

TOARNICZKY Andrea - IMRE Noémi - JENEI István -  
 LOSONCI Dávid - PRIMECZ Henriett

## A LEAN KULTÚRA ÉRTELMEZÉSE ÉS MÉRÉSE EGY EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓNÁL

A lean menedzsment egészségügyi szolgáltatásokra való alkalmazásával elérhető eredmények egyre inkább nyilvánvalóvá válnak. Ennek köszönhetően a szektorban dinamikus növekedés tapasztalható ezen a téren. A kutatások azonban arra hívják fel a figyelmet, hogy a lean menedzsment alkalmazásával elért eredmények csak akkor lesznek fenntarthatóak, ha az eszközök alkalmazását a kultúra átalakulása is követi. A kultúra változásának követéséhez annak folyamatos értékelésére van szükség. A szervezeti kultúra lean-specifikus méréséhez azonban – a szerzők tudomása szerint – még nincs kidolgozott eszköz. Ezért cikkükben a kapcsolódó szakirodalom áttekintése után kidolgoztak egy lean kultúra kérdőívet, majd bemutatják a kérdőív tesztelését és annak eredményeit. Összegzésként elmondható, hogy az itt bemutatott kérdőív az első tesztelés alapján további fejlesztésre szorul.\*

*Kulcsszavak:* lean menedzsment, szervezeti kultúra, egészségügy

A nyugati fejlett államokhoz hasonlóan a magyar egészségügyi ellátási rendszer is legalább egy évtizede keresi a megoldásokat a XXI. század kihívásaira: elöregedő (több ellátást igénylő) társadalmat kell fejlettebb (ezért drágább) technológiával kiszolgálni – mindezt a költségek jelentős növekedése nélkül, vagy azok csökkentése mellett. Magyarországon az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának fejlesztését a döntéshozók az elmúlt tíz évben alapvetően a struktúra átalakításával kívánták megoldani (Sinkó, 2010). Nem szabad ugyanakkor elfeledkezni arról, hogy az egyes egészségügyi szolgáltatók menedzsmentjének minősége is jelentősen befolyásolja az egyes intézmények (pl. kórházak) teljesítményét. A kutatások rámutattak, hogy mind a pénzügyi gazdálkodás, mind a technikai hatékonyság tekintetében jelentős eltérések tapasztalhatók a kórházak között. Feltehető, hogy az erőforrásokkal való gazdálkodás különbségei visszavezethetők „a stratégiai menedzsment, mint a felső szintű vezetési és irányítási eszközrendszer alkalmazásának rendszeressége és mélysége” terén tapasztalható nagy változatosságra a hazai közfinanszírozott kórházak körében (Dózsa, 2010). A szolgáltatások csak akkor lehetnek megfelelő színvonalúak és hatékonyságúak, ha a vezetés birtokában van a modern menedzsmenteszközöknek és azokat megfelelően alkalmazza is: „... a kórházba került betegek összességére nagyobb hatást gyakorol az állandósu-

ló anyag- és eszközhiány, vagy a folyamatos túlterhelés miatt frusztrált és kiégett személyzet, mint az egyedi esetekben néha előforduló téves diagnózisok” (Tompos, 2010: 27. o.). A szakmai irodalom több jó gyakorlatként azonosított menedzsmentrendszert is ismer. Cikkünkben azonban csak a lean (karcsú) menedzsment egészségügyi szolgáltatóknál való alkalmazásával foglalkozunk.

Az utóbbi években idehaza is tapasztalhattuk, hogy a kutatói – és a szakmai – érdeklődés elmozdult a lean menedzsment szoft oldala (Demeter és társai, 2008), illetve szolgáltatásokban való adaptációja felé (Gelci – Nagy, 2010). Hazánkban a lean menedzsmentrendszer egészségügyi alkalmazása még meglehetősen ritka (Jenci, 2010a, 2010b). Ugyanakkor a rendszer jelentőségét mi sem bizonyítja jobban, minthogy számos – főként angolszász területről származó – nemzetközi publikáció számol be a lean menedzsmentet alkalmazó egészségügyi szolgáltatók sikereiről (Buehrens – Lee, 2011; Friedman, 2011; Partington és társai, 2011). Európában, ebben a tekintetben, a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (National Health Service – NHS) jár élen (NHSII, 2011). Fejlesztési Intézete (NHS Institute for Innovation and Improvement – NHSII) a lean menedzsmentre építő komplex programot alakított ki, amely „Produktív Sorozat” néven ismert (Jenci – Andriská, 2011a; Jenci – Andriská, 2011b).

\* A tanulmány a TÁMOP-4.2.1/B-09/1/KMR-2010-0005 projekt támogatásával jött létre.

A lean menedzsmenttel az egészségügyben elérhető eredmények mindenhol hasonlóak:

- javuló ellátási minőség és biztonság: kevesebbet hibáznak a dolgozók, ami javuló ellátáshoz vezet,
- javuló pontosság: a jobb ellátás tervezetten és hamarabb is valósul meg,
- javuló hatékonyság: ugyanaz a személyzet, ugyanazokkal az eszközökkel nagyobb teljesítményre képes,
- növekvő lendület: a standard folyamatokkal kialakított stabil működési környezet megteremti a folyamat fejlesztés alapjait.

A dolgozói morál javulását is ide sorolhatjuk. A dolgozói morál időben előrehaladva egyre jobbra válik, a frontvonalban dolgozók egyre lelkesebbek lesznek (Jones – Mitchell, 2006).

