjuk, ha valami olyan összejövetel, ahol mindenki ott van, ott is elmondjuk. ... Ezerszer mondjuk el.” (Csidei, 2009/a 1. old.)

Ahogyan azt az alapirodalom elemzésénél láttuk, a fejlesztések sikere szempontjából a vezetők példamutatása és a dolgozók hozzáállása meghatározó jelentőségű. A ZMK-ban a felsővezetés támogatja a fejlesztéseket és meggyőződéssel vesz részt a munkában:

- *„Meggyőződésem, hogy a vezető részvétele nélkül nem szabad és nem is lehet jól működtetni az egész rendszert.”* (Csidei, 2009/a, 2. old.)
- *„A vezetés személyesen is aktívan részt vesz a fejlesztő team-ek munkájában.”* (ZMK-NMD, 2006, 4. old.)

- „A problémamegoldásokhoz kapcsolódóan... bármilyen, az intézmény dolgát, vagy munkáját érintő projektben, akár kezdeményezőként, akár résztvevőként igyekszem részt venni, véleményemet elmondani.” (Csidei 2009/a, 3. old.)
- „Az osztályok vezetői maguk is indítanak projekteket. Meghatározzák, hogy melyek voltak az eltérések okai, és intézkedéseket hoznak.” (Csidei 2009/a, 1. old.)

A vezetés a példamutatáson túl is motiválja is a dolgozókat a fejlesztőmunkában való részvételre:

„...van egy probléma, vagy egy megoldandó feladat, keressük meg azokat az embereket, ... akik abban igazán érdekeltek. ... vonjuk be őket, és kérdezzük meg, és próbáljuk meg együtt megoldani.” (Tihanyi, 2008, 1. old.). „A Minőségirányítási igazgató rendelkezik egy kerettel minden hónapban, abból tudja elismerni az abban a hónapban azokat a dolgozókat, akik az adott hónapban sokat tettek a minőségügyért. Ezen túl a dolgozók bemutatathatják az eredményeiket szakmai konferenciákon.” (Csidei, 2009/a, 1. old.)

A motivációt kiegészíti a kényszer is, hiszen a Minőségirányítási Kézikönyv (MIKK) deklarálja, hogy “a szolgáltatásaink minősége folyamatos javítása a kórház valamennyi munkatársának feladata.” (ZMK, 2008, 10. old.) Ezt a kötelezettségüket a vezetés következetesen kommunikálja is a dolgozók felé:

„Lássák azt, hogy ez nem egy két-embert érintő dolog, nem csak a vezetőt érintő dolog, hanem ez nekik is feladat...” (Csidei, 2009/a, 2. old.)

A fejlesztési törekvések látszólag a kórház mindennapjaiban is jelen vannak. Hogy ez mennyiben van így arra nincsen pontos adat. Egy becslés áll csupán a rendelkezésünkre arról, hogy milyen szinten ismerik a dolgozók a minőség- és folyamatfejlesztési törekvéseket:

„Addig a szintig, tudják, hogy van egy ilyenfajta szemlélet, és hogy ennek az elemei az osztályon,... ezt úgy gondolom, hogy mindenki tudja. Azon a szinten, hogy olyan gondolkodásmódja legyen valakinek, hogy maga is kezdeményezzen ... az ágy melletti [szinten] ... ha nagyon optimista vagyok, talán a fele...” (Tihanyi, 2008, 2. old.)

Összegzés

A ZMK esetében a változások jellege tehát eltér az eddig elemzett esetektől. Itt egy olyan programszerű változást követhetünk nyomon, melyről az alapirodalomként deklarált négy cikk beszél: stratégiai szintű (még ha kezdetben nem is az motiválta), hosszú távú, események egymásra épülő sorozatából áll. Láttuk, hogy a ZMK esetében sikerült megteremteni a folyamat- és minőségfejlesztés intézményrendszerét, elfogadtatni a dolgozókkal. Ennek megfelelően a rendszer képes eredményeket produkálni, amely megjelenik a kezdeti időkben felhalmozott adóság ledolgozásában, a különböző tanúsítások és minőségi díjak megszerzésében. A ZMK tehát jól demonstrálja, hogy lehetséges az iparból származó módszertanok adaptálása és sikeres működtetése az egészségügyben is. Éppen ezért, habár ez az eset eltér az eddig látott esetektől, azokkal nem áll ellentétben, csupán azokat meghaladó tapasztalatokat rejt magában. A további részletek bemutatásával igazolni fogom, hogy a fejlesztések során tapasztalt nehézségek, problémák jelentős hasonlóságot mutatnak a korábbi esetekkel.

6.3.5. Fejlesztési projektek céljai és kiterjedése

Az előző fejezetben bemutattam, hogy mi indította el a minőség- és folyamatfejlesztési programot a Zala Megyei Kórházban. Ebben a fejezetben az egyes fejlesztési projektek céljainak a stratégiához való viszonyát, a projektek céljait és kiterjedését mutatom be röviden.

Ahogy az előző fejezetből kiderült, a fejlesztések a legfelsőbb irányítási szintről indulnak (top-down jelleg), de az intézményesített rendszerek lehetővé teszik az alulról jövő (bottom-up) kezdeményezések véghezvitelét is. A projektek egy része ennek megfelelően a stratégia megvalósításával közvetlenül összefüggő, felülről irányított, jellemzően nagy horderejű változást céloz (pl. 2008-ban a pszichiátria osztály áthelyezése), míg mások a helyi szintű problémák megoldását, vagy fejlesztéseket helyi erőforrások felhasználásával (és a központ intézmények támogatásával) valósítja meg. Példaként röviden ismertetem azokat a projekteket, amelyek a kórház vezetőivel való beszélgetéseim során szóba kerültek. A projektek ilyenformán való bemutatása nem

teljes körű, csupán szemléltető jellegű. Bemutatásukkal a célom csupán, hogy az olvasó meggyőződhessen a kórház fejlesztéseiben jelen lévő szemléletről és azok hasonlatosságáról a korábban elemzett esetekben leírt projektek szemléletével. A példaként állított projektek rövid összefoglalását a 10. táblázat tartalmazza.

A ZMK projektjei kettős jellegük szempontból hasonlóak a Royal Bolton Hospital-nál bemutatotthoz.

10. Táblázat: Néhány példa a karcsúsítás szemléletének megfelelő projektekre a ZMK-ban.

1. A központi műtőblokk kapacitás kihasználásának optimalizálása (Forrás: Kránitz, 2005)	
Kezdeti állapot:	A központi műtőblokk, mely független, önálló egységként működik. A műtőblokk szolgáltatásait igénybe vevő műtéti osztályok nem tudták teljesíteni a tervezett elektív műtéti programot, melynek eredménye a műtétek halasztása és elmaradása, valamint ezzel összefüggésben a betegelégedettségi mutatók romlása volt. A korábbi megoldási kísérletek kudarcba fulladtak.
Cselekmények:	Felhatalmazott projektvezető kinevezése, mögöttes okok feltárása, kapcsolódó érdekek elemzése, megoldási javaslatok kidolgozása. Pontosán meghatározott tervezési folyamat a műtéti programok kialakítására, információáramlás javítása, eszközellátás és karbantartás fejlesztése.
Eredmények:	az elmaradt műtétek száma csökkent (2005. 1. félév vs. 2004 1. félév, 32%-kal csökkent), aneszteziológiai hatékonyság nőtt (27%-kal alacsonyabb létszám 92%-os teljesítményt nyújtott).
2. A neurológiai osztály átköltöztetése a ZMK belső telephelyére (Forrás: Rubecz, 2009)	
Kezdeti állapot:	A neurológiai osztály, melyen a stroke eseteket is ellátták a külső telephelyen volt, míg a kardiológia a belsőn. A vizsgálatok elvégzéséhez a betegeket a telephelyek között szállítani kellett, mely feleslegesen okozott további megterhelést a betegek számára.
Cselekmények:	Pályázati forrásokból sikerült a neurológiai osztály számára helyet kialakítani a belső telephely egy új épületében
Eredmények:	Minőségileg jobb ellátás, a szállítási feladatok és a hozzájuk kapcsolódó költségek megszűnése
3. Új típusú csecsemős-kocsik alkalmazása (Forrás: Rubecz, 2009)	
Kezdeti állapot:	A rácsszerű kocsi nyílásain kicsúszhat a csecsemők lába, beszorulhat, vagy rosszabb esetben (tapasztalatok alapján) eltörhet. Ennek következménye a fájdalom, az ellátás költségei és az esetleges peres eljárás.
Cselekmények:	Új megoldások keresése – áttetsző-műanyag falú kocsik beszerzése.
Eredmények:	A beszorulás miatti sérülések megszűntek.
4. Folyamatok átszervezése a genetikai laboratóriumban (Forrás: Tihanyi, 2009)	
Kezdeti állapot:	Egy ember – egy metodika szerinti munkavégzés, 9 fő
Cselekmények:	A közös „konyhai munka” összevonása
Eredmények:	Folyamatszempléltű munkavégzés, 6 fő

5. Szervezeti átalakítás a gyermekosztályon (Forrás: Tihanyi, 2009)	
Kezdeti állapot:	Elkülönített nővérállomány az osztályon és a szakrendelés között. Az osztályon a nővérek túlterheltek voltak, a szakrendelésen időszakosan az orvosra vártak a nővérek.
Cselekmények:	Az osztályos főnővér egyként kezelte az osztályon és a szakrendelésen jelentkező feladatokat, ehhez osztotta be a személyzetet
Eredmények:	Csökkent az osztályos nővérek terhelése
6. Belgyógyászati szakrendelés munkafolyamatainak az átszervezése (Forrás: Tihanyi, 2009)	
Kezdeti állapot:	Három szakrendelés egy időben, kicsi váróhelyiség, az orvosok az osztályon is dolgoznak. Mindebből adódóan nagy a zsúfoltság, a betegek elégedetlenek, frusztrált dolgozók.
Cselekmények:	Csoportban végzett folyamatoptimalizálás
Eredmények:	Folyamatban
7. Központi laboratórium munkafolyamatainak optimalizálása (Forrás: Tihanyi, 2009)	
Kezdeti állapot:	Az asszisztensek végzik az adminisztrációt, a délelőtti órákban nagy a zsúfoltság, elhúzódik a vérvétel.
Cselekmények:	Csoportban végzett folyamatoptimalizálás
Eredmények:	Folyamatban
8. A vérrendeléssel kapcsolatos információáramlás fejlesztése (Forrás: Tihanyi, 2009)	
Kezdeti állapot:	A vérellátó az osztályok igényeit későn tudja meg, így nem képes minden alkalommal kielégíteni a felmerült igényeket. Ez a beavatkozások halasztásához vezet.
Cselekmények:	Transzfúziós bizottság munkáján belül az információáramlás fejlesztése: Egy héttel korábban az osztályok tájékoztatják a vérellátót a várható igényeikről. Ez alapján a vérellátó intézkedik a vér beszerzéséről, vagy egyeztet az igények időzítésének megváltoztatásáról.
Eredmények:	Folyamatban

Forrás: saját készítésű táblázat

Ahogy azt a 10. táblázat is szemlélteti, számos, a kórház által indított projekt középpontjában a betegelégedettség növelése, a magasabb szakmai színvonalú ellátás és az ellátási folyamat hatékonyságának növelése áll. Bonyolultságukat tekintve megtaláljuk az osztályok határain belül megvalósítható egyszerű (pl. új típusú csecsemős-kocsi beszerzése az esetleges sérülések elkerülése érdekében), a némileg összetettebb projektektől (pl. a genetikai labor folyamatainak átszervezése) egészen az osztályok közötti betegáramlást is érintő, jelentős anyagi áldozatot és időt követelő komplex projekteket is (pl. a neurológia költöztetése).

Az alulról jövő kezdeményezések célja jellemzően a minőségfejlesztés, melybe az egészségügyben elfogadott értelmezés szerint beletartozik a hatékonyság fejlesztése is.

Tihanyi (2008), Kránitz (2008) és Csidei (2009) példaként a következő jellemző projektecélokat említi meg:

- betegelégedettség növelése (tájékoztatás, várakozás, fizikai környezet, fájdalom, diszkréció, stb.)
- beteg biztonságának növelése,
- munkatársak frusztrációjának a csökkentése,
- adminisztratív terhek csökkentése,
- működés hatékonyságának növelése,
- működés gazdaságosságának növelése,
- adminisztráció pontosságának növelése.

Összefoglalóan elmondható, hogy a ZMK a fejlesztések stratégiához kapcsolódó, programszerű kezelésével, a fentről és lentől jövő kezdeményezések intézményesített rendszerével, a Royal Bolton Hospital-nál megvalósított, az alapirodalom szerint egyedüli üdvöztető megoldást alkalmazza.

6.3.6. A projektek menedzsmentje (résztevők, forma, motiváció)

Ahogy a korábbiakban már írtam, a ZMK esetében a minőség- és folyamatfejlesztés kapcsán meg kell különböztetni a kezdeti lépéseket, melyek a rendszer kiépítését célozták, és a formalizált rendszerben megvalósuló projekteket.

A kezdeti fejlesztések tanácsadói segítséggel történtek. A változást magát oktatás előzte meg, mely a felső vezetéstől indult, majd hólabdaszerűen haladt tovább a szervezetben. Az egész tréning folyamat kb. másfél évet vett igénybe (Rubecz, 2009). A rendszer kiépítésének teljes folyamatáról nem állnak rendelkezésemre részletes adatok, csupán néhány információ:

- A mai rendszer alapjainak kiépítése 1991-ben kezdődött el, és kb. 7 évet vett igénybe (Rubecz, 2009)

- A folyamatok leírását minden osztálynak magának kellett elvégeznie, amelyet azután központilag ellenőriztek (Rubecz, 2009).
- A kezdetben a vezetők igyekeztek a potenciális befogadókra építeni és a legnagyobb ellenzőket maguk mellé állítani:
 - „Nem mondom, hogy mindenki óriási lelkesedéssel vett részt a munkában. Nyilván az elején elkezdtek azokkal a munkatársakkal, akikkel baráti viszonyban voltunk, ismertük, hogy jó szakember, ...látszott, hogy többet is tud nyújtani, mint az átlag, és utána szépen [tovább] gyűrűzött a dolog.” (Csidei, 2009/a, 2. old.).
 - „Hát aztán nagyon sok embert azok közül, akik a legnagyobb ellenállást tanúsították megbíztuk feladatokkal, és meg is csinálták – egészen szépen. A végén tulajdonképpen... a nagy ellenállás az megszűnt.” (Rubecz, 2009, 1. old.)

A mára már kialakult rendszerben formalizáltan indított (elsősorban stratégiai jelentőségű) projektek lefutását a Projektmenedzsment Kézikönyvben foglaltak szabályozzák. A szabályozás alá eső projektek céljai, a résztvevői kör, a feladatok, határidők pontosan meghatározottak és dokumentáltak (ZMK-PKK, 2009).

A projektek részvevőinek körére jellemző, hogy a vezetés is részt vesz a projektekben (ZMK-NMD, 2006), illetve a projektbe olyan személyeket hívnak meg, akik az adott kérdéssel kapcsolatosan érdekeltek (Tihanyi, 2008). A mindennapi tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy ma sem mindenki csatlakozik készségesen projektekhez: „Még mindig vannak a kórházban – tizenhárom év után is – olyan munkatársak, akik azt mondják, hogy 'rendben, én mindenféle szakmai plusz feladatra vállalkozom, de ha minőségről van szó, akkor engem hagyjatok békén'.” (Kránitz, 2008, 1. old.)

A projektekben egyértelműen a csoportos probléma/feladatmegoldás az elfogadott munkaforma, azonban a korábbi esetektől eltérően itt a projektteam néhány naponta/hetente találkozik 1-2 órára. Ez alatt az idő alatt megvitatják a teendőket, majd azokhoz felelősöket és határidőket szabnak. (ZMK-PMKK, 2009) Nem jellemző a csoportok több napon át tartó közös cselekvése.

A projektekben, a fejlesztő munkában a dolgozói részvételt a kórház vezetése, személyes példamutatással/részvétellel, intenzív kommunikációval, kreatív munkamódszerekkel, a kezdeményezőnek a projektteam-ba való meghívásával ösztönzik. A dolgozók kérdéshez való hozzáállására jellemző, hogy: *„Az ápolószemélyzet van többen a beteggel... ők sokkal direkter visszajelzéseket kapnak. A képzésbe őket kezdettől bevontuk ... az ápolók a kezdettől sokkal fogékonyabbak.”* (Kránitz, 2008, 1. old.)

A projekteket az intézményesített eszközök (bizottságok, minőségirányítási iroda) és a vezetők személyesen is támogatják: *„Az összes vezetőnkre jellemző, hogy támogatunk minden elképzelést mindaddig, amíg be nem bizonyosodik, hogy az nem lesz jó, vagy nem tudjuk megvalósítani forrás, vagy egyéb hiányában.”* (Csidei, 2009/a, 2. old.)

A projektek lefutása (lépései) a formális projektek esetében a Projektmenedzsment kézikönyv által pontosan meghatározott (ZMK-PMKK, 2009):

- Projektfeladat meghatározása,
- Projektszervezet felállítása,
- Projektterv készítése,
- Projekt jóváhagyása,
- Projekt megvalósítása,
- Projekt nyomon követése,
- Projekt átadás – átvétel
- Projekt zárása,
- Projekt értékelése,
- Előre meghatározott időpontban a bevezetés és a hatékonyság értékelése

A felsorolásból látható, hogy a projekt megvalósításának pontos menetét nem írja elő a kézikönyv, sem az ott alkalmazandó eszközöket. A formális projekteknek nem része az oktatás. Ettől függetlenül tartanak tréninget a minőségirányításról: *„A dolgozók közül már 200 ember részt vett a minőségirányítással kapcsolatos képzéseken, konferenciákon.”* (Csidei, 2009/a, 2. old.)

A projektek menedzselésével kapcsolatosan elmondható, hogy a ZMK-nál mára kialakult a folyamat- és minőségfejlesztés szabályozott rendszere, mely a külföldi eseteknél – kevés kivétellel – hiányzott. A meglévő formalizált rendszer ugyanakkor nem szabályozza a projektek konkrét megvalósulását. A ZMK projektek látszólag intenzitásukban is messze elmaradnak a korábbi esetekben alkalmazott „villámfejlesztésétől”.

6.3.7. A projektek során alkalmazott elvek, eszközök

Ebben a fejezetben röviden jellemzem a projektek kapcsán alkalmazott elveket, eszközöket. A ZMK esetében azonban a külföldi eseteknél jóval kevesebb információ áll rendelkezésemre a téma leírásához.

Mielőtt a konkrét eszközök leírására vállalkoznék, hangsúlyoznom kell, hogy a ZMK története bővelkedik az alkalmazott elvekben is, azok egyfajta fejlődést mutatnak az időben. Rubecz (2009) így beszél erről: „... [az ISO rendszer alapján] valamennyi osztályon kidolgozásra kerültek a betegellátási folyamatok...[majd később] ... elkezdtük beépíteni ebbe az egész rendszerbe a szakmai részeket. ... Ettől kezdődött el az, hogy nem csak magát a betegellátás folyamatát, hanem a betegellátás szakmai folyamatát is szabályoztuk az egészben. ...Ez után jön az ISO [9000]2000-esnek a megjelenése, amely elsősorban már a folyamatokra koncentrál. Sőt ettől kezdve jön a további átalakítás, amely már különböző folyamatrészeket von össze, és egyes osztályok egymásra épített folyamataival is foglalkozik... Kétségtelen, hogy ez nem a TQM szemlélet alapján épült ki, de aztán a TQM szemlélet beleépítődik az egészbe. ...Később akkreditáltattuk magunkat a magyar rendszerben²⁴ is.” (1. old.) A későbbiekben ezekre a rendszerekre vonatkozó megjegyzéseket látunk majd.