A lean menedzsmenttel kapcsolatos kutatások többsége egyetért abban, hogy a menedzsmentrendszer alkalmazása számos jelentős eredményt hozhat (Kollberg és társai, 2007). Az eredmények fenntarthatósága azonban sok esetben megkérdőjelezhető. Az egészségügyben az eredmények és a fenntarthatóság szempontjából fokozottan érdemes figyelni arra, hogy a fejlesztések ne egymástól elszigetelten menjenek végbe (Radnor – Holweg, 2010), meglegyen a vezetői elköteleződés és jelen legyen a lean szemléletű változások támogatása (Radnor és társai, 2006; Fillingham, 2007). A legfelső vezetői kör felelőssége, hogy a szervezetet nyitottá, készségre a lean szemlélet befogadására. Végül soron a szervezeteknek nemcsak a lean eszközeit kell magukévá tenniük, de az ahhoz kapcsolódó kultúrát is (Radnor és társai, 2006).

Mind az iparban, mind az egészségügyben igaz, hogy a szervezeti kultúrát összhangba kell hozni a lean szemlélet támogató szervezeti kultúrával (Shook, 2010). A mindennapokban követett, mélyen a szervezetbe ivódott értékeknek és a mindenki által elfogadott feltevéseknek összhangban kell lenniük a lean menedzsment mögött álló filozófiával (Liker, 2008). Ez a támogató szervezeti kultúra teremti meg a lean menedzsment alapjait. A lean menedzsmentet támogató szervezeti kultúra távol esik az egészségügyben jellemző hierarchikus, feudalisztikus kultúrától. Így a lean menedzsment adaptálását jelentősen támogathatja a szervezeti kultúra előzetes fejlesztése. Ugyanakkor általában nem célszerű önmagában csak a szervezeti kultúra fejlesztésére koncentrálni, hiszen a lean eszközök alkalmazása önmagában is módosítja a kultúrát (Shook, 2010; Tanaka, 2011).

Annak ellenére, hogy a lean menedzsment fenntartható sikeréhez szükséges tényezők között számos szerző kiemeli a kultúra átalakítását, előttünk ismeretlen olyan munka, amely kísérletet tett volna olyan mérőszám kidolgozására, mellyel mérhető lenne bármely szervezet (legyen annak működési területe az ipar vagy az egészségügy) kultúrája a lean menedzsment szempontjából releváns dimenziókban.

Kutatásunk célja egy ilyen mérőszám kidolgozása és tesztelése egy egészségügyi szolgáltatónál.

Cikkünkben először definiáljuk, majd röviden bemutatjuk a lean menedzsmentet, és annak alkalmazását az egészségügyben. Ezután a szervezeti kultúra értelmezéseit foglaljuk össze. Az „ideális lean kultúraként” a Toyota vállalati kultúráját definiáljuk. Ezt követően a szervezeti kultúra mérésének lehetőségeit tárgyaljuk és bemutatjuk a legfontosabb szervezeti kultúra kérdőíveket, majd a szervezeti kultúra lean menedzsment szerinti méréséhez mérőszöveget dolgozunk ki. Végül a javasolt mérőszöveget egy rendelőintézetnél teszteljük is. Cikkünket a tapasztalatok összegzésével, további fejlesztési javaslatokkal zárjuk.

## Irodalmi áttekintés

### *A lean menedzsment*

A mai lean menedzsmentrendszer alapja a Toyota menedzsmentrendszere, amely együtt fejlődött a Toyota termelési és irányítási rendszerével. A rendszer 1965-ös dokumentálása (Holweg, 2007) után alig több mint egy évtizeddel megjelent az első angol nyelvű leírása is (Sugimori és társai, 1977). A kutatók ezután kezdték alaposabban tanulmányozni a Toyota gyakorlatát. Bár eltérő megnevezésekkel, de többnyire hasonló rendszereket vázoltak fel. Mivel a lean menedzsment a mai napig szorosan kötődik a Toyota gyakorlatához, amely maga is folyamatosan fejlődik, lehetetlen annak pontos leírását adni.

Abban viszonylag nagy egyetértés alakult ki, hogy a lean menedzsment duális háttérrel rendelkezik: (i) egyfelől a Toyota üzemeiben megfigyelhető eszközök, módszerek összessége (pl. kanban, SMED, andon stb.), (ii) másrésztől egy olyan filozófia, amely az eszközök és módszerek megvalósítását támogató elveken nyugszik (Womack – Jones, 1996; Shah – Ward, 2003; Hines és társai, 2004). Ezt a dualitást emelik ki Hines és szerzőtársai (2004), akik különbséget tesznek a lean termelési rendszer (a termelési terület fejlesztésére és irányítására alkalmazott módszerek, eszközök alkalmazása) és a lean szemlélet (stratégiai megközelítés) között.

Máig nem alakult ki azonban a lean menedzsment általánosan elfogadott definíciója. Cikkünkben a lean menedzsmentet legfőbb jellemzőinek összegzésével határozzuk meg:

*A lean menedzsment egy olyan, a Toyota működési gyakorlatában gyökerező rendszer, melynek elsődleges célja az érték biztosítása az ügyfelek számára. Ennek érdekében szakadatlanul törekszik arra, hogy hibátlan termékek, szolgáltatások és információk folyamatos áramlását valósítsa meg. Ezt szolgálja a folyamatokhoz kapcsolódó pazarlások megszüntetése és a folyamat*

változékonyságának csökkentése. A lean menedzsment előtérbe helyezi a hosszú távú gondolkodást, a tudományos kísérleteknek megfelelő folyamatos fejlesztést és az együttműködő, bizalmi kapcsolatok kialakítását az érintett felek között.