A rendszer kiépítése során – annak jellege okán – az alkalmazott eszköz a folyamatok felmérése és leírása volt. (Rubecz, 2009). Ehhez nyilvánvalóan kapcsolódnia kellett bizonyos mértékű folyamatoptimalizálásnak is, hiszen feltételezhető, hogy a valós folyamatokban feltárt nyilvánvaló hiányosságokat,

²⁴ a magyar rendszer a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES) egységesített rendszerére utal

oktalanságokat az új folyamatleírásokba nem vitték át. Erről azonban nem állnak rendelkezésemre további információk.

A kiépült rendszerben – ahogyan az már láttuk – a formalizált projektek esetére sincsenek előírva a megvalósítás lépései, így feltehető, hogy a formalizált és az informális projektek is hasonló eszközöket alkalmaznak. Az interjúkból kiderül a minőségfejlesztés egyik alapmodelljének, a PDCA²⁵ ciklusnak az alkalmazása. Erre van példa (Laposa, 2009), de nem feltétlenül alkalmazzák konzekvensen minden esetben: *„Az egészségügyben, és nálunk is az egyik legnagyobb hiba, vagy inkább probléma, hogy észrevevesszük, a problémát, még odáig el is jutunk, hogy próbálunk megoldást találni..., még tán történik is valami, de a visszamérés – Most ez jó volt, vagy miért nem volt jó? – ... egy-két példa van a kórházban, de minden projektnél, szisztematikusan, nincs.”* (Tihanyi, 2008, 1. old.)

Az interjúk során feltárt elvek, eszközök a következő csoportokba sorolhatók:

- Telephely-elrendezés átalakítása. Itt két eset is felmerült, melyek során az ellátási folyamat egyszerűsítése céljából a külső telephelyről a belsőbe telepítettek át osztályokat (neurológia, 1-es belgyógyászat) (Rubecz, 2009).
- Folyamatelemzés – műtői projekt (Tihanyi, 2008)
- Folyamat újratervezése – Genetikai laboratórium (Tihanyi, 2008)
- Készletszabályozás – minimum, maximum szintek meghatározása (ZMK-NMD, 2006)
- Munkaszervezés átalakítása – gyerekosztály, nővérek feladatainak átszervezése (Tihanyi, 2008)
- Ok-okozat elemzés, hibamegelőzés (poka-yoke) – csecsemőosztály (Rubecz, 2009); genetikai laboratórium (Tihanyi, 2008), központi laboratórium (Laposa, 2009)
- Szabályozott információáramlás – belső információs rendszer (ZMK-NMD, 2006); betegazonosítás (Laposa, 2009)

²⁵ PDCA, vagy a megközelítést széles körben elterjesztő statisztikus neve után Deming ciklus: Plan (tervezés), Do (cselekvés, a változtatások véghezvitele), Check (az elért eredmények összevetése a célokkal), Act (eltérés esetén további intézkedések, pl. újabb ciklus indítása).

- Standardizálás, standard folyamatok, standard műveletek – ez a központi eleme az ISO szabvány alkalmazásának:

„... az alapvető tevékenységeinknek minden egyes mozdulata szabályozott, és általunk szabályozott.” (Csidei, 2009/a, 2. old.)

Jó példa a standardizálásra a genetikai laboratórium gyakorlata: *„... egy kismama felvilágosításnál, azonos problémánál, mi mindig ugyanazt mondjuk – számítógépbe írtuk...” (Tihanyi, 2008, 2. old.)*

Az alkalmazott eszközök jellemzőivel, előnyeivel, hátrányaival kapcsolatosan csak néhány megjegyzést találtam. Ezek nem konkrét eszközökre vonatkoznak, hanem a rendszereket, a megközelítéseket minősítik, hasonlítják össze:

- az iparból származó kifejezések szokatlansága (pl. ISO esetében) (Kránitz, 2008),
- sokak szerint az ISO nem értelmezhető az egészségügyre (Rubecz, 2009),
- az ISO rendszer a folyamatos fejlesztést támogatja (Rubecz, 2009)
- Az ISO rendszer egy alap, amelyben más rendszereket is jól be lehet építeni (Rubecz, 2009),
- az EFQM26 képes az egészségügyi-szakmai kérdésekhez is kapcsolódni, így több értelmét látják a dolgozók. (Kránitz, 2008)
- az új típusú rendszerek (pl. az ISO) eleinte plusz terhet jelent a dolgozók számára (Rubecz, 2009).

Ezek a megjegyzések érdekesek az általánosítás szempontjából is megfontolásra: vajon egyetlen intézmény tapasztalati, vagy az egészségügy egészére jellemző gondolkodást, akadályokat írnak le? A megjegyzések mögötti kérdések (ipari megoldások vs. egészségügy, standardizálás vs. orvosi-szabadság, változáshoz való viszony, stb.) erős hasonlóságot mutatnak a korábbi esetekben felmerülő problémákkal, így feltehetően nem egyedi jelenségről van szó.

Az alkalmazott elvekkel, eszközökkel kapcsolatosan tehát, elmondható, hogy az interjúalanyok és a dokumentumok a különböző rendszereket írják le, míg a projektek során alkalmazott konkrét eszközökről kevés szó esik. A leggyakrabban alkalmazott

²⁶ European Foundation for Quality Management – a TQM filozófia elterjesztését célul tűző szervezet, mely azonos néven a TQM gyakorlati alkalmazásáért járórangos díjat is évente odaítél.

eszközök a folyamatok leírása, standardizálása és újratervezése. Ebből a szempontból látszólag semmi különbség nincs a ZMK és a külföldi társai között. Mivel azonban az eszközök konkrét megjelenéséről kevés információval rendelkezem, így nem tudom ezt az egyezést egyértelműen alátámasztani.

6.3.8. Eredmények

Ebben a fejezetben a kórház fejlesztési törekvéseinek eredményeit mutatom be.

A kórház működését általában leíró mutatók elemzésére a Nemzeti Minőségi Díj pályázati anyaga elvileg lehetőséget biztosítana, azonban az ott feltüntetett adatok jellemzően 2000 és 2005 időszakra vonatkoznak és nincs hozzájuk magyarázat fűzve. Így egyrészt a kezdeti időszak (1990-es évek) változásainak a hatását nem lehet rajtuk vizsgálni, másrészt ez az időszak a magyar egészségügyi reformok hatása miatt félrevezető lehet (a reformok hatásai feltehetően sok szempontból rontják a kórházakról kialakuló képet), különösen az adatokhoz fűzött kiegészítő magyarázatok nélkül. Éppen ezért a Nemzeti Minőségi Díj pályázati anyagában szereplő adatokat nem használom fel az elemzésben. A következőkben bemutatottakat az interjúalanyaim fogalmazták meg.

A folyamat- és minőségfejlesztés, mint program kézzelfogható eredménye a bevezetés megkezdésekor fennálló súlyos adósságteher felszámolása, a gazdálkodás egyensúlyba kerülése (Csidei, 2009/a). *„Amikor orvos-igazgató lettem, akkor 900 M Ft-os hiánnyal vettük át a kórházat. Ezt a 900 milliót három év alatt ledolgoztuk, és onnantól nyereséges lett a kórház.”* (Rubecz, 2009, 1. old.) Nyilvánvaló azonban, hogy ebben a pozitív fordulatban része volt a kontrolling rendszer kiépítésének és a gazdálkodást szigorító további intézkedéseknek is.

Az ISO rendszerű folyamatfejlesztés közvetlen hatása a folyamatok szabályozottsága és az ebből adódó átláthatóság volt:

„Az hamar kiderült, hogy jók ezek a folyamatok, szabályozzák azt, ami eddig szabályozatlan volt. Pl. hogy van főorvosi vizit, vagy nincs, kinek mi a kötelessége, mi a joga, kinek mit kell csinálni.” (Rubecz, 2009, 1. old.) *„...ez a szabályozottság könnyebb a vezetőségnek is, könnyebb a munkatársnak is.”* (Csidei, 2009/a 2. old.).

A folyamatok szabályozottsága és átláthatósága magával hozta a hatékonyság javulását is, sőt az eredmények láttán a korábbi ellenzők is jobban el tudták fogadni a rendszert:

„...amikor beállt a rendszer, akkor ők [korábbi ellenzők] is rájöttek, hogy kevesebb munkával, kevesebb tévedéssel és ugyanazt meg lehet csinálni.” (Rubecz, 2009, 1. old.). A szakmai oldal elfogadásáról beszél Kránitz (2008) is: *„...a munkatársak is egyre inkább elfogadták azt, hogy ez [minőségirányítás] mégsem külön szálon fut a gyógyító tevékenységtől, hanem annak egyfajta kiegészítése...és segíti a gyógyító tevékenységet.”* (1. old.).

Az általános eredményeken túl a példaként említett konkrét projektek jellemző eredménye a hatékonyság növekedés volt (pl. 9 helyett 6 dolgozó végzi ugyan azt a munkát (Tihanyi, 2008)).

Összességében az eredményekről elmondható, hogy a folyamat- és minőségfejlesztő programok képesek voltak a folyamatok szabályozottságát és átláthatóságát megteremteni. Ez különösen nagy eredmény a külföldi esetek tapasztalatainak fényében, ahol az ellátási hibák oka a legtöbb esetben a folyamatok átláthatatlansága, a feladatok tisztázatlansága volt.

6.3.9. Erőforrások

Az alapirodalom tanúsága szerint a karcsúsítás egyik sikertényezője a változások kivitelezéséhez szükséges erőforrások megléte (Radnor et al., 2006). Ebben a fejezetben ezt a kérdést elemzem a Zala Megyei Kórház esetében.

Az anyagi erőforrások kapcsán a legmarkánsabb üzenet az interjúalanyok részéről azok hiánya:

„Nincsenek anyagai forrásaink, ezért dicsérendő, hogy egy intézmény tudja ezt tovább csinálni...” (Csidei, 2009/a, 2. old.)

Az anyagi erőforrások hiányának ellensúlyozásában Kránitz (2008) a fejlesztésekkel számol: *„...megpróbáljuk úgy szervezni a folyamatainkat, hogy ne*

legyenek benne fölösleges átfedések, mert arra nincs kapacitásunk, sőt egyre kevésbé lesz kapacitásunk.” (3. old.).

A programok, projektek megvalósításához szükséges munkát a kórház dolgozói napi teendőiken túl látják el. A minőségirányítási osztály egyetlen képzett szakembert és egy adminisztrátort foglalkoztat csupán főállásban. Éppen ezért a fejlesztések jelentős többletterhet rónak a programban aktívan részt vevő dolgozókra.

A dolgozók képességeit a kórház belső és külső helyszíneken, illetve trénerek által tartott képzésekkel fejleszti.

A változások vezetésével, illetve általában a kórház vezetésével kapcsolatban a főigazgató a vezetés speciális képességeinek fontosságára hívja fel a figyelmet:

„Ilyen szervezet, ilyen szintű irányításához egy megfelelő menedzserrétegnek kellene lenni. Szükség van olyan szintű emberekre, akik ... bizonyos témakörökben...otthon vannak.” (Csidei 2009/b 2. old.)

Az erőforrásokkal kapcsolatosan tehát úgy tűnik, hogy a magyar kórház a külföldi társainál is rosszabb helyzetben van az anyagi erőforrásokat illetően, azonban alapvetően nem különbözik az emberi erőforrások tekintetében. A ZMK-ban, csakúgy, mint másutt, a dolgozók a szabadidejük terhére vállalnak szerepet a fejlesztésben. A felsővezetői képességek tekintetében a ZMK vezetése tisztán lát, érzi a speciális menedzseri/vezetői ismeretek fontosságát. Ebből a szempontból a ZMK a külföldi kórházak élmezőnyéhez közelít.

6.3.10. Szervezeti struktúra

A szervezeti struktúra kérdése a ZMK esetében – csakúgy, mint a korábbi 20 esetben – nem jelenik meg markánsan.

A szervezeti egységek közötti kapcsolatról a pályázati anyag biztatóan ír: *„A szakmailag egymással szoros kapcsolatban lévő osztályok, pl. a kardiológia-*

belgyógyászat, radiológia-sebészet, rendszeresen egyeztetnek a kölcsönös igényekről.”
(ZMK-NMD, 2006, 27. old.)

A formális vezetési struktúrára vonatkozó megjegyzések a fejlesztéseket inkább támogató, mind hátráltató jellemzőkről számolnak be:

- A vezetés keresi a lehetőséget a közvetlen kommunikációra – ez egyértelműen jó jel:
„A vezetés célja, hogy a vezetői döntések, azok okai a szervezet minden szintjén ismertek legyenek.” (ZMK-NMD, 2006, 5. old).
- Szintén jó jel maga a tény, hogy létezik egy külön szervezeti egység, amelynek a feladatai kizárólag a minőség- és folyamatfejlesztéssel kapcsolatosak. Még akkor is, ha ez az egység csupán két főállású dolgozót számlál (a minőségirányítási igazgató és helyettese a főmunkaideje mellett végzi ezt a feladatát).
- Megint csak jó jel, hogy az intézményes vezetői fórumokon külön napirendi pontja van a minőségirányításnak (Csidei, 2009/a).

Összességében tehát a szervezeti struktúra lehetőséget teremt a fejlesztések részére. Ez tehát újra csak azt sugallja, hogy a ZMK erőfeszítései nem voltak hiábavalóak; a kórház ezen a ponton is előrelépést mutat számos külföldi társához képest.

6.3.11. Szervezeti kultúra

A kórházi szervezet számára triviálisan adódó **közös érték**ként merülhet fel a betegek elégedettsége. *„Itt, a mi kórházunkban elég régóta mérünk betegelégedettséget. ...a szolgáltatással kapcsolatosan vannak elvárások ... ugyan úgy, ahogyan bármely szolgáltató cégnél. Hogy ezt [az elvárások megvalósulását] hogy mérjük? Erre állítólag a betegelégedettség mérése a legalkalmasabb.”* (Laposa, 2009, 3. old.) A ZMK-ban a betegelégedettség fontosságát a vezetés tudatosítani igyekszik a dolgozóknak (ZMK-NMD, 2006). A gyakorlatban a betegek érdekében tett lépéseket már láttuk a szervezet céljainak bemutatásakor.

A kórház dolgozói ezen túl gyakran beszélnek a „szakmáról”, mint olyanról, amely megvalósulásáért dolgoznak. Sok megjegyzés utal rá, hogy a kezdeti szabványosítási törekvéseket azért utasították el a dolgozók, mert nem látták közét a „szakmához”, azaz a betegek ellátásához, gyógyításához (Kránitz, 2008; Rubecz, 2009). Tulajdonképpen a későbbi fejlesztések azért lehettek sikeresek, mert sikerült a szabványosítás és a gyógyítás színvonala közötti kapcsolatot megteremtenie: *„...a munkatársak is egyre inkább elfogadták azt, hogy ez [minőségirányítás] mégsem külön szálon fut a gyógyító tevékenységtől, hanem annak egyfajta kiegészítése...és segíti a gyógyító tevékenységet.”* (Kránitz, 2008, 1. old.). Ennek megfelelően nyilvánvaló, hogy a ZMK értékei között fontos helyet foglal el a „szakma”, a betegek igényes, jó színvonalú ellátása. Ezt az értéket megtaláltuk a külföldi kórházak esetében is.

A ZMK-nál készített interjúk során nem merültek elő olyan információk, melyek a különböző osztályok, szakmák ellentétére utaltak volna. Ugyanakkor Kránitz (2005) a műtői hatékonyság fejlesztéséről szóló szakdolgozatában szerepel egy megjegyzés az *„osztályos érdekellentétekről”* (30. old.).

A Zala Megyei Kórház szervezeti kultúrájában is lényeges szerepet kap az informális hatalmi struktúra. Az informális hatalmi rendszerek alapvetően átfednek a formális struktúrával; a felső vezetői jóváhagyás a gyakorlatban is minden döntésnél fontos szerepet kap (Tihanyi, 2008).

Ugyanakkor a hagyományos és az ISO/TQM szemlélet együttélése számos ponton módosítani tudja a hatalom valós mértékét a formalizálthoz képest: A felsővezetés törekszik rá, és sokszor már rutinszerűen alkalmazza az alsóbb szintek bevonását a problémamegoldásba, a dolgozók felhatalmazását (Tihanyi, 2008). Ugyanakkor az osztályvezetők szintjén gyakran megtörik ez a szellemiség ... *„Az a legnagyobb baj, ... hogy az osztályvezető főorvosok nehezebben vonhatók be, mint a helyetteseik...”* (Tihanyi, 2008, 2. old.). A felsővezetői hatalom azonban jellemzően nem alkalmazható az osztályvezető főorvosok ellenében, mert: *„Országosan van egyfajta félelem a kórházi menedzsmentekben, hogy fogja magát [az orvos, főorvos] és elmegy, és ő itt marad orvos nélkül.”* (Laposa, 2009, 4. old.) Az osztályvezető főorvosok gondolkodására pedig sok esetben jellemző, hogy saját szaktudását és elért eredményeit az autonómia zálogának tekinti, és elzárkózik a más nézőpontok megismerésétől (Tihanyi, 2008, 3.

old.) Mivel a szaktudás kétségtelenül jelentős érték a kórház számára, nehéz változtatni az elzárkózó szemléleten:

„Az egyes osztályok vezetői, mivel ők a szakmai vezetők is, jóval többet tudnak az adott területről, mint a főigazgató, vagy az orvosigazgató. Emellett jellemző az a fajta misztifikáció, mely szerint „itt emberéletekről van szó”, ami igaz, azonban nem mindig indokolt ezzel védekezni.” (Tihanyi, 2008, 1. old.)

Az osztályvezető főorvosok személye általában meghatározó az osztályok minőségfejlesztő munkája szempontjából: *„Azokon az osztályokon, ahol a vezetők támogatóak, ott eredményes a minőségirányítás munkája, ahol nem támogató a vezetés, ott kevésbé.”* (Kránitz, 2008, 1. old.)

A problémák kezelésének a kórház szervezeti kultúrájában való megjelenésére kevés utalás van. Egyrészt úgy tűnik, hogy vannak osztályok, ahol a vezetők tisztában vannak vele, hogy hibák előfordulhatnak, ezért azok felmerülése esetében igyekeznek az okokat feltárni és azokat kizárni: *„...beletettünk [a folyamatba] olyan biztonsági lépéseket, ami addig nem volt...”* (Tihanyi, 2008, 2. old.)

Ugyanakkor tetten érhető az a korábban elemzett esetekben felvetett probléma, mely szerint a „hibáztatás kultúrájában” megbélyegzett lesz az, akinek a neve egy hibával kapcsolatosan felmerül: *„Már próbáltam javasolni, hogy ne használjuk itt a kórházunkban azt a kifejezést, hogy „nem-megfelelőségi jelentés”, mert ettől valahogy „fáznak” az emberek. ... Ha én egy „nem-megfelelőséget” kiállítok, az azonnal borzolja a kedélyeket.”* (Laposa, 2010, 2. old.)

Mivel az ISO/TQM rendszer önmaga is a folyamatok rendszeres felügyeletét és az eltérések esetében intézkedéseket, módosításokat kíván meg, a változások a kórházi működés intézményesített részévé váltak. Ettől függetlenül a szervezeti kultúra ebből a szempontból látszólag messze nem egységes, nem létezik ezzel kapcsolatos „norma”:

„Mindig vannak nyitottabbak, mindig van egy középső réteg, akit befolyásolhatunk, ha ügyesek vagyunk és van egy olyan réteg, aki – akármit csinálunk – mindig ellenáll, és ellenzéki lesz és nem tudom megváltoztatni.” (Tihanyi, 2008, 1. old.)

Természetesen a változásokkal szembeni ellenérzéseket okozhatják a mélyebb emberi tulajdonságok, ugyanakkor a megjegyzésekből következtetni lehet az ellenérzések csökkenésére az idő előrehaladtával.