### **Lean menedzsment az egészségügyi szektorban**

Nem egyértelmű, hogy hol és mikor történtek meg az első lépések a lean menedzsment alkalmazására az egészségügyi szektorban. Mára a lean menedzsment adaptációjával számos intézményben találkozhatunk, de az alkalmazók még így is nagyon kevesen vannak. Miközben az angolszász terület élenjárónak számít, Powell (2009) Doug Dulinra, a Lean Six Sigma for International Capital and Management tanácsadó cég igazgatójára hivatkozva azt írja, hogy az Amerikai Egyesült Államokban működő kórházak kb. 10%-a alkalmazza a lean menedzsmentet, vagy a hat szigma módszertanát (hogy a mi a két megközelítés megoszlása a 10%-on belül, az sajnos számunkra ismeretlen). Angliában 2010-ben az NHS-hez tartozó akut ellátást biztosító 144 kórház közül 112-ben alkalmazták a „Produktív sorozat” valamely elemét (tehát nem feltétlenül programszerű alkalmazásról van szó) (Burgess – Radnor, 2011). Graban (2009) úgy becsüli, hogy a lean menedzsmentet követő egészségügyi szervezetek száma világviszonylatban rúg több százra. Szakértői becslések alapján annyi bizonyosan állítható, hogy világszerte számos egészségügyi intézmény alkalmazza a lean menedzsmentet, valamint hogy ez a szám gyorsan nő, azonban a pontos számot megbecsülni is nehezen lehet.

A lean menedzsmentrendszer alkalmazásának egyre növekvő számban előforduló kiváló példái közül a legelső talán a Seattle-ben (USA) található Virginia Mason Medical Center volt (Spear, 2005). Európai társa a brit NHS Royal Bolton kórháza Manchesterben (Fillingham, 2007). A szakirodalom szerint világviszonylatban is a brit NHS jutott a legmesszebbre a lean szemlélet egészségügyi szolgáltatásokra történő szisztematikus adaptálásában (Proudlove és társai, 2008). Az angolszász példák mellett egyre több skandináv és holland egészségügyi szolgáltató érdeklődik a lean menedzsment iránt.

Magyarországon az egészségügyi szektorban a lean menedzsment alkalmazása még gyerekcipőben jár. Lean elveket követő kezdeményezésekkel találkozhatunk a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Jósa András Oktatókórházban (Mányik, 2009), a Zala Megyei Kórházban (Kecskés, 2011), a veszprémi Cholnoky Ferenc Kórházban (Vinglmanné Sós, 2011), az egri Markhot Ferenc Kórházban és a budapesti Szent Margit Rendelőintézetben (Jenci – Thomka, 2011).

### **Szervezeti kultúra**

Az antropológiából kölcsönzött szervezeti kultúra fogalom kutatásának és fejlesztésének kezdeti népszerűségét (ami az 1980-as évekre tehető) a menedzsmentkutatók és tanácsadók által vallott alapfeltevés magyarázza: a kultúra befolyásolja a szervezeti teljesítmény alakulását. Napjaink felső és középvezetői számára ez az összefüggés általánosan elfogadottá vált, és a szervezeti kultúrát a siker egyik legfontosabb kulcsnézőjeként tartják számon (Sackmann, 2011).

A szervezeti kultúra meghatározásának módja egyben determinálja kutatásának módszereit is. Tekintettel a szervezeti kultúra kutatás gyökereire azt gondolhatnánk, hogy a szervezeti kultúra vizsgálatát a kvalitatív megközelítés jellemzi. A kultúrának tudattalan, megkérdőjelezhetetlen jellege is inkább ezeket a módszereket indokolná. Mégis, a menedzsmentkutatók oly jellemző tipológiák és nemzetközi összehasonlítások szükségessé tették számszerűsíthető adatok használatát (Bíró – Serfőző, 2003). Ezáltal a szervezeti kultúra tartalmának főbb elemei – alapvető előfeltevések, értékek, artifaktumok – általánosan elfogadottá váltak a kutatók körében, és egyre pontosabb definíciók születtek. Jelen kutatásban Schein (1992) meghatározását használjuk, mert ezt tekinti kályhának a legtöbb kérdőív alapú szervezeti kultúra-kutatás, és ezt hivatkozva a Toyota kultúráját leíró Liker és Hoseus (2008) is. Schein (1992: 12. o.) értelmezésében „...a szervezeti kultúra azon alapvető előfeltevések mintázata, amelyet a szervezet külső és belső problémái sikeres megoldása során tanult, és amelyet a szervezeti tagok elfogadnak, érvényesnek és működőképesnek tekintenek.”

### **Az „ideális lean kultúra”**

Kutatásunk kiindulópontja az a felismerés, mely szerint bármely szervezet, amely a lean menedzsment alkalmazásában látja fejlődésének zálogát, csak akkor lesz képes azt fenntartható módon alkalmazni, ha meglévő szervezeti kultúráját átformálja. Cél egy olyan szervezeti kultúra kialakítása, amely támogatja a lean menedzsmentet.