Az 1990-es évek elején, amikor a kórház az ISO rendszerrel kezdett ismerkedni, csupán a főigazgató és az őt körülvevő néhány ember volt fogadókész. (Csidei, 2009/a). A tréningek során és az első folyamatok leírásánál még a mai elkötelezett vezetőknek is voltak ellenérzései, mert nem értették a gondolkodásmódját, nem látták át a rendszer lényegét és hatásait (Kránitz, 2008). Az egészségügyi gondolkodás a szabványosítás ellen „*vadul tiltakozik*” (Kránitz, 2008, 1. old.) A dolgozók többsége nem lelkesedett a változásokért (Csidei, 2009/a), sőt jellemző volt egy viszonylag nagyfokú ellenállás (Rubecz, 2009). „*Már egyáltalán az, hogy az egészségügyi ellátást mi szolgáltatásnak hívjuk, márt ezt nagyon nehéz volt átvinni évek alatt...*” (Laposa, 2009, 3. old.). A kezdeti ellenállást a barátok bevonásával (Csidei, 2009/a) és az ellenzőknek adott részfeladattal (Rubecz, 2009), valamint a személyes haszon bemutatására építő meggyőzéssel (Tihanyi, 2008) sikerült oldani. „*2002-re úgy ítéltük meg, hogy ez az ellenállás gyengült, és talán mindenki belátta, hogy ennek a munkának van haszna is – nem csak egy szükséges elvégzendő rossznak gondolták.*” (Kránitz, 2008, 1. old.). Mégis, mindennek ellenére a mai napig vannak, akik teljességgel elutasítják a minőségfejlesztésben való részvétel bármilyen formáját (Kránitz, 2008). Tihanyi (2008) talán rájuk gondolt, amikor „ellenzékíró” beszélt.

A szervezeti kultúrának a változások megítélésével kapcsolatos inhomogenitása lehet a fejlődés egy szakaszának a sajátossága: már vannak, akik számára természetes az új típusú gondolkodás, másoknak viszont még nem az.

Ebből az is következhet, hogy a „rendszerváltás” még koránt sem zajlott le a kórházban. Amennyiben ez a helyzet, **a kórház vezetésének lényeges látnia, hogy ha nem képes maga mellé állítania a többséget, akkor a már meglévő támogatók is kiábrándulhatnak és visszarendeződés indulhat meg.**

A ZMK ezen tapasztalatai mindenképpen újszerűek mind az alapirodalomhoz, mind a külföldi esetekhez viszonyítva, és jól kiegészítik Radnor et al. (2006) által a szervezeti fogadókészségről írottakat.

A dolgozók szakmai területe és a változásokra való fogékonysága közötti összefüggések tekintetében a ZMK tapasztalatai részben megegyeznek a korábbi eseteknél látottakkal, részben pedig kiegészítik azokat.

A fejlesztésekben való részvétel arányaiban magasabb az ápolók között és alacsonyabb a orvosok körében. Ennek több magyarázatát is adták:

- „Az orvosok feladatai jobban megoszlanak a fekvőbeteg és járóbeteg ellátás, illetve ...a magánbeteg ellátása között, ezért időben kevésbé bevonhatók az idő szűkössége miatt...” (Kránitz, 2008, 1. old.)
- „Az ápolószemélyzet van többet a beteggel... ők direkter visszajelzéseket kapnak ...” (Kránitz, 2008, 1. old.)
- „A diplomás ápolók megtiszteltetésnek veszik...” (Kránitz, 2008, 1. old.)
Számukra ez kiemelkedési lehetőségnek a szakképzett ápolók közül, akikkel az ápolóhiány miatt együtt dolgoznak műszakban.

Nem csak az orvosok és az ápolók, de a különböző osztályok között is különbség észlelhető a minőségirányítási feladatok elvégzésében. Ennek magyarázatát Kránitz (2008) elsősorban az osztályvezető főorvosok személyében látja:

A változásokhoz való viszony kapcsán meg kell még jegyezni, hogy az egyéni érdekek is befolyásolhatják a változásokkal kapcsolatos reakciókat, hiszen azok nem feltétlenül esnek egybe a kórház érdekeivel. Így pl. Kránitz (2005) a műtőkapacitás optimalizálásáról írott szakdolgozatában a fejlesztések visszahúzó-erejeként mutatja be a paraszolvencia rendszert, mely az érintettek ellenérdekeltségét válthatja ki, illetve utal rá, hogy maga az átlátható működés is sérthet egyéni érdekeket (30. old). **A változásokhoz való viszonynak ezt a megjelenési formáját eddig nem fedeztem fel sem az alapirodalomban, sem a külföldi esetekben.** Ennek oka lehet természetesen az a tény, hogy a paraszolvencia rendszer nem jellemző más országokban. A különböző egyéni érdekek vizsgálata azonban mindenképpen fontos lehet.

Az alapirodalomban és a 20 külföldi esetben foglaltakkal szemben a ZMK-nál felmerült a „saját szakemberek” nevelése és a szervezeti tanulás kérdése is, melyet a Toyota rendszerének jeles kutatói (Liker, 2008; Fujimoto, 1999) igen fontosnak tartottak az autógyártó sikere szempontjából. Laposa (2009) a hatékonyság és az eredményesség zálogát látja az ISO/TQM szemléletet elfogadó dolgozók kinevelésében:

„...ha majd ... a hatékonyság lesz a fontos és az eredményesség, ... és hogy az adott pénzből milyen színvonalat tud hozni, [a kórháznak]... úgy kell kinevelnie és megtanítania a saját dolgozóit, hogy igenis értsék és használják ezeket a dolgokat, hogy ne utálják meg az ISO-t, hanem a szakmájukba építsék be. Ez nálunk már, úgy 30-40%-

ban kezd beépülni.” (3. old.). A folyamatos visszacsatolásról és a tanulás lehetőségéről Laposa (2009) így beszél:

„Az egészségügyben megszokták, hogy a dolgok mennek maguktól. Megcsinálják a kötelező szabályzatokat, ... aztán senki nem nézi, hogy valóban így megy-e? [Fontos lenne] az, hogy megtanítsuk a legfontosabbat: tudatosan javító, helyesbítő intézkedéseket hozzanak, és legyenek ötleteik... Lerövidül a tanulási spirál...” (Laposa, 2009 3. old).

A ZMK-nál tehát – még ha csak pontszerűen is – megtalálható az a típusú gondolkodás, amely a Toyota számára a hosszú távú előnyöket biztosították. Ebből a szempontból a ZMK esete különösen értékes a kórházi folyamatok karcsúsításának területén, így feltétlenül további elemzésre érdemes.

A ZMK tapasztalatai alapján a szervezeti kultúra tehát nem egy homogén, a szervezetre általánosan jellemző tényező, mint ahogyan azt az alapirodalom alapján feltételezni lehet. Az „egység” megtörni látszik a feladatkörök határainál (ápolók, orvosok), a hierarchiaszintek között (orvosok, osztályvezető főorvosok, igazgatás), sőt az azonos csoportba tartozó dolgozók között is jelentős különbség lehet a személyes habitusoktól és érdekektől függően. A ZMK esete sok szempontból ugyan azokat az eredményeket hozta, mint a korábbi esetek, ugyanakkor számos ponton volt képes a képet árnyaltabban bemutatni.

6.3.12. Külső támogatás

A külső támogatás tekintetében a ZMK újra felismerni látszik saját korlátait és bölcsen olyan szakemberekhez fordul, akik az adott téma szakértői. Az interjúk során többször megfogalmazódott ez a gondolat. A kórház vezetése látszólag tisztában volt és van vele, hogy a külső nézőpont számára fontos információkat szolgáltatathat:

- *„Akkor Várszegiek megállapodtak a [tanácsadóval] ...nekik volt egy külön minőségügyi csoportjuk... kötöttek egy szerződést és ennek alapján indul el nálunk az ISO rendszerű minőség fejlesztés, illetve a folyamatoknak a kidolgozása.”* (Rubecz, 2009, 1. old.)

- „Külső tanácsadót kérünk fel..., mert érezzük, hogy a stratégiát és a célkitűzéseket, meg a megvalósítást nem igazán tudjuk összehozni...” (Csidei, 2009/a, 2. old.)
- „Egy minőségirányított kórháznak nagyon fontos, hogy nyitott legyen az új dolgokra és lehetőleg legelőször alkalmazza azokat.” (Laposa, 2009, 3. old.)

A Zala Megyei Kórház tehát tudatosan keresi az új típusú ismeretek bevonásának lehetőségét. Ez a tudatos menedzsment ritkán kerül elő a külföldi esetek során, habár annak fontosságát az alapirodalom is kiemeli.

7. A kutatás eredményeinek szintetizálása

Ebben a fejezetben az előzőek alapján felrajzolom azt a képet, amit a számomra hozzáférhető hazai és nemzetközi irodalomban és a kutatási esetben szereplő, a kórházi folyamatok karcsúsításával kapcsolatos információkból összeállt.

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

Womack – Jones (1996) és Liker (2008) szerint a karcsú menedzsment középpontjában egyértelműen a vevői igények pontos felismerése és kielégítése áll. A karcsú menedzsment nem csupán egy eszköz, hanem egy szemlélet, mely a vállalatok céljait és működését alapjaiban határozza meg (Liker, 2008). Ennek megfelelően a karcsúsítás nem csak eszközök alkalmazása, hanem egy szemléletmód átvétele, a célok újrafogalmazása is. A célok megvalósításának egyik eszköze a stratégiaalkotás és kivitelezés. Így logikailag is levezethető az a Radnor et al. (2006) által is megállapított tény mely szerint a karcsúsítás hosszú távon csak akkor lehet eredményes, ha az azt a kórházak stratégiai szinten alkalmazzák.

A kutatási eredmények szerint a kórházak többsége ma még a karcsúsítást nem kapcsolja stratégiai célokhoz, csupán a nyilvánvaló hiányosságok, anomáliák megszüntetésére használja. A néhány kivétel egyike a ZMK, mely sokkal tudatosabban határozza meg működési céljait, az érintettekkel való viszonyát, és határozza meg stratégiáját, mint a legtöbb kutatott eset alanya. Feltehető azonban, hogy ez az eredmény nem fedti teljes mértékben a valóságot, hiszen a kutatási eredmények szerint olyan intézmények is elmaradnak a ZMK mögött, amelyek más források szerint nemzetközi viszonylatban is élenjáróak a karcsúsítás terén (pl. Virginia Mason Medical Center, Royal Bolton Hospital). Ezt az eltérést magyarázhatja az a tény, hogy a külföldi eseteket

másodlagos információforrások alapján elemeztem. Ugyanakkor ez a torzítás feltehetően nem változtat annak a megállapításnak a lényegén, mely szerint a kórházak csupán kisebb csoportja alkalmazza a karcsúsítást stratégiai programként annak a szellemiségnek megfelelően amelyet Womack – Jones (1996) képvisel. Ennek háttere nem egyértelmű. Egy lehetséges magyarázat, hogy a kórházak még nem tartanak ott, hogy a jól szervezett folyamataik stratégiai erőforrássá, versenyelőnyvé váljanak, sokkal inkább arra törekszenek, hogy a szervezetlen folyamataik okozta (stratégiai) hátrányt megszüntessék. A folyamatszervezés stratégiai szerepének erősödése egyfajta fejlődési folyamat maga is (Wheelwright – Hayes, 1985), mely nyilvánvalóan jelentős időt igényel.

Mivel a karcsúsítás stratégiai megközelítése csak kevés kórházra jellemző, így kevésbé meglepő, hogy a „vevői igények” azonosítása sem merül fel gyakran. A ZMK estén túl még egyetlen külföldi forrásban jelenik meg explicit módon (Fillingham, 2007). 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. További lehetséges magyarázat, hogy pl. a komplex vevői megközelítés túl messze áll a hagyományos szemlélettől, vagy túl sok időt és energiát igényelne a meghatározása, esetleg túl gyorsan változnak a körülmények (pl. szabályozás), s ez indokolatlanul bonyolulttá és költségessé tenné a vevői érték ilyenformán való meghatározását. Másrésztől azonban, az egészségügyi ellátás jól ismert sajátosságai alapján ésszerű lenne tovább lépni 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. Az esetekben kizárólag a problémák, vagy az eredmények bemutatása kapcsán találkozunk mérőszámokkal. Ez legfeljebb a célok és a stratégia kapcsolatának hiányára vonatkozó feltételezésemet erősíti, további következtetés nem vonható le belőle. A ZMK ebben is jól szerepelt,

működtet ilyen típusú rendszereket, azok valós hatásainak vizsgálatához azonban további kutatás lenne szükséges.

Összegezve tehát elmondható, hogy az esetek igazolni látszanak a „vevői érték” pontosításának hiányára és a karcsúsítás stratégiai kapcsolatainak elhanyagolására vonatkozó korábbi aggodalmakat. Az ellentmondást, hogy ennek ellenére mégis sikeresek lehettek az a felismerés oldhatja föl, hogy kezdetben a triviális fejlesztések zajlanak, melyek esetében ezek a sikerkritériumok kevésbé meghatározók.

7.2. A kórházak külső érintettjei

A kórházi működés külső érintettje a nyilvánvalóan 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 (negatív) befolyással lehetnek a működés eredményességére.

Ahogy az előző fejezetben a „vevői igények” kérdésével kapcsolatosan írtam, itt is nyilvánvaló, hogy a külső érintettek jelentős hatással lehetnek a működésre, ezért a velük való kapcsolat tudatos menedzselése nagyobb figyelmet érdemelne. Ez az észrevétel megfelel a karcsúsítás kiterjesztett értelmezésének, melyben a vállalat (itt a kórház) nem egy önálló, másoktól függetlenül működő egység, sokkal inkább egy rendszer része, melyben az összekapcsolódó egységek csak akkor lehetnek sikeresek, ha képesek az „egész” érdekeit felmérni és ahhoz igazodni. (Womack – Jones, 2005). Az egészségügyi ellátó rendszerek elemeinek egymásra utaltsága miatt ez a rendszerszemlélet az egészségügy esetében kiemelt figyelmet kellene, hogy kapjon (Brandao de Souza, 2009, Várszegi, 2009).

7.3. A kórházi folyamatok és azok hibái

Az USA kórházaira vonatkozó felmérés eredményei hívták fel rá a világ figyelmét, hogy az egészségügyi ellátásban az előforduló hibák, nemkívánatos események arányaiban sokszorosan felülmúlják az ipari termelésben jellemző hibaarányokat (IOM, 2000). Habár az egyes országok ellátó intézményeinek működése nyilvánvalóan eltérő, mégis általában jellemző a kórházi ellátásra, hogy sok olyan, a beteg állapotát negatívan befolyásoló esemény történik, amely nem függ össze a páciens betegségével, és amely események elkerülhetők lennének (Leape, 1994; IOM, 2000; Tucker és Edmondson, 2003; National Audit Office, 2005; Brodt, 2006; Schenk, 2006; Kollberg et al, 2007, Williams et al., 2009). A kutatott esetekben is nagy gyakorisággal fordulnak elő az emberi mulasztások, melyek elkerülése a fejlesztések egyik központi eleme (Spear, 2005). Ezeken túl számos a szolgáltatás színvonalával és a hatékonyságával kapcsolatos probléma kerül elő. Így pl. a rendszerbe való bekerülésre való hossza várakozás (Appleby, 2002; Ben-Tovim et al., 2007; Laursen et al., 2003; Wessner, 2005), az ellátás során érzékelt kényelmetlenségek, indiszkrécia, pl. a kórházi köntösben a folyósón való várakozás (Appleby, 2002), vagy ugyanazon adatok lekérdezése az ellátás folyamán többször is (Tanninecz, 2009). Számos probléma azonban úgy hat a betegre, hogy a beteg nincs abban a helyzetben, felfedezze a hiányosságokat, mert nem rendelkezik elegendő információval a helyzet megítéléséhez. Az esetekben szereplő ilyen problémák pl.:

- a folyamatokban megmutatkozó szervezetihiány (káosz), melynek okai a nem pontosan definiált felelősségi körök (Nelson-Peterson and Leppa, 2007; Braaten - Bellhouse, 2007);
- a rossz információáramlás (pl. hibás betegazonosítás, a beteg állapotában beállt változás jelzése) (Nelson-Peterson and Leppa, 2007; Tanninecz, 2009) mely könnyedén olyan hibához vezet, mint pl. az előírthoz képest más gyógyszerek beadása;
- az erőforrásokat pazarló, nem hatékony folyamatok (Laursen et al., 2003; Fillingham, 2007; Ben-Tovim et al., 2007; Appleby, 2002), pl. feleslegesen elvégzett vizsgálatok;

- késlekedés a folyamatban (Kim et al., 2006), pl. késlekedés vizsgálatok végzésénél, a beteg elbocsátásakor (Ben-Tovim et al., 2007), gyógyszerek beadásakor (Kim et al., 2006), laborvizsgálatok nem készülnek el a műtét kezdetéig (Jimmerson et al., 2005).

Hasonlóképpen a beteg számára láthatatlanul ugyan, de jelentős kockázatnak teszi ki a páciens az a dolgozó, aki nem tartja be a vonatkozó előírásokat, pl. nem mos kezét (Appleby, 2002).

A feldolgozott esetek számos további példát sorolnak fel a hiányosságok nyilvánvaló jeleire, mint pl.:

- műtétek törlése (Fillingham, 2007; Ben-Tovim et al., 2007);
- a túlterhelt belső szolgáltatók (Ben-Tovim et al., 2007; Powell, 2009);
- a folyamatokon belüli túl sok átadás-átvételi pont (Taninecz, 2009) és hiányzó, vagy lassú visszacsatolás (Furman - Caplan, 2007);
- a külső tényezők miatt gyakran megszakított nővéri munka (New et al., 2008);
- az eszközök rossz elhelyezése (Nelson-Peterson and Leppa, 2007; Appleby, 2002);
- a jól képzett személyzet idejének pazarlása információk keresgélésével, kiegészítő tevékenységek végzésével (Kim et al., 2006);
- minták eredményeinek félreértelmezése a nem szabványos szóhasználat hiánya miatt (Raab et al, 2006);
- túlzott időráfordítás a röntgenvizsgálat megrendelésének szabályozatlansága miatt (Kim et al., 2006);

Mindezek eredménye megjelenik a túlórák számában, dolgozói elégedetlenséget kifejező magas fluktuációban (Ben-Tovim et al., 2007), általában a termelékenységgel kapcsolatos aggodalmakban (Fillingham, 2007), a nehézségekkel küzdő gazdálkodásban (Nelson-Peterson and Leppa, 2007; Fillingham, 2007).

Ezeknek problémáknak az okát az alapirodalom egyértelműen a folyamatok szervezatlenségében, átláthatatlanságában, és az ipari folyamatokhoz képesti jelentős komplexitásában látja (Spear, 2005; Proudlove et al., 2008; Young – McClean, 2008). Mindez a folyamatszemplélet hiányára, a folyamatok végiggondolatlanságára, tervezetlenségére (Ahlström, 2004), a túlzott funkcionálisra (Mezőfi, 2007; Parnaby

– Towill (2008) és a betegek jelentős befolyásoló szerepére irányítja rá a figyelmet. A kutatott esetek visszaigazolják mindezeket a véleményeket. A folyamatok átláthatatlanságának problematikáját a 17 forrásból 8 említi (összesen 16 alkalommal). Az átláthatatlanságnak több forrását is tetten érhetjük az esetekben. Az átláthatatlanság okai között hangsúlyosan jelenik meg a jelentős komplexitás (New et al., 2008; Appleby, 2002; Ben-Tovim et al., 2007; Fillingham, 2007; Jimmerson et al., 2004). Taninecz (2009) a folyamatokba beépített hurkok és szakadási pontok túlburjánzását említi, míg New et al. (2008) a káoszért a kórház-szintű komplex bürokrácia-mátrixot és az egyes folyamatokhoz kapcsolódó felelősségek szétszórtságát teszi felelőssé. Végül Jimmerson et al. (2004) arra hívja föl a figyelmet, hogy a kórházakban a folyamatok mindeddig nem kerültek a figyelem középpontjába.