A szakirodalom nem ad egyértelmű útmutatást arról, hogy mi tekinthető „ideális lean kultúrának”. A probléma feloldásához abból az általánosan elfogadott felismerésből indultunk ki, hogy a lean menedzsment alapját és mai napig legjobb példáját a Toyota rendszere adja. Ennek alapján a Toyota vállalati kultúráját fogadjuk el az „ideális lean kultúrának”. Ezzel egyben az is feltételezzük, hogy a Toyota konszernben létezik egy domináns szervezeti kultúra, melyet a menedzsment kívánatosnak tart, és amelyet a dolgozók többsége elfogad, és ezért a Toyota gyakorlatát is ez jellemzi. Ezt a kultúrát, illetve ennek elemeit fedezhetjük fel a Toyota gyakorlatát leíró művekben (pl. Ohno, 1988; Monden, 1983;

Womack és társai, 1990; Spear – Bowen, 1999; Spear, 2004; Liker, 2004; Liker – Hoseus, 2008).

A szakirodalomban a lean kultúra gyakran említett jellemzője a hosszú távú gondolkodás és az emberek középpontba helyezése (tisztelet, bevonás). Kulcsfontosságú a folyamatok, tevékenységek fejlesztésére (innovációjára) irányuló szüntelen törekvés megvalósulása, amelyhez a tudományos igényességű kísérletezés ad keretet. A szisztematikus fejlesztési tevékenység lényegét hipotézisek felállítása és tesztelése adja, illetve az eredmények alapján a következtetések levonása és újabb hipotézisek felállítása. A tanuláshoz ez a szüntelen ciklusa jelenti a szervezeti tanulás alapját. A lean kultúrának tehát feltétlenül sajátja a kis lépésekben zajló, ám szüntelen innováció és tanulás. Az „ideális lean kultúra” további építőelemeinek feltáráshoz Liker és Hoseus (2008) könyvét használtuk. Ez a könyv mind céljait (a Toyota kultúrájának leírása), mind szerzőit (Liker éveket töltött a Toyota gyakorlatának tanulmányozásával, műveit a szakma elismeri) tekintve biztosítja számunkra a benne foglaltak érvényességét. Az „ideális lean kultúra” építőelemeit az 1. táblázatban foglaltuk össze.

A lean menedzsment-szakirodalom az építőelemek strukturálásához sem ad rendező elvet. Kutatásunkban az „ideális lean kultúra” jellemzőit a tanuló szervezeti kultúrának keretét adó blokkokba (lásd Garvin és társai, 2008) szerveztük: (1) (leant) támogató szervezeti környezet, (2) (leant) támogató ve-

zetés és (3) fejlődés, tudásátadás. Liker többször (2008) utal a lean menedzsment és a tanuló szervezet közötti kapcsolatra, ugyanakkor a három blokkot csak a jellemzők rendezéséhez használtuk. Az 1. táblázat alapján a lean menedzsment és a tanuló szervezet közötti kapcsolat nem vizsgálható, és erre nem is tettünk kísérletet. A *Kérdőív kialakításának folyamata* c. részben részletesebben foglalkozunk az ideális lean kultúra jellemzőivel. Azonban már itt megállapítható, hogy a lean kultúrában kiemelkedően fontos a vállalat belső és külső környezete, a tanulás (innovativitás) és a hosszú távú gondolkodás; a munkavállalók és vezetők közötti viszony, a munkavállalókkal kapcsolatos elvárások, a teljesítményértékelés és a szervezeti célok; valamint a kommunikáció, a tanulás és a fejlődés.

A kérdőív megalkotása során az 1. táblázatban szereplő jellemzőket használtuk fel.

### A szervezeti kultúra mérése

A szervezeti kultúra meghatározásának időbeni alakulását vizsgálva megállapítható, hogy az alapvető hiedelmek, előfeltevések felől a hangsúly egyre inkább áttevődött a viselkedési és/vagy kognitív jellemzőkre (értékek, attitűdök) (Sackmann, 2011). Ily módon egyre több olyan kutatás készült, ahol kérdőíves eljárással tárták fel a különböző szervezetekre jellemző norma- és értékrendszert. A kérdőíves felmérések használata gyorsan teret hódított, és napjainkban

1. táblázat

A lean kultúra jellemzői		
A folyamatos fejlődést támogató szervezeti környezet	A leant támogató vezetés	Fejlődési folyamat, tudásátadás
Együttműködés Konfliktusvállalás Fogyasztófókusz Külső környezetre való folytonos figyelés Bizalom, őszinteség Elkötelezettség, lojalitás Emberközpontúság Rendre és tisztaságra törekvés Tisztelet Innovatív szellemiség Fejlődési lehetőségek kutatása Munkatársak fejlesztése Hosszú távú gondolkodás	Teljesítményértékelés Jutalmazás Hibázás tolerálása Célok közvetítése Dolgozók bevonása Dolgozók partnerként kezelése Felelősség Folyamatszemplélet a döntéshozásban és a problémamegoldásban Személyes részvétel, példamutatás Dolgozói javaslatok Oktató vezetők Rendszeresség, következettség Támogatás	Gyökérokok feltárása Önkritika, hibák felvállalása Tapasztalatokból tanulás Veszteségek minimalizálása Építő kritikák Megbeszélések Kétirányú, nyitott kommunikációs csatornák Rendszeres információ – és tudásmegosztás Visszajelzés joga Vizuális menedzsment

Forrás: Imre, 2011a alapján

is népszerű a menedzsmentkutatók és tanácsadók körében. Ennek oka, hogy lehetővé teszi a különböző szervezetek összehasonlítását (Ozorhon és társai, 2008), valamint – a kultúrát magyarázó változóként kezelve – ok-okozati összefüggések feltárását lényegi eredményváltozókkal (Chow – Liu, 2007), vagy szervezeti gyakorlatokkal, például a minőségmenedzsmenttel (Naor és társai, 2008), vagy a termeléssel (Koufteros és társai, 2007). A szervezeti kultúra kérdőívek használatának további előnye, hogy a felmérések megismételhetők. Ez longitudinális kutatásokat tesz lehetővé, ami változási trendek feltárá-



sára, más, kutatási eredményekkel való összevetésre ad alkalmat (Xenikou – Furnham, 1996). Ugyanakkor a csupán kérdőívekkel feltárt eredmények mélyebb megértése és magyarázata nem lehetséges, az további, kvalitatív módszerek használatát indokolja (lásd például Fey – Denison (2003) kombinált módszertant alkalmazó kutatását).