Fontos megjegyezni, hogy a külföldi esetekben bemutatott hiányosságok, vagy „hibák” jellemzően nem a dolgozók szakmai hozzáértésével függenek össze, hanem a folyamatokkal, azok szervezettségével, átláthatóságával. Ennek bizonyítékául szolgál, hogy a 76 kódolt megjegyzésből egyetlen egy sem vonatkozik az orvosok, vagy az ápolók munkájának szakmai oldalára. A szakmai munkához szorosan kapcsolódó hibák (pl. diagnosztikai hibák) említése esetén is a dolgozók közötti kommunikáció hiányosságai állnak a középpontban.

Összegezve tehát a folyamatokra és azok hibáira vonatkozó megjegyzéseket megállapíthatjuk, hogy a kutatott cikkek szerzőinek érzékelése szerint **a komplexitás a kórházi folyamatoknak feltehetően alapvető sajátossága, melyet a tervezésnél és a fejlesztéseknél figyelembe kell venni.** Ugyanakkor az alapján komplex folyamatok átláthatatlanná, zűrzavarossá azért válnak, mert a bürokratikus rendszerek, a szétszórt felelősség és eltérő érdekek azzá teszik, mert hiányzik a folyamatok egységben való tervezése, irányítása. Az átláthatatlanságból, tisztázatlan feladat és felelősségi körökből, a széttagolt irányításból pedig egyenesen következnek a kommunikációs problémák, az információvesztés, a hatékonyságvesztés, a túlterhelés, késések, stressz, dolgozói elégedetlenség, betegek **elégedetlensége...** Mindezek a felismerések messzemenőig egybecsengenek az alapirodalomban megfogalmazottakkal.

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.

7.4. 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). A brit gyakorlattól eltérően egy korábbi svéd területen végzett kutatás inkább belső motivációt tapasztalt (Jesper et al., 2003). Az általam vizsgált 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. Előnyük a viszonylag egyszerű koordináció és gyors eredmények produkálása (Radnor et al., 2006), mely fontos a motiváció fenntartásához (Kotter, 1995; Jimmerson et al., 2004). Hátrányuk, hogy a fejlesztésnél nem folyamatokban gondolkodnak, nem veszik figyelembe más, kapcsolódó területek érdekeit, az eredmények pedig kevésbé tartósak, a fejlesztések koordinálatlanul mennek végbe, mely túl sok egy időben zajló projekthez, az erőforrások szétforgácsolásához, a folyamatok működésének megzavarásához vezethet (Proudlove et al., 2008; Spear, 2005; Radnor et al., 2006). A legújabb felmérések szerint ebbe a kategóriába tartozik az NHS legtöbb kórháza (Burgess et al., 2009; Radnor, 2009). A kutatásom során elemzett külföldi esetek többségénél szintén ezt találtam.
2. Az átfogó, programszerű karcsúsítás, melynek célja a „karcsú működés” megvalósítása, s ennek megfelelően a karcsúsítást stratégiai eszközként kezeli, a

szekértők 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). Ennek oka a működés folyamatosságának a fenntarthatósága, a kezdeti motiváció megteremtése, és folyamatos fenntartása látható eredmények felmutatásával (Spear, 2005; Jimmerson et al., 2004). Ennél a típusú fejlesztésnél lehetőség nyílik a folyamatszemplélet kialakítására, a komplex, osztályokon átívelő projektek végrehajtására. A projektek létrehozásánál szerepe van mind a felülről, mind az alulról jövő kezdeményezéseknek (Fillingham, 2007). Erre a típusra azonban világszerte is csak néhány példát találunk (Miller, 2005; Spear, 2005; Fillingham, 2007).

Bár a külföldi esetek jellemzően csupán projektek megvalósítását írják le, mégis több helyen bizonyos utalásokból és háttérutalásokból feltételezhető, hogy mégis programszerű karcsúsításról van szó (Powell, 2009; Nelson-Peterson – Leppa, 2007; Furman – Caplan 2007).

Amennyiben a változások nem a vezetés irányításával, a stratégiához kapcsolódóan zajlanak (top-down jelleg), úgy feltehetően az első vonalban dolgozók szintjéről kellett elindulniuk a projekteknek (bottom-up jelleg). A szerzők többsége azonban a változás kezdeményezésének sem az egyik, sem a másik formájára nem tett utalást. Ez alól csupán a korábban említett Fillingham (2007) és Jimmerson et al. (2005) a kivételek. Jimmerson et al. (2005) bottom-up kezdeményezésről számol be.

A ZMK esete jó példa a sokéves folyamatos, stratégiai szintű programokra, melyek radikális és rutinszerű fejlesztéseket egyaránt tartalmaztak. A ZMK mára intézményesített rendszereket alkalmaz a fejlesztésekre, melyekben megtalálhatók mind a felülről jövő stratégiai, mind az alulról jövő operatív célokat követő projektek. A karcsúsítás rendszer szintű alkalmazásának kérdése jelenleg van napirenden a kórházban.

A karcsúsítás sikerének feltételei között Radnor et al. (2006) és Spear (2005) a változások sikeres menedzselésének általában jellemző tényezőit sorolja fel (vezetői

elköteleződés, egyértelmű célmeghatározás, jó kommunikáció, stb.) melyből arra következtethetünk, hogy a kórházak számára a változások menedzselése a központi kérdés a karcsúsítás kapcsán. A vezetők elköteleződésének fontosságát kiemeli Fillingham (2007) is. A Royal Bolton Hospital esete világít rá arra a lehetséges összefüggésre, mely szerint a vezetői elköteleződés nagyban függ a karcsúsítás stratégiával való kapcsolatától, hiszen egy erős kapcsolat nyilván valóan megjelenik a célok és azok teljesítéséhez kapcsolódó bónuszok, a teljesítményindikátorok és az erőforrások elosztásában is, melyek végtére is a vezetőket motiválják. A vezetői elköteleződés pedig feltehetően kényszerítő erő a dolgozói elköteleződés megteremtésében, még ha a dolgozó nem is látná be a karcsúsítás közvetlen hasznát a saját munkájában. Nelson-Peterson and Leppa (2007) a Virginia Mason Medical Center-nél tapasztaltak alapján az elkötelezettség megteremtésében a menedzsment mindennapos jelenlétének fontosságát emeli ki. Powell (2009) a dolgozók munkahelyeit garantáló vezetői elhatározást és annak egyértelmű kommunikálását tartja fontosnak. Jimmerson et al. (2005) a dolgozók elköteleződésének megteremtése és fenntartása szempontjából emeli ki a vezetők aktív támogatásának fontosságát. **A vezetői elköteleződés nyilvánvaló jele (a jelenlétén túl) a karcsúsításhoz szükséges idő és erőforrások biztosítása a programban részt vevő dolgozók számára** (Fillingham, 2007).

A ZMK példája ebben az esetben is jól szemlélteti a vezetői elkötelezettséget, az intenzív kommunikációt a dolgozók felé (az ellenkező irányú áramlás kevésbé kifinomult) a stratégiai célok és a teljesítménymérési rendszer összhangját, a következetes számonkérést, a teljes bevonást.

A dolgozók bevonásával kapcsolatosan a New et al. (2008) megjegyzi, hogy habár mindenki szeretné, ha javulnának a folyamatok, mégis nehéz bevonni az embereket, mert egy bizonyos mennyiségű cinizmussal tekint mindenki a projektekre. Jimmerson et al. (2005) az alulról építkező (bottom-up) jellegű változási kezdeményezéseket azért tartja sikeresnek, mert egy kisebb kiterjedésű sikeres projekt az első vonalban meggyőzheti az embereket a kezdeményezés értelméről. Ezen túl említi az első vonalban dolgozók és közvetlen menedzsereik meghívását a projektekbe. Fillingham (2007) a középvezetők és beosztottaik közös munkáját írja le a fejlesztések megvalósításában.

Összefoglalásként a karcsúsításról annyit lehet elmondani az esetek alapján, hogy a kórházak még nem stratégia fontosságú változási programként tekintenek rá. A pozitív eredmények száma alapján azonban úgy tűnik, a stratégiai szemlélet hiánya nincs közvetlen hatással a karcsúsítási projektek eredményeire (legalábbis a vizsgált időtávon). A vezetők elköteleződésének és az elkötelezettség demonstrálásának kérdésével kapcsolatosan, az esetek szerzői és az irodalom összefoglalóban hivatkozott kutatók között teljes az egyetértés azok fontosságát illetően. Ez alapvetően meghatározza ugyanis a dolgozók véleményét, elköteleződését is. Emellett a dolgozókat a projektekbe való bevonásával, közvetlen, pozitív tapasztalás lehetőségével lehet elkötelezetté tenni. A változások kiterjedésre vonatkozóan erősödni látszik az a vélemény, mely szerint a stratégiai jelentőségű fejlesztéseket sok apró projektre lebontva lehet eredményesen megvalósítani.

7.5. A karcsúsító projektek céljai és kiterjedése

Az egészségügyi szolgáltatások specialitásai miatt (pl. a betegek folyamatokat befolyásoló hatása) sokszor igen nehéz megállapítani a karcsúsítás valós eredményeit, ezért fontos, a fejlesztési célok egyértelmű, mérhető meghatározása (Fillingham, 2007). A projekt célok és a stratégiai célok összehangoltságának fontosságát emelik ki az alaptervek 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 esetekről szóló írásokban a projektek konkrét céljai ritkán kerülnek tisztázásra (csupán négy esetben). 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 folyamatszemlélet, és az annak megfelelő fejlesztés (Laursen et al., 2003; Jimmerson et al., 2004).

A projektek térbeli és időbeli kiterjedésére a projektek színhelyekből, a problémák, illetve az elért eredmények jellegéből következtethetünk. A projektek néhol egészen konkrét problémák megoldására korlátozódnak (pl. standard kifejezések hiány

a patológiai laboratóriumban: Raab et al. (2006)), míg megint mások osztályok szintjén próbálnak általánosabb jellegű problémát orvosolni (pl. nosocomiális fertőzések számának csökkentése: Appleby (2002)). Végül megint más projektek a betegek több osztályon átvezető útjának feltérképezését és egyszerűsítését célozták meg (Pl. Laursen et al. (2003), Jimmerson et al. (2004)). A projektek időbeli kiterjedésére jellemző az iparból ismert „villámfejlesztés” alkalmazása, azaz rövid, jellemzően 3-5 napos projektek indítása (pl. Wessel, 2005; Powell, 2009; New et al., 2008) de Jimmerson et al. (2004) pl. 7-10 hetes tréninggel egybekötött projektperiódusokat ír le. Az esetekből nem derül ki, hogy ezeket a projekteket milyen előkészítő munka előzte meg (pl. adatgyűjtés), arra azonban vannak utalások, hogy a villámfejlesztéssel nem zárulnak le a projektek, hiszen azok eredményeit csak később, akár hónapok múlva látják.

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). A többi kórház esetében azonban felmerül a kérdés, amelyet Young – McClean (2008) is feltesz, hogy *a projektek céljai mennyire felelnek meg a karcsúsítás eszméinek?*

7.6. A karcsúsítási projektek menedzselése

A kórházi környezetben megvalósított karcsúsítási projektek szervezése a kutatás eredményei alapján jelentős hasonlóságot mutat az iparban megvalósítottakhoz. A projektek az érintett területen dolgozók és közvetlen menedzsereik részvételével zajlottak csoportmunkában. A projektekben egyaránt részt vettek ápolók, orvosok és a támogató területek dolgozói is (New et al., 2008). A csoport közösen végezte az elemzéseket, alakította ki a javaslatait a jövőre vonatkozóan (Shannon et al., 2006). A projektmunka tevékenységei között szerepelt a kezdeti oktatás (Powell, 2009), a dolgozók problémaérzékenységének kialakítása (Braaten -Bellhouse, 2007), a betegek igényeinek feltárása (Fillingham, 2007) az aktuális folyamatok részletekbe menő feltérképezése, megfigyelése, a problémák okainak felkutatása, majd kiküszöbölése a folyamattervezés alapszabályaira támaszkodva, végül a folyamat jövőbeli kialakításának, fejlesztésének meghatározása. A projektek során a résztvevőket leginkább a saját munkájuk fejlesztésének lehetősége motiválta (Jimmerson et al., 2004; Braaten -Bellhouse, 2007). Szintén motiváló erő volt a közvetlen vezetők biztatása a fejlesztési ötletek kidolgozására (Fillingham, 2007), a felsővezetés támogatása – a projektek iránti érdeklődés kimutatása (Fillingham, 2007). A projekt számára támogatást nyújtott belső tréner-tanácsadó, vagy külső tanácsadó (Powell, 2009). Ezen túl a szükséges volt az erőforrások biztosítása (Fillingham, 2007). Jimmerson et al. (2004) külön kiemeli, hogy nagy hangsúlyt helyeztek az orvosok bevonására a projektekbe.

A ZMK esetében a fentről induló, rendszerszerű, nagy volumenű projektek esetében a dolgozók (különösen az orvosok) meggyőzése volt a kulcskérdés. Látszólag a továbblépés szempontjából ma is ez. Habár a projektek lefutása szabványosított, azok hatékonysága látszólag elmarad a „villámfejlesztések”-nél jellemzőtől. A ZMK-ban a külföldi esetekben szereplő kórházak jellemző gyakorlatával szemben a projekteknek nem része a kezdeti oktatás. Ezeken túli részletek jellegükben nem térnek el a további esettől.

Összegezve elmondható, hogy 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). Habár ezzel a kérdéssel kapcsolatosan az eseteleírások kevés információt tartalmaznak, elmondható, hogy az alapirodalommal jól egyeznek a feldolgozott esetek tapasztalatai. 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 elnyerése.

7.7. A karcsúsítás alkalmazott eszközei

A kórházi folyamatok karcsúsításával foglalkozó írások egyik leggyakrabban tárgyalt kérdése a projektek során alkalmazott elvek, eszközök, megoldások leírása. A kérdés fontossága jól tükröződik a kutatásban elemzett írások esetében is; az alkalmazott eszközökről minden szerző ír, és pl. a külföldi eseteket leíró cikkekben az említésének aránya a többi tényezőhöz viszonyítva magas – a harmadik leggyakrabban említett tényező. Az alapirodalomként bemutatott források közül Radnor et al. (2006) kutatásai szerint a pazarlás 7 formájának feltárásához és megszüntetése, illetve a folyamatok feltérképezése, mint eszközök vezetnek a gyakorisági listát.

Az alkalmazott eszközökkel összefüggésben az alapirodalom alapján a legfontosabb kérdések:

- Milyen elveket használnak a kórházak a karcsúsítás során?
- Milyen eszközöket vettek át a kórházak módosítás nélkül (csekély módosítással) az ipartól, és melyeket adaptáltak?
- Milyen sajátos megoldások születtek?

Jelen kutatás ugyan csak részben volt képes megválaszolni ezeket a kérdéseket, mégis számos fontos észrevétel tehető. Az alkalmazott eszközök elemzésénél elsősorban a külföldi esetleírásokra támaszkodhattam, ezeket vetettem össze az alapirodalomban szereplő ismeretekkel, felvetésekkel, valamint a Zala Megyei Kórház tapasztalataival. **A továbbiakban ennek megfelelően elsősorban a külföldi esetek elemzésének eredményei kerülnek előtérbe.**

Az esetleírások számos eszközt említenek, azonban csak ritkán használják a karcsúsítás irodalmából ismert kifejezéseket. Az alkalmazott eszközök pontos leírása általában hiányzik, csak egy-egy bővített mondat utal rá.

Ez alól néhány kivételt találunk, így pl. az A3 riport, vagy az érték áram térkép (VSM) elkészítését, az „5 Miért?” és az ok-okozat elemzés alkalmazását. Ennek magyarázata feltehetőleg az, hogy ezek sokkal inkább az adatelemzés és megjelenítés eszközei, mintsem a folyamatok szervezéséé, így könnyebben alkalmazhatók új környezetben is. Mindezek ellenére Jimmerson et al, (2004) több megjegyzése utal arra, hogy még ezen eszközök esetében is szükség van a környezethez való igazításra: „*A Toyota fejlettebb A3 riport rendszerét adaptáltuk az egészségügyre...*” (8. old). Az elemző, megjelenítő eszközöket egyszerűbb adaptálhatóságuk miatt véleményem szerint érdemes a többi eszköztől elkülönítve vizsgálni. Az elemzőeszközök alkalmazásáról szóló említések gyakoriságát a 13. ábra mutatja.

13. ábra: Az alkalmazott elemző, rendszerező eszközök említési gyakorisága



Megjegyzés: az idegen kifejezések magyarázata megtalálható a 6. táblázatban.

Forrás: Saját készítésű ábra

Az esetleírásokban az elemző eszközök közül leggyakrabban az **értékáram feltérképezését** említették, mely a folyamatszemplét jelenlétét, annak kialakítására tett lépéseket mutatja. Az értékáram térkép leggyakoribb előfordulása egybeesik Radnor et al. (2006) tapasztalataival is. Jimmerson et al. (2004) szerint az értékáramok feltérképezése (VSM) könnyen adaptálható bármely kórházi környezetre és igen jól alkalmazható a folyamatok áttekintéséhez és a fejlesztésre szoruló pontok kiválasztásához. A másik sokszor említett eszköz az **ok-okozat elemzés** az **Ishikawa**, avagy halszálla diagram és az „**5 Miért?**”²⁷ technika segítségével. Ez a probléma feltárás széles körben alkalmazott eszköze, tehát nem feltétlenül csak a karcsúsításhoz kapcsolható. A közvetlen megfigyelés a folyamattérkép készítéséhez, vagy a hibaelemzéshez nyújt segítséget. Az **A3 riport** a Toyotától átvett eszköz, ezt Cindy Jimmerson maga dolgozta át és a beszámolóiban szerint számos esetben alkalmazta sikerrel. Tapasztalataiból könyv is született (Jimmerson, 2007). Jimmerson et al. (2004) az A3 riport előnyeit is ecseteli: segít a helyzet tárgyilagos bemutatásában, így különösen jó hasznát hajt az egyes osztályok közötti kérdések megoldásában, segíti az érzelmeiktől fűtött vitás kérdések higgadt megtárgyalását. Ennek ellenére rajta kívül más nem említi az eszköz alkalmazását. Az esetek elemzése tulajdonképpen a probléma feltárás része. A „betegek igényeinek értékelése” itt egy elemző eszköz (egyetlen említéssel!), azonban a karcsú menedzsment logikája szerint ennek a mindennapos működés részének kellene lennie.

A tanulmányokban említett megoldásokhoz általam kapcsolt eszközök típusainak gyakoriságát a 14. ábrán mutatom be. Az ábráról kiderül, hogy a feldolgozott 20 esetben számos karcsúsítási eszköz, illetve az azok mögötti elgondolás került alkalmazásra. Ugyanakkor az említések viszonylag alacsony száma arra utal, hogy legfeljebb néhány eszköztől mondható el, hogy általánosan alkalmazzák, a többség csak szórványosan jelenik meg az esetleírásokban.

²⁷ Ennek a technikának a lényege, hogy úgy igyekszik a jelenségek mögötti mélyen fekvő okokat feltárni, hogy öt szinten keresztül feltárja a triviálisnak tűnő válaszok mögötti okokat.

14. ábra: A karcsúsítás eszközeinek említési gyakorisága



Megjegyzés: az idegen kifejezések magyarázata megtalálható a 6. táblázatban.

Forrás: saját készítésű ábra

Ez a tapasztalat azt a feltevést erősíti, hogy **az érintett kórházak általában még a karcsúsítási folyamat elején tartanak, és hosszú út áll még előttük, míg az eszközök tucatjait alkalmazó, a működést minden irányból átható rendszerré válik a karcsú menedzsment.** Ennek a kijelentésnek az általánosíthatóságát gyengíti az a tény, hogy jelek utalnak arra, hogy jelentős a különbség az egyes esetekben bemutatott kórházak karcsúsítás terén tett erőfeszítései terén. Sőt a publikációkban megjelenő estek fókusza, kiterjedése is eltérő lehetett. Nyilvánvaló, hogy a kisebb horderejű problémáknál kevesebb eszköz alkalmazására nyílik lehetőség. Komplex megoldást mutat pl. a Virginia Mason Medical Center esete (Nelson-Peterson and Leppa, 2007), ahol egy 27 ágyas osztály esetében 8 különböző eszköz kerül említésre összesen 10 alkalommal (andon, JIT, kanban, egydarabos áramlás, készlet a felhasználás helyén, standard műveletek, csoportmunka, munkacellák). Ezzel szemben egyetlen eszközt említ a University of Pittsburg School of Medicine, Shadyside Hospital esetében Raab et al. (2006), ahol a patológián a vizsgálatok pontosságát az alkalmazott kifejezések standardizálásával fejlesztették. Ismertek ugyanakkor más karcsúsítási fejlesztések is ugyanebben a kórházban (Spear, 2005).

Az alkalmazott eszközök bemutatásánál hangsúlyoznom kell, hogy ezek feltehetően már nem a „klasszikus” karcsú eszközök, hanem az azok mögötti elgondolások alkalmazása a kórházi környezetben. Ezért a továbbiakban, amikor az „eszköz” kifejezést alkalmazom, akkor ezt a tartalmat értem alatta.

Az alkalmazási gyakorlatokat áttekintve feltűnő a tevékenységek standardizálásának (standard műveletek) dominanciája. Ez a folyamatok újrászervezésével együtt egy, a kórházi folyamatoknak az ipari szemléletnek megfelelő szervezésére enged következtetni: a folyamatok átgondoltak, a tevékenységek pontosan szabályozottak. Ez pontosan megfelel a karcsúsítás szemléletének. **A jelenség azért érdemel kiemelt figyelmet, mert a karcsúsítás elleni leggyakoribb érv szerint a kórházi ellátás azért nem standardizálható, mert ott emberekkel foglalkoznak és minden ember más. Természetesen ezzel nem vitatkozom, ugyanakkor az esetek tanúsága szerint a tevékenységek standardizálása mégis kivitelezhető.** Sőt, ahogyan azt Fillingham (2007) a Royal Bolton Hospital igazgatója írásában megjegyzi: *„a standard munka nem más, mint amit mi a múltban hatásos klinikai gyakorlatnak nevezünk. A trükk az egészben, hogy nem csak azonosítani, hanem beágyazni kell ezeket oly módon, hogy napi szinten is következetesen betartsuk azokat.”* (237. old.) Vagyis a standardok alkalmazása korántsem idegen a kórházi betegellátásban.

A folyamatok áttervezése az azokban észlelt hiányosságok nagy száma alapján érthető, sőt kívánatos. Mi több, a karcsúsítás logikájának messzemenőkéig megfelel a folyamatokra, azok fejlesztésére való koncentrálás, így ennek az eszköznek az gyakori alkalmazása is csak üdvözölhető.

A harmadik helyen álló „andon” az esetekben a minőségileg kifogásolható szolgáltatás nyújtásának felfüggesztését jelenti, konkrétan a betegekre veszélyt jelentő bármilyen tevékenység leállítását, illetve az ilyen körülmény jelentése kerül említésre. Ismerve az elszomorító statisztikákat a kórházi nem kívánatos események számáról ez csak üdvözölhető.

A további eszközök részletes elemzésétől eltekintek. Ezek esetében a legfontosabb információ, hogy **olyan eszközökről van szó, amelyek a karcsúsítás gondolkodásának, ipari gyakorlatának szemléletükben megfelelnek**, ugyanakkor a kórházi környezetben alkalmazzák őket.

A továbbiakban csupán azokat az általános tapasztalatokat emelem ki, amelyekkel az esetek szolgálnak a különböző eszközök tulajdonságaival, alkalmazhatóságára vonatkozóan.

- A hibák felkutatása egyszerűnek tűnik, de a kórházi dolgozók olyan szinten hozzászoktak, hogy a problémákkal együtt kell élniük, hogy gyakorlatilag nem is veszik észre azokat. (Braaten -Bellhouse, 2007).
- A labor, a gyógyszertár és az IT csoport dolgozói általában könnyebben megértik a karcsú változások célját és menetét. Jimmerson (2005) ezt azzal indokolja, hogy ők már rendelkeznek bizonyos folyamatszempléttel, és könnyebben szakítanak időt is a változtatások véghezvitelére. Szemben mindezzel, akik az ápolási területen dolgoznak, nehezebben birkóznak meg szervezett segítség nélkül a változásokkal együtt járó problémákkal.
- New et al. (2008) a csoportmunka és a változtatások kommunikálásának nehézségeire hívja fel a figyelmet. A műszakban dolgozó személyzetnél a műszakváltások közötti 20 percben van lehetőség mindenkivel beszélni, azonban ebbe az időbe sok más témának is bele kellene férnie, sőt a dolgozók egy része már kimerült. Ez a közös munkát hátráltatja, feleslegesen és drasztikusan elhúzza a változtatások bevezetésének idejét. Emiatt nehéz fenntartani a projektekhez szükséges lelkesedést.

A ZMK közel 20 éves minőség- és folyamatafejlesztési törekvéseinek története, alkalmazott eszközei és érzékelt problémái – habár nem minden ponton egyeznek meg a fentiekben tárgyaltakkal – mindenképpen összhangban vannak az itt bemutatott magyarázatokkal.

Összefoglalásként elmondható, hogy a kutatott kórházak csak kevés karcsú eszközt alkalmaznak, tehát feltehetően messze állnak még az átfogó menedzsment rendszer alkalmazásától. A karcsúsítás első lépéseire szükséges **elemző és szervező eszközök (VSM, folyamatok átszervezése, tevékenységek standardizálása)** és a **hibákat a felmerülésük pillanatában feltáró és blokkoló megoldások (andon)** alkalmazása a jellemző egyelőre. Az esetekben megjelenő eszközök már a kórházi környezetnek megfelelő változatok. Az egyes konkrét eszközök még az egészségügyi környezetben sem feltétlenül kompatibilisek. A különböző osztályok kezdetben eltérő sebességgel képesek a változásokat megvalósítani. Ebben részben

szerepet játszik az egyes osztályok folyamatorientáltsága, az érintettek számára közösen rendelkezésre álló idő és a problémákra való érzékenység. Mindezek a megállapítások alátámasztják az a korábbi elképzelést, mely szerint az ipari megoldások adaptált változatai megállják a helyüket az egészségügyi ellátásban is. Az irodalom összefoglalóban feltett kérdésekre részben választ kaptunk az esetek elemzése során. Továbbra is hiányzik azonban az eszközök alkalmazásának részletes leírása; alkalmazhatóságuk határainak kijelölése.

7.8. A karcsúsítás eredményei

Részben a karcsúsítással szembeni várakozásoknak tudom be, hogy minden szerző igyekszik kiemelni annak eredményeit. Ennek magyarázata az előzőekben bemutatott eszközökkel hasonlatos és érthető; a gyakorlat számára talán a legfontosabb kérdés a karcsúsítással elérhető eredmények kikutatása, és a kutatói társadalom is egyre inkább érdeklődik a téma iránt. Ugyanakkor Fillingham (2007) szerint a szolgáltatás eredményének megfoghatatlansága, valamint a vevő (páciens) aktív szerepe miatt az egészségügyi környezetben az egyik legproblémásabb feladat az eredmények egyértelmű kimutatása. Ez a probléma azonban csak nagyon ritkán jelenik meg az írásokban.

Az alapirodalom cikkei az eredmények típusainak, jellegének általános leírása mellett felhívják a figyelmet a negatív esetek leírásának fontosságára. Ez a kutatás módszertani megbízhatósága szempontjából fontos. Meglepő azonban, hogy az egyes esetekben, csakúgy, mint az alapirodalom szerint, a karcsúsítás csaknem kizárólag pozitív eredményeket hoz. A 20 külföldi esetből összesen négy negatív említést azonosítottam három esettel kapcsolatosan. Ezek részletes bemutatását indokoltnak tartom:

- Raab et al. (2006) egy patológiai osztályon figyelte meg, hogy a minták értékelésénél alkalmazott kifejezések standardizálásának hatására nőtt az aránya a nem-diagnosztizálható mintáknak. A jelenséget Raab et al. (2006) nem magyarázza.

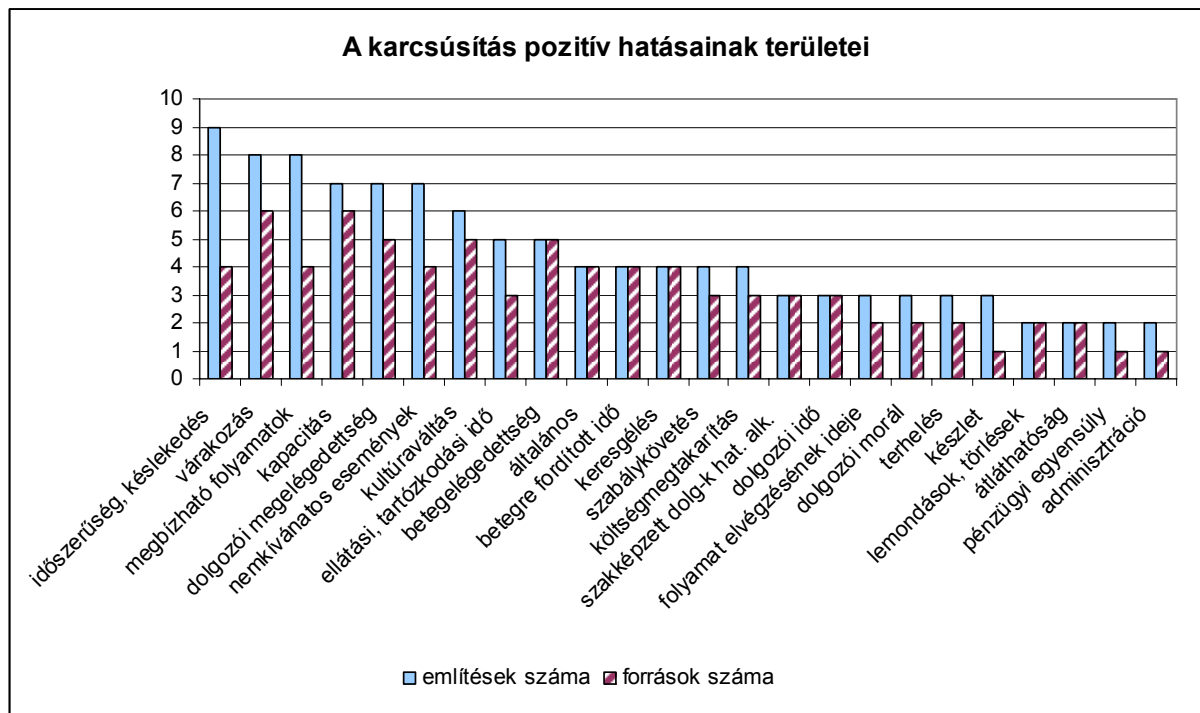
- A négy említésből kettő ugyan ahhoz az esethez tartozik. Furman - Caplan (2007) a Virginia Mason Medical Center által bevezetett betegbiztonsági jelző rendszer működésével kapcsolatosan jegyzi meg, hogy mivel a rendszer dokumentálja az ellátásban elkövetett hibákat, az lehetőséget teremt a betegek és hozzátartozóik részére az információkat egy esetleges peres ügyben az intézmény ellen felhasználni. Ugyanebből kifolyólag az intézmény jobban ki lesz téve a sajtó támadásainak, a negatív sajtómegjelenésnek.
- A negyedik megjegyzést Laursen et al. (2003) teszi egy dániai kórház esetében. Ennek lényege, hogy hiába növeli a kórház a hatékonyságát, és lát el több beteget a korábbival megegyező erőforrás ráfordítással, ennek mindaddig van csak értelme, amíg a megnövekedett teljesítményt a finanszírozójával el tudja ismertetni. Abban az esetben azonban, amikor a Dániában is működő kvótás finanszírozási rendszerben a kvótát a kórház a korábbi évek teljesítménye alapján kapja, előállhat a helyzet, hogy a karcsúsítás eredményeként létrejött többletkapacitások segítségével ellátott betegek már nem férnek bele a meghatározott kvótába, így a betegek ellátásának a költségeit a finanszírozó nem fedezi. **Így a kvótarendszer tulajdonképpen bünteti a karcsúsításhoz hasonló hatékonyságnövelő kezdeményezéseket.**

Látható, hogy a karcsúsítás négy negatív kimenetéből tehát tulajdonképpen egyetlen egy a tény – ennek okát azonban nem ismerjük –, a további három egyelőre feltételezés. Ettől függetlenül igen fontos ezekre a lehetőségekre felhívni a kórházvezetők és a finanszírozási rendszerek kidolgozóinak figyelmét is. A jogi következményekkel kapcsolatosan Furman - Caplan (2007) maga is úgy vélekedik, hogy ez a negatív hatás szükségszerű áldozat a betegellátás biztonságának növelése érdekében, mely ráadásul az intézmény fejlődésével várhatóan egyre csökken majd. Ezt a várakozást erősítik Spear (2005) tapasztalatai is. A nyitottság pedig növelheti a betegek bizalmát az intézmény iránt, így összességében a magasabb forgalom és piaci ár ellensúlyozhatja az esetleges negatív hatásokat. A dán esetben a kvótás finanszírozási rendszer gyakorlatilag a piaci elveken nyugvó „vevői érték” meghatározásának gátja. Ez alapvető probléma lehet minden kórház számára, amely ilyen típusú rendszer része.

A külföldi esetekben a karcsúsítás pozitív eredményeinek típusait a 15. ábra mutatja be. Mindezek az eredmények jellegükben nagy hasonlóságot mutatnak Radnor

et al. (2006) felmérésében szereplőkkel. Az ábrán 24 eredmény-típust tüntettem fel, de ezeken túl még 10 további pozitív eredményt említenek legalább egyszer a szerzők. Az ábrán feltüntettem, hogy milyen téren hányszor (említések száma) sikerült javulást elérni (pl. késlekedés csökkenése, kapacitások növekedése, stb.) és hogy az adott típusú eredményt hány forrás hivatkozta. A két adat együtt árnyaltabb képet adhat az egyes eredménytípusok súlyáról.

15. ábra: A karcsúsítási projektek pozitív eredményeinek gyakoribb területei



Forrás: saját készítésű ábra

A két adatsor alapján az alábbi gyakorisági sorrend lehet jellemző (habár egy ilyen rangsor felállítása nem kimondott célom, az eredmények bemutatását segíti).

1. A betegek várakozási idejének csökkenése (várólisták hosszának csökkenése, és az ellátás során történő várakozások is)
2. A felesleges tevékenységek, pazarlások kiküszöbölése kapcsán nőtt az ellátó egységek kapacitása. Pl. duplájára nőtt a megvizsgált betegek száma (Wessner, 2005).
3. A zavaró körülmények és a stressz csökkenése miatt nőtt a dolgozói elégedettség, csökkent a fluktuáció (20%-ról 4%-ra, Braaten -Bellhouse, 2007)

4. Számos esetben megtörtént a kultúraváltás: a dolgozók érzékenyebbekké váltak a problémák előfordulására és annak a lehetőségére, azonnal reagáltak az elhárításuk érdekében
5. A problémaérzékenységgel összefüggésbe hozhatóan több helyen előfordult a folyamatokban korábban jellemző késlekedés csökkenése. Pl. az elrendelt beavatkozás végrehajtásának késlekedése a korábban jellemző 43 percről 10-re csökkent (Jimmerson et al., 2004).
6. Szintén viszonylag gyakori a folyamatok megbízhatóságának jelentős növekedése. Pl. a patológián a hibásan negatív eredmények arányának csökkenése 41,8%-ról 19,1%-ra (Raab et al., 2006).
7. Feltehetőleg szintén kapcsolatban van a problémaérzékenység növekedésével a nemkívánatos események számának csökkenése (fertőzések számának jelentős visszaesése (Shannon et al., 2006; Appleby, 2002), illetve a megelőzésüket célzó riasztások számának a növekedése (4 év alatt a riasztások száma 76 szoros lett (Furman - Caplan, 2007))
8. Öt alkalommal jelenik meg a betegek elégedettségének növekedése, mint eredmény. Több információt kaptak, kevesebb stressznek lettek kitéve (Laursen et al., 2003), kevesebbszer kellett hívniuk a nővéreket (Nelson-Peterson and Leppa, 2007), az első kapcsolatfelvételnél 90% eséllyel kaphattak időpontot (Taninecz, 2009).
9. A karcsúsítás eredményeként megszűnt az eszközök, iratok keresgélése (Nelson-Peterson and Leppa, 2007; Jimmerson et al., 2004; New et al., 2008) és nőtt azoknak az eseteknek az aránya melyben az ellátáshoz szükséges minden eszköz, anyag az igény felmerülés időpontjában már rendelkezésre állt; 5%-ról 65%-ra (Taninecz, 2009).
10. Feltehetően más eredményekkel összefüggésbe hozhatóak azok a megjegyzések, melyek arról számolnak be, hogy a dolgozóknak több idejük jut a betegellátásra, mint korábban. Pl. a klinikán az orvos-beteg idő 240 percről 285 percre nőtt (Taninecz, 2009)
11. Logikailag sok más eredménnyel összefüggésben hozható a benttartózkodási idő csökkenése akár 33%-kal (Fillingham, 2007). Shannon et al. (2006) a kórházban szerzett fertőzések számának

csökkenésével indokolja, míg Ben-Tovim et al. (2007) a torlódások megszüntetésével.

A további eredmények részletes bemutatásától eltekintek, azonban álljon itt egy felsorolás annak érzékeltetésére, hogy milyen típusú eredményeket említenek még a szerzők.

Növekvő szabálykövetés; költségmegtakarítás; a szakképzett dolgozók idejének jobb kihasználása; dolgozók számára megtakarított idő (pl. szünetre); folyamat elvégzéséhez szükséges idő csökkent; dolgozói morál javult; osztályok terhelése csökkent. Csökkent még: a készletek szintje; a sürgősséggel leadott készletrendelések; a műtétek, betegidőpontok lemondása, törlése; a szükséges adminisztráció; a folyamatlépések száma; a szükségszerű hibakorrekció száma; előkészületi idő. További pozitív hatásként a pénzügyi egyensúly helyreállt; dolgozók közötti kommunikáció javult; kiegyensúlyozottabb lett az orvosok terhelése; a halálozási arány csökkent; a folyamatok egyszerűbbé váltak; termelékenység nőtt; kialakult a csapatmunka; a betegigényeket sokkal jobban megértette a kórház; kialakult a kórház jövőképe.

A ZMK esetének feldolgozása a során szintén hasonló eredményekről számoltak be (gazdálkodás stabilizálódása, a folyamatok átláthatóságának megteremtése, hatékonyságjavulás).

A pozitív kimenetek szinte kizárólagossága, melyet a fentiekben írottak is jól szemléltetnek, meglepő eredménynek számít, mely feltétlenül további kutatásra érdemes. A ZMK esete segít a jelenség lehetséges magyarázatainak feltárásában: (1) A jelenség mögött a módszertan előnye rejlik: a csoportmunka és az összes (lényegi) érintett jelenléte a fejlesztés során, megteremti a lehetőségét annak, hogy az esetleges negatív hatásokra már a megoldások kidolgozásánál figyelmet fordítsanak, és azokat kiküszöböljék, vagy más típusú megoldást keressenek. Mivel ez a magyarázat feltételezi, hogy minden projekt esetében körültekintő csoporttervezés és projektmenedzsment történt – mely a gyakorlattól némileg elrugaszkodottnak tűnik – érdemes további magyarázatokat is keresni. (2) További magyarázat lehet a korábban is említett sok hiba, melynek leküzdése értelemszerűen minden esetben pozitív eredményeket hoz, hiszen mindenki érdekét szolgálja. Természetesen nem kizárható Elkuzien et al. (2006) felvetése sem, mely szerint a rózsaszín jelentéseken túl kudarccal

végződött esetek is vannak, csupán ezekről nem készülnek beszámolók. Ennek azonban 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, amelye 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.**

A kiinduló irodalom szerint lényeges még az eredmények eléréséhez szükséges idő és az eredmények fenntarthatóságának kérdése is.