A szervezeti kultúra tartalmi elemeire vonatkozó egyetértés ellenére – tekintettel a fogalom holisztikus jellegére, valamint a lényeges tudattalan dimenziójára – a mérése diverz és problematikus. Bár léteznek standardizált és nemzetközi szinten használt kérdőívek (lásd például a Hofstede és társai (1990), vagy Cooke – Lafferty (1983) által kifejlesztett kérdőíveken alapuló kutatásokat), a kutatók ezeknek valamilyen saját célra továbbfejlesztett verzióját alkalmazták inkább, vagy saját eszközt fejlesztettek valamilyen általánosan elfogadott elmélet mentén (például Schein, 1992). A szervezeti kultúra mérésének szakirodalmát áttekintve Sackmann (2006) egy gazdag féműhöz hasonlító képet tár elénk. 25 különböző mérési módszertant azonosít, amelyek eltérő elemzési szinteken és dimenziók mentén operacionalizálják a fogalmat, és különböző célokat fogalmaznak meg (például összehasonlítás/leírás (Toarniczky, 2007), megértés/fejlesztés (Sackmann, 2006)).

A lean szervezetekre jellemző szervezeti kultúra megragadásában a lean termelés szintjét mérő modellek sem nyújtanak támpontot. Mert bár a lean termeléssel foglalkozó irodalom hangsúlyos üzenete a kultúra- és magatartásváltás, a lean termelés mérésére szolgáló modellekben kizárólag a technikai dimenziók kapnak helyet. Sem a szervezeti kultúra, sem egyéb, a menedzsment irodalomban fontosnak tartott tényező (pl. vezetői stílus) mérése nem jelenik meg. (Gelei és társai, 2011)

Az áttekintett releváns szakirodalomban nem sikerült a lean kultúra mérésére fejlesztett kérdőívet találni. A létező, validált szervezeti kultúra kérdőívek pedig nem képesek a fentiekben meghatározott ideális lean kultúra jellemzők összességét megragadni. Ezért az összegyűjtött lean kulturális jellemzők alapján (lásd 1. táblázat), a nemzetközi és/vagy magyar mintán is validált kultúra kérdőívekben használt dimenziók mentén, a továbbiakban javaslatot teszünk egy erre alkalmas kérdéssorra.

### **Kérdőív a lean kultúra méréséhez**

#### ***A kérdőív kialakításának folyamata***

Az általunk javasolt lean szervezeti kultúra kérdőív az „ideális lean kultúra” összetevőire épül, célja azok meglétének vagy hiányának feltárása a vizsgált szervezetekben.

A kérdőív kialakításakor az 1. táblázatban felsorolt jellemzőket használtuk. A lean kultúra dimenzióinak kialakításához Schein (1992) szervezeti kultúra elmélete adott keretet. Schein (1992) öt alapvető hiedelmet azonosított: szerve-

zet környezethez való viszonya, emberi természet természete, igazság természete, időorientáció kezelése, emberi kapcsolatok természete. Kutatásunkban eltekintettünk az igazság természete dimenziótól, mert a lean szervezeti jellemzők nem indokolták mérését. A Schein (1992) által definiált alapvető dimenziókat eltérő módon értelmezték és operacionalizálták (különböző számú aldimenzió és változó mentén) az általunk áttekintett kultúra kérdőívek (Toarniczky, 2007). Kutatásunkban ezért a scheini dimenziók tágabban értelmezett változatát használtuk: környezet, motiváció, idő természete, (munka)szervezés. A scheini dimenziók között nem szerepel, viszont a lean kultúrának feltétlenül sajátja a kis lépésekben történő fejlesztés (innováció), ezért a fenti négy dimenziót kiegészítettük a folyamatos fejlesztésre utaló innovativitás dimenzióval. Az innovativitás dimenzió mérését is lehetővé tették a kiindulási pontként használt, és nemzetközi mintán validált tanuló szervezeti kultúra kérdőívek (Marsick – Watkins, 2003; Garvin és társai, 2008).

Következő lépésben elhelyeztük az „ideális lean kultúra” jellemzőket az így meghatározott dimenziók mentén (ezt a beosztást valójában már az 1. táblázatnál elvégeztük, akkor ott erre nem utaltunk). Az egyes dimenziókon belül homogén jellemző csoportokat/kategóriákat alakítottunk ki, és megvizsgáltuk, hogy mely kultúra kérdőívek képesek a leginkább megragadni az előzőekben körvonalazott jellemző kategóriákat. Az így kiválasztott kérdőívek (Garvin és társai, 2008; House és társai, 2004; Marsick – Watkins, 2003) alapján meghatároztuk az egyes csoportok tartalmát leginkább megragadó kultúra dimenziókat. Következésképpen a kialakított kérdőív egyes dimenziói a tágan értelmezett scheini dimenziókhoz tartoznak, ugyanakkor a lean jellemzők egy-egy homogén csoportját fogják már csak össze. Ezeket a lépéseket a 2. táblázat foglalja össze. A 2. táblázat tehát azt is szemlélteti, hogy a lean kultúra általunk azonosított jellemzői lefedik a szervezeti kultúra irodalmában kiemelten kezelt területeket.

Az egyes dimenziókhoz sorolt lean kultúrajellemzők mérésére szolgáló kérdéseket Garvin és társai (2008) és Marsick és Watkins (2003) tanuló szervezeti kultúra mérését szolgáló kérdőívei, valamint House és társai (2004) által kialakított GLOBE kérdőív alapján határoztuk meg. A lean menedzsment és a szervezeti kultúra irodalom adaptálásának utolsó lépése az volt, hogy a kérdőív egyes kérdéseit az egészségügy igényeinek megfelelően alakítottuk ki, pl. betegellátáshoz kapcsolódó tevékenységek és érintettek jelennek meg.

A kérdőív kérdéseinél hatos skálát használtunk. Célunk az volt, hogy a válaszadókat egyértelmű állásfoglalásra kényszerítsük. Ennek oka, hogy a kutatás során magunk is tapasztaltuk azt – a más kutatók által is leírt – jelenséget, mely szerint a szigorú hierarchikus rendszerben alacsonyabb szinteken dolgozó munkatársak kerülnek a felsőbb szintek kritizálására. A felhasznált kérdőívek közül Marsick és Watkins

A lean szervezeti jellemzők és szervezeti kultúra dimenziók összefüggései

Szervezeti kultúra dimenziók*	Schein (1992)	Lean szervezeti kultúra jellemzői	Dimenziók a kérdőívben
<b>Környezet</b> (külső vs. belső)	A szervezet környezethez való viszonya	Együttműködés Konfliktusvállalás	<i>Szervezetben belüli kapcsolatok (I.1.)</i> Együttműködés Konfliktusvállalás
		Fogyasztófókusz Külső környezetre való folytonos figyelés	<i>Környezettel való viszony (I.2.)</i> Fogyasztófókusz Külső környezetre való folytonos figyelés
		Bizalom, őszinteség Elkötelezettség, lojalitás Emberközpontúság Rendre és tisztaságra törekvés Tisztelet	<i>Légkör (I.3.)</i> Bizalom, őszinteség Elkötelezettség, lojalitás Emberközpontúság Rendre és tisztaságra törekvés Tisztelet
<b>Motiváció</b> (kapcsolatorientáció vs. feladat/teljesítmény)	Az emberi természet természete	Teljesítményértékelés	<i>Teljesítményértékelés (II.2)</i> Teljesítményértékelés
		Jutalmazás Hibázás tolerálása	<i>Jutalmazás (II.3.)</i> Jutalmazás Hibázás tolerálása
		Célok közvetítése	<i>Célok közvetítése (II.5.)</i> Célok közvetítése
<b>Innováció</b> (rugalmasság, szervezeti és egyéni fejlődés)		Innovatív szellemiség Fejlődési lehetőségek kutatása Munkatársak fejlesztése	<i>Innovativitás (I.4.)</i> Innovatív szellemiség Fejlődési lehetőségek kutatása Munkatársak fejlesztése
		Gyökérok feltárása Önkritika, hibák felvállalása Tapasztalatokból tanulás Veszteségek minimalizálása	<i>Tapasztalatokból tanulás (III.2.)</i> Gyökérok feltárása Önkritika, hibák felvállalása Tapasztalatokból tanulás Veszteségek minimalizálása
<b>Idő természete</b>	Idő orientáció és időkezelés	Hosszú távú gondolkodás	<i>Hosszú távú gondolkodás (I.5.)</i> Hosszú távú gondolkodás
<b>(Munka) szervezés</b> (egyéni vs. csoportos munkavégzés; felelősség megosztása)	Emberi kapcsolatok természete	Dolgozók bevonása Dolgozók partnerként kezelése Felelősség Folyamatszemplélet a döntéshozásban és a problémamegoldásban Személyes részvétel, példamutatás	<i>Bevonás, részvétel (II.1.)</i> Dolgozók bevonása Dolgozók partnerként kezelése Felelősség Folyamatszemplélet a döntéshozásban és a problémamegoldásban Személyes részvétel, példamutatás
		Dolgozói javaslatok Oktató vezetők Rendszeresség, következetesség Támogatás	<i>Támogatás (II.4.)</i> Dolgozói javaslatok Oktató vezetők Rendszeresség, következetesség Támogatás
		Építő kritikák Megbeszélések Kétirányú, nyitott kommunikációs csatornák Rendszeres információ – és tudásmegosztás Visszajelzés joga Vizuális menedzsment	<i>Kommunikáció (III.1.)</i> Építő kritikák Megbeszélések Kétirányú, nyitott kommunikációs csatornák Rendszeres információ – és tudásmegosztás Visszajelzés joga Vizuális menedzsment

Forrás: saját készítésű táblázat

(2003) tanuló szervezeti kultúra kérdőíve szintén hatos skálát használt.

A kérdések azokra a pontokra világítanak rá, amelyekben változásra és beavatkozásra lehet szükség ahhoz, hogy a lean menedzsmentet támogató kultúra alakuljon ki. Adott szervezet számára a viszonyítási alapot az „ideális lean kultúra” jelenti. Az ideális és a tényleges kultúra közötti eltérésekből megállapítható, hogy az adott szervezetben a kultúra mely összetevőit szükséges fejleszteni. A két kultúra közötti különbség vizuálisan a pókháló diagrammal jeleníthető meg.

A kérdőívvel *kettős célunk* van:

(1) *lean szervezeti kultúra diagnózis* készítése, melynek segítségével megállapítható, hogy a szervezet mennyire befogadó, támogató a lean elvek és módszerek tekintetében, valamint

(2) *a szervezeti kultúra fejlesztése*.