Az eredmények eléréséhez szükséges időt Jimmerson et al. (2004) adja meg egyértelműen egyetlen esetben. Ebben a patológiáról az ellátást nyújtó orvoshoz a jelentések öt nap alatt érkeztek meg korábban, ezt akarták csökkenteni két napra. Ennek a célnak az eléréséhez két hónapra volt szükség. (Jimmerson et al., 2004). A további esetekben nem derül ki, hogy a bemutatott eredmények eléréséhez mennyi idő kellett. Csupán utalásokat találunk arra vonatkozólag, hogy a fejlesztések egy részét az egy hetes (öt napos) villámfejlesztő (kaizen) hetek során valósították meg (New et al., 2008; Powell, 2009). Ebből azonban nem derül ki, hogy milyen további intézkedések voltak szükségesek a bemutatott eredmények eléréséhez. Ezen túl New et al. (2008) jegyzi meg egy sebészi sürgősségi osztály, ápolással foglalkozó projektje kapcsán, hogy a kommunikációra felhasználható csekély idő miatt a változtatások véghezvitele „*meghökkenően hosszú időt vett igénybe*” (7. old). Ez a megjegyzés arra hívja föl a figyelmet, hogy **az egészségügyi ellátás természete, és annak szervezési sajátosságai is befolyással lehetnek a változtatások megvalósításának idejére, ennek folyamányaként pedig az eredmények megjelenési idejére is.**

Az eredmények fenntarthatóságát illetően szintén kevés konkrétumot találunk. Shannon et al. (2006) leírja, hogy a fertőzések száma alacsonyan maradt a fejlesztések bevezetése után még 34 hónapon át, míg Appleby (2002) szerint a VA Medical Center sebészeti osztályán nem történt nosocomiális fertőzés az intézkedésektől számított négy hónapon belül. További négy forrás szól arról, hogy milyen feltételei vannak a visszarendeződés elkerülésének, azaz az eredmények fenntartásának. Jimmerson et al. (2004) és Nelson-Peterson – Leppa (2007) a menedzsment tagjainak a változásokban

való részvételében és jelenlétében látja az eredmények garanciáját. Fillingham (2008) a csoportvezetői szintű vezetők elköteleződését tartja fontosnak, míg Appleby (2002) a csoportvezetőnek a problémamegoldó és elemző szerepét emeli ki.

Összegzésként elmondható, hogy az irodalom és a gyakorlati tapasztalatok is igen sok, különböző típusú pozitív eredményét sorolták fel a karcsúsításnak. Az eredmények túlnyomó része egy jól körülírható logikai rendszer elemeként fogható fel – mely rendszer jól illeszkedik a karcsúsítás lényegéhez. Ebben a logikai rendszerben a folyamatok javuló megbízhatósága, a hibák és felesleges munka csökkentése áll a középpontban. Mindezek hatására javul az ellátás számos mutatója (ellátási idő, fertőzések száma, betegidő, stb.), sőt javul a helyzet az ellátók oldaláról is (kevesebb stressz, alacsonyabb terhelés, több idő). Mindez a betegek és a dolgozók elégedettségét is növeli, sőt – nem utolsósorban – a pénzügyi egyensúlyra is jó hatással van. A kutatás bizonyítja, hogy – az előzetes várakozásoknak megfelelően – karcsúsításnak negatív kimenetei is lehetnek. Szintén igazolódni látszik azonban, hogy ezek száma töredéke a pozitív hatásoknak. Hátrányok lehetőségeit hordozzák magukban a hibák nyilvánvalóvá tétele, valamint a hatékonyságnövelést nem támogató finanszírozási környezetben való működés is. A karcsúsítás időszerűségével és az eredmények fenntarthatóságával kapcsolatosan szintén igazolódni látszik az alapirodalomban megfogalmazott felvetések: a kórházi működés sajátosságai miatt karcsúsítás időben jobban elnyúlik az iparban tapasztaltnál. Az eredmények fenntarthatósága látszólag erősen függ mind a csoport szintű vezetők elköteleződésétől, mind a felső vezetés jelenlététől a változási projektek és a napi működés során.

Az esetek elemzésével sem találtam válaszokat azokra a kérdésekre, hogy (1) milyen a kapcsolat a célok és az eredmények között, (2) az eredmények időben hogyan alakultak, illetve hogy (3) az elhatározott változtatásokat milyen arányban sikerült végrehajtani.

7.9. Erőforrások és képességek

A kutatott esetekben a felhasznált anyagi és emberi erőforrásokról kevés említés esik. Jimmerson et al. (2004) azt a tapasztalatát írja le, hogy a kezdeti fejlesztések csekély anyagi erőforrás ráfordítással járnak, inkább a dolgozók idejét veszi igénybe. Ez megegyezik Spear (2005) és Radnor et al. (2006) tapasztalataival. Fillingham (2007) a vezetőség azon igyekezetét mutatja be, hogy a projektekben résztvevők számára biztosítsa a szükséges időt és erőforrásokat. Ez az igyekezet a fejlesztések stratégiai jelentőségét és a vezetés elköteleződését is feltételezi.

Az emberi erőforrás tényező jelentőséget nyer akár kezdeti hiányosságokként (pl. nagy fluktuáció), akár a változások szűk keresztmetszeteként, (pl. túlterhelt dolgozók).

Az emberi erőforrásokkal kapcsolatosan az elemzett esetek alapján kirajzolódó kép szerint a karcsúsítás egyfelől lekötötte a dolgozók idejét, másrésztől a felszabadítja azt. A probléma csupán, hogy a felszabaduló idő nem feltétlenül annál a személynél jelentkezik, akinél a ráfordítások. A karcsúsítás a munkakörülményekre jótékonyan hat (pl. csökkent a stressz, több idő jutott a dolgozóknak a feladatuk elvégzésére, volt lehetőség szünetre, stb.), ez pedig a dolgozói elégedettség növekedéséhez vezet.

Több szerző említi, hogy a karcsúsítási projektek során tartott képzések, és maga a problémamegoldás folyamatának gyakorlati megtapasztalása is javította a dolgozók képességeit, ennek hatására pedig a kórházak emberi erőforrás minősége is javult (Jimmerson et al., 2004; Powell, 2009). A különböző osztályokon dolgozók kezdetben különböző módon képesek megérteni a fejlesztések lényegét és módszereit (pl. ápolók vs. labor dolgozói)(Jimmerson et al., 2004). Feltételezhető, hogy ez a különbség – éppen az egyéni képességek fejlődése miatt – a projektek számának növekedésével lassan eltűnik.

7.10. Szervezeti struktúra

A szervezeti struktúra habár látszólag nem kapcsolódik szorosan a folyamatok fejlesztéséhez, mégis jelentős hatással van a karcsúsítás lehetőségeire. A szervezeti

struktúra ugyanis részben leképeződése, részben alakítója a szervezeti kultúrának, mely meghatározza, hogy a karcsúsítás elvei mennyire esnek távol a szervezet működésének aktuális elveitől. A funkciók elkülönítésén alapuló, osztályokra építkező, számos hierarchia szintet megkülönböztető, kiterjedt bürokráciával terhelt struktúra gátolja a folyamatszemplélet 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 szervezeti struktúra egy új összetevője is előtérbe került az esetek elemzése során. New et al. (2008) az érintettek időbeli elkülönülését okozó műszakos beosztás negatív hatásai emelte ki. Habár itt egyetlen említésről van csak szó, véleményem szerint a változások menedzselése szempontjából valóban fontos ez a probléma, még ha nem is feltétlenül csak az egészségügyi ellátás sajátossága.

A ZMK esetében a klasszikus hierarchizált, bürokratikus rendszertől való eltávolodás és a folyamatorientált szervezet felé továbblépés érzékelhető, ám a meglévő 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).

7.11. Szervezeti kultúra

A kórházi szervezeteknél jellemző 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 azok által 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.

A hibáztatás kultúrájának létezését igazolja a ZMK esete is, azonban arra is rávilágít, hogy nem létezik egy egységes kultúra, sokkal inkább csak a jellemző. Így mindig akadnak olyanok, akik készek tenni a fejlesztések érdekében.

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), másrészt 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 hátterében 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 szerinti 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).

Az ellenállás megelőzése és felszámolása szempontjából fontos szerep jut a hatalom tényleges birtokosainak, a vezetői attitűd egyértelműen meghatározza a beosztottak hozzáállását is (Fillingham, 2007, Appleby, 2002; Jimmerson et al., 2004). A vezetőknek át kell engedniük a döntés felelősségét a dolgozóknak. A vezetők szerepe

a keretek meghatározásáig, a projektek támogatásáig, az eredmények számonkéréséig terjed. (Ben-Tovim et al., 2007; Jimmerson et al., 2004). A motiváció eszköze lehet a szervezet közös értékeire való építkezés. Ez lehet az „ideális betegellátás” ideája (Braaten –Bellhouse, 2007), vagy ahogyan a ZMK esetében is, a betegek elégedettsége, vagy a „szakma”, azaz a munka szakmai tartalmának, a szakmai tartalom színvonalának emelése.

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.

7.12. Külső támogatás

A ZMK esete jól mutatja, hogy milyen problémák és lehetőségek vetődnek fel, amikor a kórházak vezetői számukra eddig ismeretlen menedzsment módszereket kívánnak átvenni az iparból:

- A máshol jól bevált eszközök átvétele gyorsabb sikert ígér, hiszen olyan megoldásokat kínál, amelynek a saját területen belüli kifejlesztése még évtizedeket vehet igénybe.
- Mivel a régi eszközök új területen való alkalmazásához nem állnak rendelkezésre tapasztalatok és szakemberek a kórházaknál, ezért annak megszerzésére vagy éveket fordít a kórház, vagy külső segítséget vesz igénybe.
- Ha egy iparban alkalmazott eszközhöz nincsenek tapasztalatok a kórházi ellátásban való alkalmazásáról, akkor külső segítséggel is több időt vehet igénybe, mint egy, az iparban szokásos tanácsadási projekt, hiszen a

külső szakértőknek maguknak is alkalmazkodniuk kell az új környezethez.

Mindezekből egyértelmű, hogy a kórházak számára a hatékony megoldás a külső segítség igénybe vétele (Radnor et al., 2006; Proudlove et al., 2008) – ahogyan azt tette a ZMK is. 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).

8. Összegzés

Értekezésemben a kórházi szolgáltatási folyamatokra jellemző magas és egyre növekvő költség, komplexitás és szervezetlenség, valamint az abból adódó pazarlások és ellátási hibák kiküszöbölése érdekében tett karcsúsítási kezdeményezésekkel kapcsolatos gyakorlati tapasztalatokat kívántam meg rendszerezni.

Mindehhez először egészségügyben a folyamatok fejlesztésének, a karcsú menedzsment alkalmazásának szükségét tárgyaltam, majd a karcsúsítás alapgondolatát és elemeit mutattam be röviden. Ezután áttértem annak az elgondolásnak a tárgyalására, mely az egészségügyi szolgáltatás karcsúsítását elindította. A tanulmány második felének célja az volt, hogy bemutassa, hogy a szakirodalom milyen gyakorlati tapasztalatokat közvetít a karcsú menedzsment elveknek az egészségügyi szolgáltatások fejlesztésében való alkalmazásával kapcsolatosan. Az elemzési keret létrehozása érdekében felkutattam olyan tanulmányokat, amelyek önmagukban is több karcsúsítási eset tapasztalatainak szintézisét adják, majd ezek alapján alakítottam ki a később alkalmazott kódrendszert.

A gyakorlati tapasztalatokra vonatkozó információkat alapvetően két forráscsoportból nyertem. Egyrészt a már publikált tudományos kutatási eredményeket használtam fel, másrészt egy hazai kórház tapasztalatairól készítettem esettanulmányos kutatást. Az így összegyűjtött empiriát rendszereztem a kódrendszer segítségével, és mutattam be a dolgozat második felében.

Habár az itt feldolgozott 20+1 eset semmiképpen nem tekinthető reprezentatívnak a világ (az USA, vagy Európa) kórházait illetően, mégis számos tapasztalatot tárnak fel az egészségügyi (főként a kórházi) folyamatok karcsúsításával kapcsolatosan. Az így nyert tapasztalatok általánosíthatósága meglehetősen korlátozott, mégis alapjául szolgálhatnak további kutatásoknak, melyek igazolhatják, vagy elvethetik az itt közölt tapasztalatok általános érvényét.

A karcsú menedzsment és eszközeinek nem termelő területen való alkalmazhatóságával kapcsolatosan számos szerző fejezte ki kételkedését (Liker, 1998).

Feltehető ugyanis, hogy az egészségügyi ellátás esetében, csakúgy, mint a termelő vállalatok nem termelő tevékenységei esetén a termelő tevékenységek irányításához, szervezéséhez kifejlesztett eszközök alkalmazhatósága a területek különbözősége miatt erősen korlátozott. Sobek és Jimmerson (2003) a karcsú rendszer egészségügyi alkalmazását nehézkesnek ítéli meg. Indoklásukban kifejtik, hogy a rendszer filozófiai elemei ugyan általánosan értelmezhetők bármely tevékenységre, azonban a filozófia nem ad elég útmutatást a konkrét cselekvéshez: pl. a pazarlások kiküszöbölése mindenki számára érthető cél, de a pazarlás kiküszöbölésének konkrét lépései már sokkal nehezebben megragadhatóak. Ugyanakkor, amint azt az értekezésemben bemutattam, mégis jelentős eredményeket voltak képesek elérni egyes szervezetek a karcsú elvek és eszközök alkalmazásával. A 20+1 eset egyik legfőbb üzenete, hogy valójában nem különböznek olyan mértékben a kórházi folyamatok és tevékenységek más szolgáltatási, vagy akár termelési tevékenységektől, hogy azokra ne lehetne (megfelelően adaptálva) alkalmazni a karcsú gondolkodást és a Toyota által kifejlesztett számos eszközt. Ez a következtetés összecseng Radnor et al. (2006) következtetéseivel: **„az egészségügyi ellátás tevékenységeinek fejlesztésében felhasználhatóak a Toyota termelési rendszerének bizonyos elemei, de nem várható siker az eszközök pusztá átvételével, azoknak a terület sajátosságaihoz való adaptálása nélkül.”** (Radnor et al., 2006, 1. old.).

Az esetekben szereplő projektek számos területet érintettek, az adminisztratív teendőktől, a fertőtlenítési eljárásokon, a laboratóriumi vizsgálaton keresztül az sürgősségi ellátás betegosztályozási rendszeréig, sőt egészen a katéterek felhelyezéséig. A tanulmányok egyike sem számolt be olyan folyamatjellemzőkről, amelyek lehetetlenné tették volna az alapelvek alkalmazását (pl. a folyamatos betegáramlás kialakítása, standardizálás, gyors információáramlás, stb.). Ez a tény és a számos különböző alkalmazási terület arra enged következtetni, hogy a fejlesztéseknek nem kell csak a támogató folyamatokra korlátozódniuk, de bátran indíthatók projektek a kórtermi ápolásra, a műtők szervezettségének, hatékonyságára vonatkozóan is. Látszólag ebben nem okoz gondot az a tény, hogy a beteg részt vesz a folyamatban, sőt „visszabeszél”, hanem inkább segíti az elvárások feltárását és a lehetséges problémák azonosítását.

Vannak azonban olyan sajátosságai a kórházi tevékenységeknek, amelyek valóban eltérnek az ipari környezettől, és fontosak a karcsúsító projektek tervezése, módszertana

szempontjából, ám nem sorolhatók a kulturális tényezők közé. Az egyik ilyen a folyamatok és a szervezet komplexitása. Így pl. egy általános rendeltetéssel bíró kórház esetében egy-egy ponthoz (pl. sebészeti kórterem) annyi különböző folyamat, tevékenység kapcsolódhat, hogy az ideális folyamat nem nyilvánvaló, annak megtervezése is egy komplex feladat. Ezen túl a komplexitás a változások menedzselését is megnehezíti. Ezért a jövőben szükség lehet a új projektmenedzsment eszközök kidolgozására ezeknek a kihívásoknak a leküzdésére.

Az eddigi tapasztalatok továbbá azt mutatják, hogy a legtöbb fejlesztés a karcsú gondolkodás (Womack – Jones, 1996) első három lépésének kialakításán fáradozik egyelőre, így a vevői elvárások azonosításán, a folyamatok feltérképezésén és a folyamatok „kiegyenesítésén”, azaz az akadálytalan betegáramlás megvalósításán. Ehhez leggyakrabban a tisztaság és rend megteremtésének alapvető eszköze az 5S és a standard munkafolyamatok kialakítása csatlakozik. Ebből három következtetés is levonható: (1) az egészségügy valóban az átalakítási folyamat kezdetén jár; (2) az átalakítások során ragaszkodnak a termelési területen elfogadott elvekhez, módszerekhez; (3) az eddig ismert elvek, módszertanok alkalmazhatók ebben a környezetben is.

Az esetek arra is rávilágítanak, hogy a karcsú elvek és az egészségügyi dolgozók első találkozáskor felvetett ellenérvek nem jelentenek valós problémát a karcsúsításban, ha sikerül a szervezeti kultúrát átalakítani úgy, hogy a feudalisztikus, bürokratikus és hierarchikus rendszer helyett, egy a különböző csoportok és szakmák közötti kommunikációt segítő, a betegre és a folyamatokra fókuszáló, kooperatív szemlélet váljék jellemzővé. Tulajdonképpen elmondható, a szervezeti kultúra és a menedzsmentgondolkodás fejlesztése mindenképpen szükséges az egészségügyben, függetlenül a karcsúsítási törekvésektől, sőt jelentősen meggyorsítja a karcsúsítást egy már meglévő „modern” kultúra (Radnor – Walley, 2008).

Az dolgozatban felsorolt tapasztalatok, megállapítások egy része általában is értelmezhető; így pl. minden jelentős átalakítási folyamatnak kiemelkedő fontosságú eleme a felsővezetők elkötelezettsége (Kotter, 1995; Bakacsi, 1998; Losonci et al., 2007), vagy a karcsú átalakítások esetében általában fontos a szervezeti kultúra átalakítása, a dolgozók bevonása (Miller, 2005). Az 11. táblázat a hagyományos,

nyugati kultúra és a karcsú kultúra különbözőségét mutatja be. A karcsú kultúra törekszik a tökéletes állapot elérésére, amelyet az ügyfelek igényeivel és a pazarlás nélküli folyamatelvű rendszerrel határoz meg. Ehhez a megoldást az együttműködésben az egyéni tudás kiaknázásában látja.

11. Táblázat: A hagyományos és a karcsú kultúra összevetése

Hagyományos kultúra	Karcsú kultúra
Funkcionális silók	Funkciók közötti teamek
A menedzserek utasítanak	A menedzserek oktatnak, felhatalmaznak
Az „elég jó” megoldás keresése benchmarkinggal	A cél a pazarlás nélküli rendszer létrehozása, nem kevesebb
A hibást kell megtalálni	A problémák gyökerét kell megtalálni
Elismerés: egyéneknek	Elismerés: csoportoknak
A beszállító ellenség	A beszállító szövetséges
Az információt védeni kell	Az információt meg kell osztani
A nagyobb mennyiség alacsonyabb költséget eredményez	A pazarlások kiiktatása alacsonyabb költséget eredményez
A szervezet áll a középpontban	Az ügyfél áll a középpontban
Szekértők a rendszer meghatározó elemei	A folyamatok a meghatározóak

Forrás: Byrne – Fiume, 2003, idézi: Miller, 2005, 5. old.

A szervezeti kultúra átalakítását azonban mégsem lehet túlhangsúlyozni az egészségügyi szervezetek esetében. Itt ugyanis nem csak a hagyományos tömegtermelési szemléletet kell egy másik termelési filozófiává átalakítani, hanem egy olyan rendszerben kell az „érték”, az „áramlás”, vagy a „pazarlás” fogalmakat újradefiniálni, amely fennállása óta más elvek alapján került megszervezésre és értékelésre.

Az egészségügyi szervezetek karcsú szemléletű átalakítása, az ehhez szükséges kultúraváltás tehát az ipari szervezetekhez képest is jelentős időt és energiát igényel és nem utolsósorban szakmai hozzáértést, a változásokat vezető személyek részéről.

A dolgozatban feltárt tényezők ismerete reményeim szerint hozzájárul a (karcsú) szervezeti változások sikeres lebonyolításához, hiszen: „A szervezeti szinten bekövetkező változást számtalan tényező támogatja, vagy gátolja, amelyek felismerése és megfelelő kezelése nélkül nem lehet eredményes a szervezet változása.” (Szócska et al., 2005 190. old).

A Radnor (2009) által kidolgozott tipológiát alkalmazva elmondható, hogy a kutatási eredmények alapján a kórházak nagy része ma még legfeljebb a karcsúsítás bürokratikus fázisánál tart, néhány talán a „proaktív”, vagy az „értő” szakaszban jár már, de kétség kívül világ szinten is kevés lesz, aki az „teremtő” kategóriáig eljutott. Ezt a fejlődési utat számos tényező befolyásolja.

A fejlesztések egyik legkiválóbb hazai képviselője, a Zala Megyei Kórház kétségtelenül meghaladta a bürokratikus szakaszt, „értő” módon folytatja a fejlesztéseket. A kórház részére a cél a „teremtő” fázisba való eljutás lehet, melyhez a karcsúsítás eszközeinek és gondolkodásmódjának részletesebb megismerésére lesz szüksége.

8.1. 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.

Az előzőekben bemutatott eredményekhez képest talán kisebb horderejű, azonban a pontosabb fogalomhasználat szempontjából fontos eredmény **a TQM és a karcsú menedzsment egymáshoz való viszonyának egyértelmű bemutatása**, annak megállapítása, hogy a két rendszer jelentős mértékben átfed.

8.2. A kutatás eredményeinek gyakorlati relevanciája

A kutatás eredményeként 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 korántsem nyújt minden szempontból teljes képet a karcsúsítás során felmerülő kérdésekről, problémákról, azonban okkal feltételezhetjük, hogy a dolgozatban szereplő témák elő fognak kerülni minden karcsúsítással kapcsolatos esetben, illetve a hangsúlyos kérdések között lesznek. Ezen túl a felvetett kérdések ösztönözhetik a szakembereket a karcsúsítás gyakorlatának újragondolására és fejlesztésre.

A TQM és a karcsú menedzsment kapcsolatának tisztázása remélhetőleg hozzájárul a tanácsadói piacon kialakult párhuzamosságok megszüntetésére, mely joggal zavarja meg a témában járatlan megbízókat.

8.3. További lehetséges kutatási irányok

Kutatásom során számos olyan területtel találkoztam, amely a kórházi folyamatok karcsúsításával, annak eredményességével kapcsolatosan jelentős fontosságú lehet, azonban eddig nem történtek kutatások az irányában. Ezek a kérdések néhány fő irány köré csoportosíthatók.

Az egészségügyi szervezeti kultúra vizsgálata, illetve fejlesztésére vonatkozó felvetések nem újak, azonban a karcsúsítással kapcsolatban nem kapnak elégséges hangsúlyt. Ahogyan a fenti összefoglalóból is kiderül, a kórházi folyamatok karcsúsításának legnagyobb kérdése nem az, hogy alkalmazhatóak-e a Toyota rendszerét jellemző elvek és eszközök az egészségügyben – hiszen erre már elég nagy bizonyossággal mondhatjuk, hogy igen. **Sokkal inkább az a kérdés, hogy miként lehet megváltoztatni a jellemző kultúrát annak érdekében, hogy a folyamatos**

változási kényszert felismerő, azt elfogadó, sőt támogató, a Toyotához hasonló, tanuló szervezet jöjjön létre. Ahogyan Spear (2005) fogalmaz, az egészségügy koncentráltan alkalmaz igen jó képességű, elkötelezett, motivált embereket. A kérdés csak az, hogy a „szakma” iránti elkötelezettséget hogyan lehet az ellátás és a hatékonyság növelésének szolgálatába állítani. Éppen ezért kívánatos lenne a karcsúsítási folyamatokat a szervezetfejlesztés tükrében vizsgálni a szimpla technokrata eszközleírás helyett. A témához kapcsolódó másik kérdés ugyan már elvezet a termelésmenedzsment területéről, azonban a karcsúsítás sikere szempontjából lényeges lehet. Ennek lényege **mindazoknak a tényezőknek a feltárása, amelyek az egészségügyben jellemző feudálisztikus, hierarchikus rendszerek, a „hibáztatás kultúrájának” kialakulásához vezet.** Így pl. fontos kérdés, hogy az orvosok képzési rendszere milyen módon befolyásolja ennek a kultúrának az alakulását.

Még egy kutatási irány lehet a **szolgáltatás „vevőinek” és azok igényeinek pontos feltérképezése,** és annak tisztázása, hogy a különböző módon megválasztott „vevő” (pl. beteg helyett a finanszírozó, vagy a létesítmény fenntartója) miként változnak a karcsúsítás céljai, eszközei, eredményei, illetve hogy lehetséges-e a különböző érintettek érdekeinek összehangolása?

Hasonlóképpen javasolható további kutatásokat végezni **a karcsú menedzsment olyan eszközeinek alkalmazásával kapcsolatosan, amelyek eddig a kórházi esetekben nem kaptak szerepet, habár az iparban bizonyítottan jelentős hatással bírnak.** Így pl. a karbantartás, a beszállítókkal való kapcsolattartás (itt értem az anyagi eszközök beszállítóit csakúgy, mint a beutaló háziorvosokat), a vevővel való kapcsolattartást (bármilyen jelentsen is a „vevő”). Sőt, elképzelhető lenne a termékfejlesztés tapasztalatainak átgondolását is az ellátási eljárások, az alkalmazott anyagok, eszközök megválasztásánál.

Ez a kutatás is ráirányítja arra is a figyelmet, hogy szükséges lenne módszeresen megtervezett és kivitelezett kutatásokra, melyek képesek felmérni, hogy (i) **milyen negatív kimenetek lehetségesek a karcsúsítási projektek során,** a (ii) **kitűzött célok és az eredmények hogyan alakulnak az egyes eszközök alkalmazása kapcsán,** valamint, hogy (iii) **az eredmények időben hogyan alakulnak,** és (iv) **mi határozza meg a fenntarthatóságukat.**

S végül még egy terület, mely kutatásom eredményei alapján nagyobb figyelmet érdemel; a **kórházi folyamatok komplexitása**, és az abból következő további specialitások kezelése a karcsúsítás során.

9. Irodalomjegyzék

- Åhlström, P. (2004)**, "Lean service operations: translating lean production principles to service operations", *Int. J. Services Technology and Management*, Vol. 5, No. 5-6, pp. 545-564.
- Angelis, J. – Watt, C. – Macintyre, M. (2008)**: „Customer value and Lean operations in self care“, proceedings of the 15th *International annual EurOMA Conference*, June 15-18. Gröningen, The Netherlands
- Appleby, Chuck (2002)**: "Industrial strength. Patient safety means leading pre-industrial health care into a post-industrial world". *The Journal For Hospital Governing Boards* [Trustee]Vol. 55 (1), pp. 10-19,
- Bakacsi, Gy – Bokor, A. (1999)**: "Szervezeti Magatartás és vezetés". *Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó*, Budapest
- Baur, E. (2006)**: „Mit adhat az autógyártás a kórházmenedzsmentnek? Hatékony életmentés?!“ *Kórház*, No. 9. pp. 20-21.
- Békesi, L. (2006)**: "Mit várhatunk egy modern államtól - és mibe kerül ez nekünk? - Gazdaságpolitika és államháztartás a 21. század elején", *Mindentudás Egyeteme*, Szept. 18. <http://www.mindentudas.hu/bekesilaszo/20060917bekesi.html> , 2008-06-12
- Belicza, Éva (2008/b)**: „A WHO NEVES Program összefoglalása. Hogyan tovább?“, *konferencia-kiadvány: ISO Fórum konferencia*, szeptember 11. Balatonfüred
- Belicza, Éva – Zékány Zsuzsanna (1998)**: „A minőség fogalmi rendszere az egészségügyben“, *EMIKK füzetek*, 1998, Issue 17., Debrecen
- Ben-Tovim, David I. – Bassham, Jane E. – Bolch, Denise – Martin, Margaret A – Dougherty, Melissa – Szwarcbord, Michael (2007)**: "Lean thinking across a hospital: redesigning care at the Flinders Medical Centre", *Australian Health Review*; Vol. 31, Issue 1; pp. 10-15.
- Bertrand, W. – de Vries, G. (2007)**: „Lessons to be learned from operations management“, in: Vissers, J. – Beech, R. (eds). (2007): „Health Operations Management – Patient Flow Logistics in Health Care“, *Routledge*, Oxon, pp. 15-38.
- Bhasin, S. – Burcher, P. (2006)**: „Lean viewed as a philosophy“. *Journal of Manufacturing Technology Management*, Vol. 17 No. 1, 2006, pp. 56-72
- Borbás, I. – Szirmai, L. – Verdes, N. – Vilusz, L. – Zelenkáné Lux, L. (2005)**: "Egészségügyi rendszerek Kelet-Európában". *ESKI Füzetek 2*, Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, Egészségügyi Rendszertudományi Iroda, Budapest. http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2005/kelet-europa.pdf 2009-09-26
- Braaten, Jane S. - Bellhouse Dorothy E. (2007)**: "Improving patient care by making small sustainable changes: a cardiac telemetry unit's experience." *Nursing Economic Vol.* 25 (3), pp. 162-166;
- Brandao de Souza (2009)**: "Trends and approaches in lean healthcare", *Leadership in Health Services*, Vol. 22. No. 2, pp. 121-139.

- Brodt, K. (2006):** „Trials & Triumphs of Introducing Lean to Canadian Healthcare”, *First Annual Lean Healthcare Conference*, April 20, Las Vegas, NV
- Burgess, Nicola – Radnor, Zoe – Davies, Ruth (2009):** “Taxonomy of lean in healthcare: A framework for evaluating activity and impact”, *proceedings of the 16th EurOMA annual conference*, Göteborg, Sweden, June 14-17.
- Chikán, A. (2003):** “Vállalatgazdaságtan”, *Aula*, Budapest
- Croom, Simon (2009):** “Introduction to Research Methodology in Operations Management” in: Karlsson, Christer (ed.) (2009): “Researching Operations Management”, *Routledge*, pp. 42-83.
- Coughlan, P. and Coghlan, D. (2002),** “Action research for operations management”, *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 22 No. 2, pp. 220-240
- Csidei, Irén (2009/a):** interjú Dr. Csidei Irénnel, a Zala Megyei Kórház főigazgatójával, 2009. jan 28.
- Csidei, Irén (2009/b):** interjú Dr. Csidei Irénnel, a Zala Megyei Kórház főigazgatójával, 2009. ápr. 01.
- Davidoff, F. (2002):** “Shame: the elephant in the room”. *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 11. pp- 2-3.
- 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.
- de Koning, Henk - Verver, John P. S. - van den Heuvel, Jaap - Bisgaard, Soren – Does, Ronald J. M. M. (2006):** „Lean Six Sigma in Healthcare”, *Journal for Healthcare Quality*, Vol. 28, Issue 2, pp. 4-11.
- Donabedian, A. (1988):** “The Quality of Care. How Can It be Assessed?” *Journal of the American Medical Association*, 260 1745. in: Gödény, Sándor (szerk.) (2007): “A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben”, *ProDie*, Budapest.
- Ebner, H. – Köck, C. (1999):** „A minőség, mint versenytényező az egészségügyi intézmények szempontjából”, in: Peter Heimerl-Wagner, Christian Köck (eds) (1999): „Az egészségügyi intézmények menedzsmentje – Stratégiák, minőség, változás”, *Perfekt Kiadó*, Budapest, pp. 80-113. Eredeti cím: *Management in Gesundheitsorganisationen: Strategien, Qualitaet, Wandel*, Ueberreuter, Wien, 1996
- Economist (2007):** „A wobble on the road to the top”. *The Economist*, Nov. 10th, pp. 85-87.
- Elkhuizen, S.G. – Limburg, M. M. – Bakker, P.J.M. – Klazinga, N.S. (2006):** „Evidence-based re-engineering: re-engineering the evidence – A systematic review of the literature on business process redesign (BPR) in hospital care” *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 19 No. 6, pp. 477-499
- Evetovics, Tamás - Gaál, Péter (2003):** „Mennyire hatékony a költséghatékony? – Hogyan lett egy elemzési módszer nevéből önálló hatékonyság fogalom”, *Egészségügyi Menedzsment*, Március-Április, pp. 74-81.
- Fillingham, D. (2007):** “Can lean save lives?”, *Leadership in Health Services*, Vol. 20. No. 4, pp. 231-241.

- Fiume, O. – Cunningham, J.E. (2003):** “Real Numbers: Management Accounting in a Lean Organization”, Managing Times Press, in: Miller, D. (ed.) (2005): *Going Lean in Health Care*, Institute for Healthcare Improvement (IHI), Innovation Series 2005,
<http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/GoingLeaninHealthCare.htm> , 2008-03-28
- FN.hu (2008):** “Az MSZP visszavonja a tb-törvényt”, *FigyelőNet-lapszemle*, 2008. május 5. 07:37, http://www.fn.hu/belfold/20080505/mszp_visszavonja_tb/ letöltve: 2009. 10. 15.
- Fortune 500 (2008):** “Our annual ranking of the world's largest corporations”, *CNN.Money.com*,
<http://money.cnn.com/magazines/fortune/global500/2008/snapshots/6752.html> 2009-11-03
- Fujimoto, Takahiro (1999):** “The evolution of a manufacturing system at Toyota”, *Oxford Univ. Press*,
- Furman, C. - Caplan, R. (2007):** "Applying the Toyota Production System: using a patient safety alert system to reduce error." , *Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety*, Vol. 33, Issue 7, pp. 376-386
- Ghalayini, Alaa M. –Noble, James S. –Crowe, Thomas J. (1997):** „An integrated dynamic performance measurement system for improving manufacturing competitiveness”, *International Journal of Production Economics*, Vol. 48. No. 3, pp. 207-225.
- Ghosh, M. – Sobek, D.K. (2006):** „A Test of the Design Rules in Health Care," *Proceedings of the 2006 Industrial Engineering Research Conference*, Orlando, FL, USA
- Gődény, Sándor (szerk.) (2007):** “A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben”, *ProDie*, Budapest.
- Graban, Mark (2009):** „Lean Hospitals”, *Productivity Press*, New York
- Grol, R. – Baker, R. – Moss, F. (2002):** “Quality improvement research: understanding the science of change in health care”. *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 11. pp. 109-110.
- Gulácsi, L. (szerk.) (1999):** „Klinikai kiválóság – Technológiaelemzés az egészségügyben”, *Springer Orvosi Kiadó*, Debrecen
- Gulácsi, L. (szerk.) (2000):** “Minőségfejlesztés az egészségügyben”, *Medicina*,
- Hines, P. – Holweg, M. – Rich, N. (2004):** „Learning to evolve – A review of contemporary lean thinking”. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 24., No. 10., pp. 994-1011.
- Holweg, M. (2007):** „The genealogy of lean production”. *Journal of Operations Management*, Vol. 25. pp. 420-437.
- Internationalforum.bmj.com (2008):** 13th International Forum on Quality and Safety in Health Care, 22-25 April, Paris, France,
<http://internationalforum.bmj.com/2008-forum/main-themes/goran-henriks>, 2008 02. 27.

- Kim C. S. – Spahlinger D.A. – Kin J.M. – Billi J.E. (2006):** "Lean health care: what can hospitals learn from a world-class automaker?", *Journal Of Hospital Medicine* Vol. 1, Issue 3, pp. 191-199;
- Kollberg. B. – Dahlgaard, J.J. – Brehmer, P. (2007):** "Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings", *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 56 No. 1, 2007, pp. 7-24
- Index (2007):** "Egészségügyi reform: se képlet, se palota", *Index/MTI*, 2007. szeptember 25., kedd 16:29, <http://index.hu/belfold/eugy0925/#top> Letöltve: 2009. 10. 15.
- IOM: Institute of Medicine (2000):** „To Err Is Human: Building a Safer Health System”, *National Academy Press*
- Jenei, István. (2001):** „Lean Production – A karcsúsított termelési modell bemutatása a világ vezető autógyártóinak értelmezésében”, Szakdolgozat, *BKÁE*
- Jenei, István (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>
- Jenei, István – Demeter, Krisztina – Losonci, Dávid – Matyusz, Zsolt – Takács, Erika (2008):** "The difficult task of streamlining health care service processes", *15th International annual EurOMA Conference*, June 15-18. Gröningen, The Netherlands
- Jenei, István – Losonci, Dávid (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.
- Jimmerson, C. (2007):** "A3 Problem Solving for Healthcare – A Practical Method for Eliminating Waste", *CRC Press*
- Jimmerson, C. - Weber, D. - Sobek, D.K. (2004):** "Reducing Waste and Errors: Piloting Lean Principles at Intermountain Health Care" draft submitted to *the Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 6/28/04. http://www.coe.montana.edu/ie/faculty/sobek/IOC_Grant/JCJQS_submit_rev2.pdf Date:2009. 09.30.
- Joosten, T. – Bongers, I. – Janssen, R. (2009):** "Application of lean thinking to health care: issues and observations". *Int. Journal for Quality in Health Care*, August, pp.1-7.
- Karlsson, C. (2009):** "Researching Operations Management", in: Karlsson, Christer (ed.) (2009): "Researching Operations Management", *Routledge*, pp. 6-41.
- Karlsson, C. - Åhlström, P. (1996),** "The difficult path to lean product development", *The Journal of Product Innovation Management*, Vol. 13 No. 4, pp. 283-295
- Kim C. S. - Spahlinger D.A. - Kin J.M. - Billi J.E. (2006):** "Lean health care: what can hospitals learn from a world-class automaker?", *Journal Of Hospital Medicine* Vol. 1, Issue 3, pp. 191-199;

- Kollberg, B. - Dahlgard, J.J. - Brehmer, P. (2007)**, “Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings”, *International Journal of Productivity and Performance Management*, Vol. 56 No. 1, 2007, pp. 7-24
- Kornai, J. (1998)**: „Az egészségügy reformjáról”, *Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó*, Budapest
- Kotter, J. (1995)**: Leading change: „Why transformation efforts fail”, *Harvard Business Review*, March-April, pp. 59-67.
- Krafcik, J.F. (1988)**: „The triumph of the lean production system”, *Sloan Management Review*, (Fall) pp. 41-52.
- Kranitz, Katalin (2005)**: “A műtői kapacitás optimális kihasználása a Zala Megyei Kórházban” szakdolgozat, *SE Egészségügyi Menedzserképző Központ*.
- Kranitz, Katalin – Kellermann, László – Deák, Edit – Takács, Erika (2008)**: „Nemkívánatos esemény 2. Az elmaradt tervezett műtét”, *Kórház*, 2008. Issue 3. pp. 38-41.
- Laursen, M.L. – Gersten, F. – Johansen, J. (2003)**: „Applying lean thinking in hospitals – Exploring Implementation Difficulties”, *Center for Industrial Production, Aalborg University, Denmark*
<http://www.lindgaardconsulting.dk/pdf/altih.pdf> , 2008-06-12
- Leape, L.L. (1994)**: „Error in Medicine”. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 272, pp. 1851-1857. in: Natarajan, R.N. (2006), “Transferring best practices to healthcare: opportunities and challenges” *The TQM Magazine*, Vol. 18 No. 6, 2006, pp. 573-582
- Lewis, M.A. (2000)**: “Lean production and sustainable competitive advantage”, *International Journal of Operations and Production Management*, Vol. 20., No. 8. pp. 959-978.
- Liker, J.K. (2008)**: “A Toyota módszer”, *HVG Kiadó*, Budapest. Eredeti cím: “The Toyota Way, McGraw-Hill, 2004
- Liker, J.K. (ed.) (1998)**: „Becoming lean: Inside stories of U.S. manufacturers”. *Productivity Press*, Portland, OR., in: Sobek, D.K. - Jimmerson, C. (2003):, "Applying the Toyota Production System to a Hospital Pharmacy," *Proceedings of the 2003 Industrial Engineering Research Conference*, Portland, OR
- Losonci, D. – Jenei, I. – Demeter, K. (2007)**: „Karcsúsítás és képességépítés - egy hazai autóipari beszállító tapasztalatai alapján” *BCE Vállalatgazdaságtan Intézet*, 84. sz. műhelytanulmány, szeptember
- McLachlin, R. (1997)**: „Management initiatives and just-in-time manufacturing”. *Journal of Operations Management* 15 (4), 271–292.
- Mezőfi, M. (2007)**: „A sürgősségi ellátás, mint az akut jellegű ellátás filozófiája és gyakorlata”, *Nemzeti Egészségügyi Programok Kongresszus*, Budapest, Semmelweis Egyetem, 2007. márc. 21-23.
- Miller, D. (ed.) (2005)**: “Going Lean in Health Care”, *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, Innovation Series 2005,
<http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/GoingLeaninHealthCare.htm> , 2008-03-28