Céljainkat ugyanakkor csak a fentiekben már azonosított, a kutatási módszertanból fakadó korlátok tudatosításával valósíthatjuk meg. A kérdőív csak a *lényegi dimenziókra koncentrál*, nem nyújt lehetőséget arra, hogy a mélyebb okok is felszínre kerüljenek. Így a fejlesztési folyamat megtervezéséhez és megvalósításához más vizsgálatokra is szükség van. E célból érdemes a kvalitatív eszközök – mélyinterjú, megfigyelés és dokumentumelemzés – felé fordulni.

### **A kérdőív összeállításánál figyelembe vett elméleti és gyakorlati szempontok**

A kérdőív (lásd Mellékletben) összeállításánál számos tartalmi és formai szempontot vettünk figyelembe.

1. Tartalom szempontjából fontosnak tartottuk, hogy a kérdőív kérdezzen rá a lean kultúra minden releváns sajátosságára, még hozzá úgy, hogy *minden releváns lean jellemzőre* külön-külön kérdések vonatkozzanak.
2. Arra is figyeltünk, hogy egy tényezőre csak egy kérdés irányuljon, *ne legyenek átfedések*, mert azok torzítanák az eredményeket. Törekedtünk rá, hogy a kérdések *egyértelműek és jól érthetőek* legyenek a szervezeti hierarchia bármely szintjén dolgozók számára.
3. Az áttekinthetőség érdekében a kérdéseket dimenziók szerint csoportosítottuk, ügyelve arra, hogy az egy dimenzióon belüli elemek közötti összefüggések világosak legyenek.
4. A kérdések összeállításánál további fontos szempont volt a kitöltési idő. Arra törekedtünk, hogy a kérdéssor ne legyen hosszú. Ezért *gyorsan és egyszerűen megválaszolható* kérdőívet állítottunk össze, amely kitöltése 15-20 percet vesz igénybe.
5. Két *demográfiai* adatra (életkor és beosztás) kérdeztünk rá. A későbbi kutatások során a kérdőívnek e része rugalmasan változtatható a kutatás célja, valamint a szervezet jellemzői függvényében.

A fentiek alapján a kérdőív *három kérdésblokkból*, és *tizenkét dimenzióból* áll össze. Az első kérdésblokk a leant támogató szervezeti közegre irányul, a második a vezetésre vonatkozik, a harmadik pedig a fejlődést vizsgálja. Az első két kérdésblokk öt-öt, a harmadik két dimenziót tartalmaz. Előfordulnak olyan tényezők, amelyek első ránézésre több dimenzióon belül is előkerülnek. A különböző dimenziókon belüli hasonló kérdések tulajdonképpen sosem teljesen ugyanarra a tényezőre kérdeznek rá. Ennek magyarázata, hogy az adott téma az egyes dimenziókban más-más szempontból fontos, más aspektusból közelíti meg azt. (Például a bevonás, részvétel dimenzióban „a vezetés nyitott a dolgozók ötleteire” szerepel, míg a támogatás dimenzióánál apró, de lényeges a változás chhez képest: „a vezetés felkarolja a dolgozói ötleteket”.)

### **A kutatás felépítése**

A kérdőívet egy rendelőintézet szervezeti kultúrájának felmérésével teszteltük. Majd a mérési eredményeket összevetettük saját tapasztalatainkkal. A tesztelés helyszínének kiválasztásánál fontos szempont volt, hogy a kutatók jól ismerjék a szervezetet, illetve annak működésével, napi gyakorlatával, a problémamegoldás és fejlesztés jellegzetességeivel tisztában legyenek. A szerzők közül többen már évek óta kapcsolatban álltak a teszt helyszínül kiválasztott rendelőintézettel, ott kutatásokat, folyamatfejlesztést végeztek. Ezáltal betekintést nyertek nemcsak a rendelőintézet napi munkavégzési rutinjába, de a fejlesztések menetébe is. A rendelőintézet kiválasztása előnyösnek bizonyult abból a szempontból is, hogy a szervezet tagjai ugyan már ismerték a lean menedzsment alapkoncepcióit, azonban sem a Toyota gyakorlatát, sem az „elvárt” válaszokat nem ismerték.

A továbbiakban a teszt helyszínét adó rendelőintézetet mutatjuk be.

### **A Rendelőintézet**

A Szent Margit Rendelőintézet Nonprofit Kft. az Óbuda-Békásmegyér Önkormányzat tulajdonában lévő szolgáltató. A jelenlegi helyén üzemelő korábbi, nagy hagyományokkal rendelkező, a Szent Margit Kórházhoz tartozó rendelőintézetet az önkormányzat 2003-ban vette át. A rendelőintézet küldetése Budapest III. kerület és a környező települések (kb. 130 ezer fős lakos) járóbeteg-ellátása. A rendelőintézet 25 szakmával évi 1515 órában teljes körű járóbeteg-ellátói szolgáltatást nyújt.

Az intézmény vezetése elkötelezett a magas minőségű szolgáltatások iránt. Ennek biztosítása érdekében a rendelőintézet megszerezte az ISO-9000-2000 tanúsítást, valamint minőségbiztosítási rendszert működtet, amely megfelel a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardoknak.

Teljesítményének követésére a rendelőintézet külön indikátorrendszerrel működött, az eredményeket rendszeresen kiértékelik (Jenei – Thomka, 2011).