- Mills, Peter K. – Hall, James L. – Leidecker, Joel. K. - Margulies, Newton (1983):** “Flexiform: A Model for Professional Service Organizations”, *Academy of Management Review*, Vol. 8. Issue 1. 118-131.
- Mintzberg, H. (1979):** “The structuring of organizations”, *Prentice-Hall International*, 1979
- Monden, Y. (1983):** “The Toyota Production System”, *Productivity Press*, Portland
- Morris, B.- Johnston, R. (1987):** “Dealing with Inherent Variability – Difference between Manufacturing and Service?”, *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 7., No. 4., pp. 13-22.
- Murphy, M. (2003):** „Eliminating Wasteful Work in Hospitals Improves Margin, Quality and Culture”, *Murphy Leadership Institute Research Briefing*. 4. in: Jimmerson, C., Weber, D.,
- Natarajan, R.N. (2006),** “Transferring best practices to healthcare: opportunities and challenges” *The TQM Magazine*, Vol. 18 No. 6, 2006, pp. 573-582
- National Audit Office at the Department of Health (2005):** „A Safer Place for Patients: Learning to Improve Patient Safety”, TSO, London in: Fillingham, D. (2007): “Can lean save lives?”, *Leadership in Health Services*, Vol. 20. No. 4, pp. 231-241.
- Nelson-Peterson DL, Leppa CJ (2007):** "Creating an environment for caring using lean principles of the Virginia Mason Production System", *The Journal Of Nursing Administration*, Vol. 37 (6), pp. 287-294;
- NHSIII (2007):** „Going Lean into the NHS”, *National Health Service Institute for Innovation and Improvement*, Warwick
- New, Steve – Cathpole, Ken – Kreckler, Simon – McCulloch, Peter (2008):** „Application, evolution and synergy in operations innovation: the patient safety movement and the Toyota production system”, *proceedings of the 15th International annual EurOMA Conference*, June 15-18. Gröningen, The Netherlands
- Ohno, T. (1986):** “Toyota Production System” – Beyond Large-Scale Production”. *Productivity Press, New York*
- Olsson, J. – Kammerlind, P. – Thor, J. – Elg, M. (2003):** „Surveying Improvement Activities in Health Care on a National Level-The Swedish Internal Collaborative Strategy and Its Challenges”. *Quality Management in Health Care*, Vol. 12 - No 4 – pp. 202-216
- Orosz, É. (2003):** „Egészségügyi szolgáltatások”, in: Papp, I (szerk.) (2003): „Szolgáltatások a harmadik évezredben”, *Aula*, Budapest, pp. 185-244.
- Parnaby, John – Towill, Denis R. (2008):** „Seamless healthcare delivery systems”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21. Issue. 3. pp. 249-273.
- Powell, Cheryl (2009):** "Akron Children's adopts lean operating strategies", *Acron Beacon Journal*, Monday, Apr 13, 2009, <http://www.ohio.com/lifestyle/42889087.html>, 2009. 04. 22.

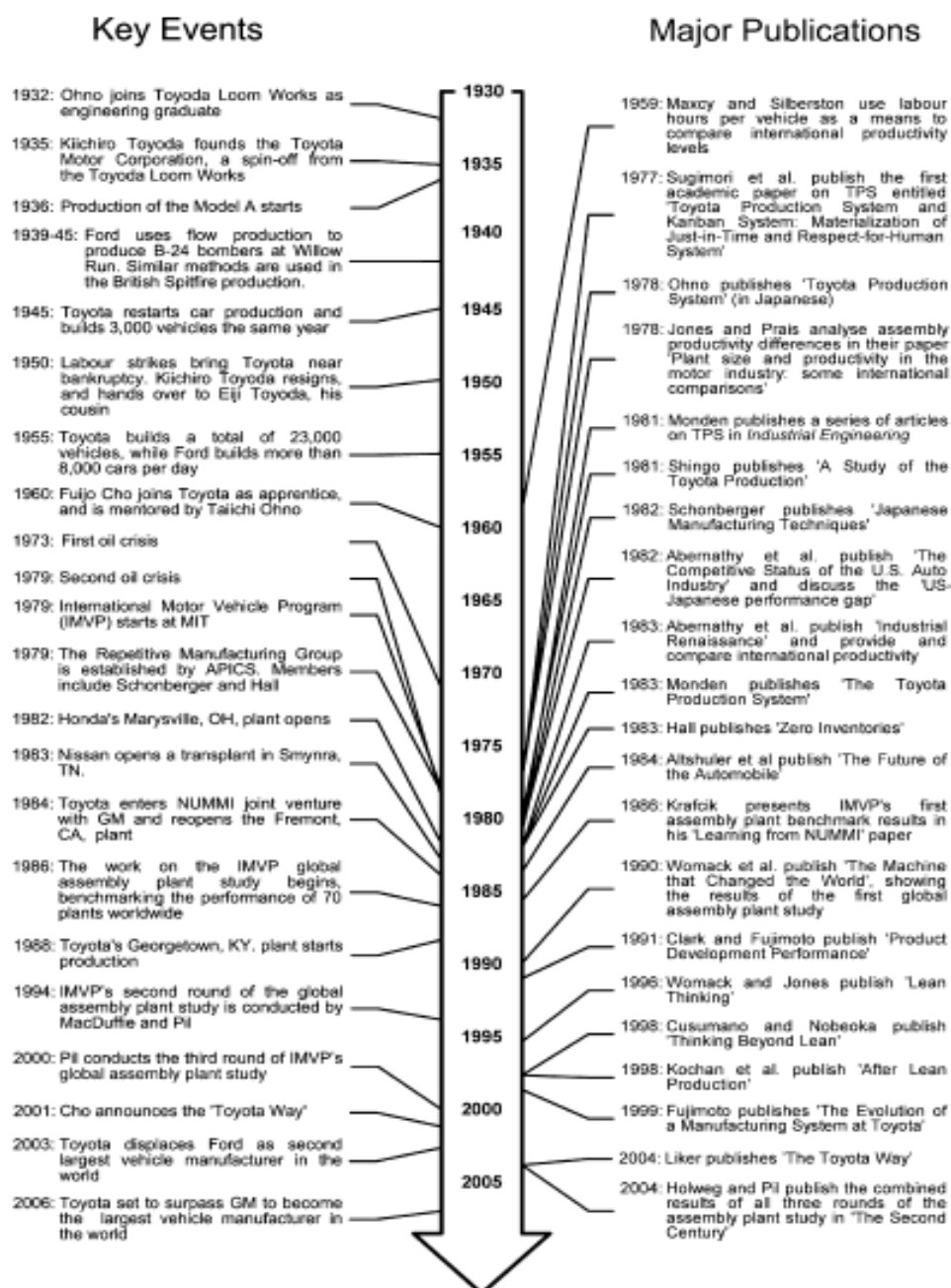
- Proudlove, Nathan – Moxham, Claire – Boaden, Ruth (2008):** “Lessons for Lean in Healthcare from Using Six Sigma in the NHS”. *Public Money and Management*, Vol. 28. Issue 1, pp. 27-34.
- Raab, Stephen S. (2006):** "Improving patient safety through quality assurance." *Archives Of Pathology & Laboratory Medicine* Vol. 130 (5), pp. 633-637;
- Raab S.S, Grzybicki D.M, Sudilovsky D, Balassanian R, Janosky J.E, Vrbic C.M, (2006):** "Effectiveness of Toyota process redesign in reducing thyroid gland fine-needle aspiration error." *American Journal Of Clinical Pathology*, Vol. 126 Issue 4, pp. 585-592;
- Radnor, Zoe (2009):** „Implementing Lean in Health Care: Making the link between the approach, readiness and sustainability” „ *proceedings of the 16th EurOMA annual conference*, Göteborg, Sweden, June 14-17.
- 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
- Radnor, Zoe – Walley, Paul (2008):** „Learning to Walk Before We Try to Run: Adapting Lean for the Public Sector”, *Public-Money & Management*, February, pp. 13-20.
- Rosen, L. (2004):** "Applying industrial engineering practices to radiology", *Radiology Management*; Vol. 26, Issue 6, pp. 32-35;
- Schenk, A. (2006):** „Using Lean Thinking to What We Do – The Bolton Improving Care System (BICS)”, november,
<http://www.simpler.com/WEB-INF/pdf/725a.pdf>, 2008-02-29
- Shah, R. – Ward, P.T. (2003):** „Lean manufacturing: context, practice bundles, and performance”. *Journal of Operations Management* 21 (2), 129–149.
- Shah, R. – Ward, P.T. (2007):** „Defining and developing measures of lean production.” *Journal of Operations Management* 25 (2007) 785-805
- Shannon, R.P. - Frndak, D. - Grunden, N. - Lloyd, J.C. - Herbert, C. - Patel, B. - Cummins, D. - Shannon, A.H. - O'Neill, P.H. - Spear, S.J. (2006):** "Using real-time problem solving to eliminate central line infections.", *Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety*; Vol. 32, Issue 9, pp. 479-487
- Shingo, S. (1983):** „A Revolution in Manufacturing: The SMED System”, *Productivity Press*, Stamford, CA. cited in: Holweg, M. (2007): „The genealogy of lean production”. *Journal of Operations Management*, Vol. 25. pp. 420-437.
- Schonberger, Richard J. (2007):** „[Japanese production management: An evolution—With mixed success](#)”, *Journal of Operations Management*, Mar2007, Vol. 25 Issue 2, p403-419, 17p
- Smith, J.S. – Karwan, K.R. – Markland, R.E. (2007):** „A Note on the Growth of Research in Service Operations Management”, *Production and Operations Management*, Vol. 16. No. 6, pp. 780-790.
- Sobek, D.K. - Jimmerson, C. (2003):** „Applying the Toyota Production System to a Hospital Pharmacy," *Proceedings of the 2003 Industrial Engineering Research Conference*, Portland, OR

- Sobek, D.K. - Jimmerson, C. (2006):** "A3 Reports: Tool for Organizational Transformation," *Proceedings of the 2006 Industrial Engineering Research Conference*, Orlando, FL.
- Spear, S. – Bowen, H.K. (2004):** „A Toyota termelőrendszer DNS-ének megfejtése”. Harvard Business Manager, Aug. pp. 45-53. Fordítás: Spear, S. – Bowen, H.K. (1999): „Decoding the DNA of the Toyota Production System”. *Harvard Business Review*, Sept-Oct. pp. 97-106.
- Spear, S. (2005):** “Fixing Health Care from Inside, Today”, *Harvard Business Review*, September, pp. 78-91.
- Stevens, D.P. (2002):** “Finding safety in medical education”. *Quality and Safety in Health Care*, Vol. 11. pp- 109-110.
- Taninecz, George (2009):** „Best in Healthcare Getting Better with Lean: Mayo Clinic Division of Cardiovascular Diseases improving patient-flow processes.” http://www.lean-management-institut.de/fileadmin/downloads/HC_Mayo_Clinic_Lean_Final.pdf, 2009. 08. 27.
- Tenner, A.R. – DeTorro, I.J. (1996):** “TQM – Teljes körű minőségmenedzsment”, *Műszaki Könyvkiadó*, Budapest. Eredeti cím: Total Quality Management: three steps to continuous improvement.” *Addison-Wesley Publishing Company*, 1992.
- Topár, József (2006):** “Six Sigma lehetőségei az egészségügyi intézményekben”. **DENIM VI. május 10-12, Debrecen**
- Tóth Csaba László (2009):** “Hat Szigma lehetőségek az egészségügyben”, *ISO 9000 Fórum, XVI. Nemzeti Konferencia*, Balatonvilágos, szeptember 10-11.
- Tucker, A.L. (2004):** “The impact of operational failures on hospital nurses and their patients”, *Journal of Operations Management*, Vol. 22. No. 2. pp. 151-169.
- Tucker, A.L. – Edmondson, A.C. (2003):** “Why hospitals don’t learn from failures: Organizational and psychological dynamics that inhibit system change”, *California Management Review*, Vol. 45. No. 2. pp. 55-71.
- Varga, Lajos – Lőke, Miklós – Horváth, János (2005):** „Hogyan előzhetjük meg az orvosi műhibákat? avagy teremtsük meg a betegbiztonságot!”, *Minőség és Megbízhatóság*, Issue 4. pp. 199-205.
- Várszegi, József (2009):** beszélgetés Várszegi Józseffel, az Óbuda-Békásmegyer Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft. ügyvezető igazgatójával, a ZMK korábbi főigazgatójával, Budapest, 2009. június 23.
- van Susteren, Greta (2009):** “Lessons in Health Care from Appleton, Wisconsin”, FoxNews, Saturday , August 22, http://www.foxnews.com/printer_friendly_story/0,3566,541625,00.html 2009-08-29
- Voss, C.A. (2005):** „Alternative paradigms for manufacturing strategy.” *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 25 No. 12, 2005, pp. 1211-1222
- Wessnerr, David K. (2005):** “Toyota System Helps Patients, Health Care”, *the Minneapolis Star Tribune* on June 18, www.parknicollet.com/fullstory.cfm?objectid=A08EF9B3-A57E-6659-C8DF6891CE7A0E05 , 2009-08-18.

- West, E. (2000):** “Organizational sources of safety and danger: sociological contributions to the study of adverse events”, *Quality in Health Care*, Vol. 9. pp. 120-126. in: New, Steve – Cathpole, Ken – Kreckler, Simon – McCulloch, Peter (2008): „Application, evolution and synergy in operations innovation: the patient safety movement and the Toyota production system”, *proceedings of the 15th International annual EurOMA Conference*, June 15-18. Gröningen, The Netherlands
- Wheelwright, S.C. – Hayes, R.H: (1985):** “Competing through manufacturing”. *Harvard Business Review*, Vol. 63 No. 1, p99-109,
- Williams, M.D. – George, B. – Wade, R. (2009):** “Rebellion against the ‘normal’ to improve safety for patients”. *proceedings of the 16th EurOMA annual conference*, Göteborg, Sweden, June 14-17.
- Wimmer, Ágnes (2002):** “Üzleti telejsítménymérés”, Budapesti Közgazdságtudományi és Államigazgatási Egyetem, *Vállaltgazdaságtan Tanszék Műhelytanulmányok sorozat*, 17. sz. műhelytanulmány.
- Womack, J. – Jones, D. (1996):** “Lean Thinking”, *Simon and Schuster*, New York, NY
- Womack, J. – Jones, D. (2005):** “Lean Solutions” *Simon and Schuster*, London
- Womack, J. P. – Jones, D. T. – Roos, D.(1990):** The Machine that changed the world, *Rawson Associates, New York*
- Yasin, M.M – Zimmerer, L.W. – Miller, P. – Zimmerer, T.W. (2002):** „An empirical investigation of the effectiveness of contemporary managerial philosophies in hospital operational setting”. *Int. Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 15. No. 6/7, pp. 268-276.
- Yin, R. (1994):** Case Study Research, *Sage Publications*, Beverly Hills, CA
- Young, T.P. - Connel, C. - Darvies, R. - Harper, P. - Klein, J.H. (2004),** “Using industrial processes to improve patient care” *British Medical Journal*, Vol. 328 No. 7432, pp.162-164, <http://www.bmj.com/cgi/content/full/328/7432/162>
- 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. www.oecd.org (2007): OECD Health Data, 2007, <http://www.oecd.org/dataoecd/53/10/38976580.pdf>, 2008-03-30.
- ZMK-NMD (2006):** Nemzeti Minőségi Díj – Zala Megyei Kórház pályázati anyaga,
- ZMK-MIKK (2008):** Minőségirányítási Kézikönyv – Zala Megyei Kórház, 2008 nov. 04-én érvényes változat
- ZMK-PMKK (2009):** Projektmenedzsment Kézikönyv – Zala Megyei Kórház, 2009. ápr. 01-én érvényes változat
- ZMKorhaz.hu (2009/a):** „Missziós nyilatkozat – küldetés”, <http://www.zmkorhaz.hu/viewer.php?docid=600>, 2009. 09. 30.
- ZMKorhaz.hu (2008):** „Missziós nyilatkozat – jövőkép”, <http://www.zmkorhaz.hu/viewer.php?docid=600> 2008-07-22

10. Mellékletek

10.1. számú melléklet: A karcsú termeléssel kapcsolatos főbb események és publikációk



Forrás: Holweg, M., 2007, 434. old.

10.2. számú melléklet: Karcsúsítás eszközei különböző szerzők szerint

	McLachlin (1997) – A leggyakoribbnak vélt JIT elemek	Shah – Ward (2003) – Karcsú gyakorlatok a kulcsfontosságú irodalomban	Bhasin – Burcher (2006) – A karcsúsítás technikai követelményei	Shah, R. – Ward, P.T. (2007) – Karcsú termelés - a mérési isztrumentumok
Átállási idő csökkentése	*	*	*	*
Létesítmény berendezés	*			*
Kicsi sorozatok/sorozathossz csökkentése	*	*	*	*
Kiegyensúlyozott termelés/szűk keresztmetszetek	*	*		*
Húzásos rendszer/kanban	*	*	*	*
JIT beszállítás	*	*		*
Autonómia (intelligens automatizáció)	*			
Minőség/ Teljes körű minőségmenedzsment	*	*		*
Nulla hiba	*			
Egyszerű tervezés	*			*
Megelőző karbantartás	*	*	*	*
Munkavállalók bevonása	*			*
Flexibilis munkaerő	*	*		
Gyártócellák alkalmazása		*	*	*
Benchmarking		*		
Folyamatos fejlesztő technikák		*	*	*
Ciklusidő csökkentés		*		
Fókuszált gyár		*	*	
Folyamatos anyagáramlás		*		*
Karbantartások optimalizálása		*		
Új berendezések/technológiák		*		
Tervezési és ütemezési stratégiák		*		
Folyamatképeség mérése		*		
Minőségmenedzsment programok		*		*
Újjászervezett gyártási folyamatok/kaikaku		*	*	
Munkabiztonság fejlesztése		*		
Autonóm munkacsoportok		*		
Értékáram térkép (process mapping)			*	
Beszállítók fejlesztése			*	*
Beszállítói bázis csökkentése			*	
5S és vizuális menedzsment			*	
Érték és a hét pazarlás				
Munkaerő menedzsment				*
Napi ütemezés				*
Csoportos problémamegoldás				*
Oktatás, képzés				*
Flexibilis munkacsoportok				*
Munkaerő elkötelezettsége				*
Beszállítók minőségi szintje				
Fogyasztói fókusz/bevonás				*
JIT szállítás a fogyasztókhoz				*

Forrás: Losonci et al., 2007, 63. old.

10.3. A témakörrel kapcsolatos saját publikációk jegyzéke

10.3.1. 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. Gröningen, 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>

10.3.2. 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.