2009-ben az intézmény első számú vezetője együttműködést kezdeményezett a Budapesti Corvinus Egyetem kutatóival annak érdekében, hogy a rendelőintézet képes legyen továbbfejleszteni szolgáltatásainak színvonalát, és tapasztalatot szerezzen a lean menedzsment alkalmazása terén. Az együttműködés elsőként a betegek várakozási idejének csökkentésére fókuszált egy kiválasztott osztályon és ehhez kapcsolódóan a betegirányítási rendszer fejlesztését célozta meg. A rendelőintézet működésének általános átvilágítása és a potenciális osztályokkal történő egyeztetések után a Neurológiai osztály vállalkozott a tesztprojekt terepéül. A Neurológiai osztály 6-10 orvossal és két asszisztenssel működik. Az orvosoknak a kisebb hányada a rendelőintézet alkalmazottja, a többség vállalkozóként szolgált. (A projekt során több betegség, szabadság, kilépés és belépés is előfordult, az orvosok száma azért nem egzaktt). A tesztprojektben egy olyan projektcsapat vett részt, amelybe az összes érintett csoporttagot delegált. Ennek tagjai között szerepelt a betegirányítás vezetője (vagy helyettese), az osztály egyik asszisztense és két orvosa, egy informatikai szakember, a menedzsment részéről az orvosigazgató és ápolási igazgató, valamint az egyetem részéről egy kutató állandó tagként és további kutatók és hallgatók ideiglenesen. A projekt során a projektcsapat a kétheti rendszerességgel megtartott kétórás megbeszéléseket tartotta kivitelezhetőnek, így ez lett a meghatározó ritmus.

### A felmérés

A rendelőintézet szervezeti kultúrájának kérdőíves felmérésére 2011 tavaszán került sor. Ez az időpont a tesztprojekt kezdése után másfél évvel volt, rövidebbel a projekt operatív zárása előtt. A felmérésben az informatikai szakember kivételével a tesztprojekt összes érintettje részt vett. A kérdőívet hét orvos és a két asszisztens töltötte ki a Neurológiai osztályról, hat dolgozó a betegirányításról, valamint mindhárom felső vezető.

### Kutatói tapasztalatok

A kérdőív teszteléséhez fontos a szervezeti kultúráról más forrásokból is ismereteket szerezni. Ezt a kutatás során a másfél éves, a rendelőintézetben végzett fejlesztő munka és kutatás biztosította. A másfél év alatt számos

találkozóra került sor, ahol a kutatóknak lehetőségük nyílt megfigyelni a szervezet különböző hierarchiaszintjein álló dolgozók (orvosok, asszisztensek, betegirányítás vezetői) és a felső vezetés magatartását, a köztük zajló kommunikációt, a feladatok delegálásának és a beszámolásnak a módját stb. A későbbiekben ezekkel a tapasztalatokkal vetettük össze a kérdőív eredményeit.

### Eredmények és értelmezésük

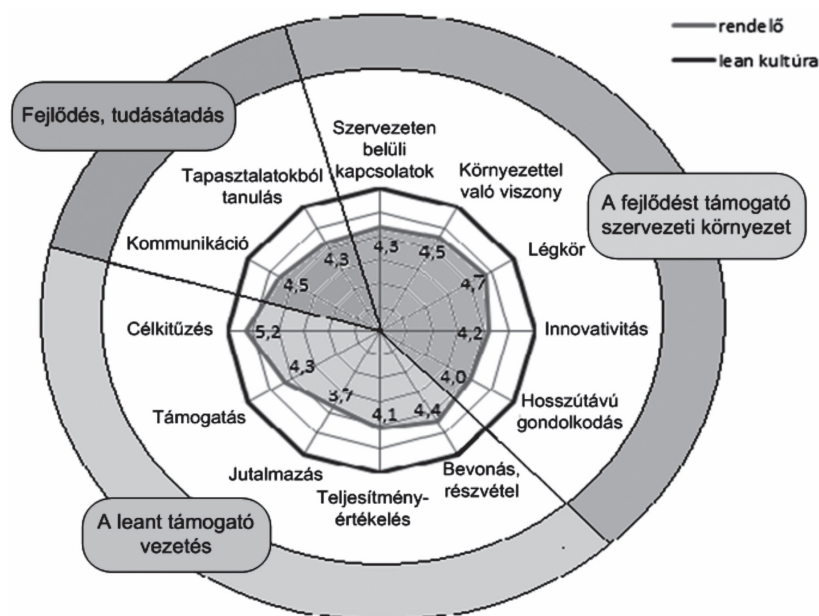
#### A kérdőív eredményei

A Rendelőintézetben végzett kultúrafelmérés eredményeit az 1. ábra mutatja. Az egyéni válaszok értékeit számtani átlagszámítással összesítettük a teljes mintára (a lean projekt valamennyi érintettje).

Az eredmények azt mutatják, hogy a Rendelőintézet szervezeti kultúrája – a dolgozók és a menedzsment általános véleménye alapján – egyik vizsgált dimenzió mentén sem éri el az értékkála maximumát, azaz minden szempontból elmarad az ideális lean kultúrától (6-os fokozat). Mégis meglehetősen „jó” színvonalat mutatnak az értékek, hiszen egyetlen dimenzióban sem csökken 3,5 alá. A felmérés jól mutatja azt is, hogy az összes dimenzió közül a „célkitűzés” dimenzió (világos, egyértelmű, ambiciózus, vállalható célok) érte el a legjobb eredményt, míg a „jutalmazás” dimenzió (jó teljesítményt, ötleteket bérrel és egyebekben is jutalmaznak, a hibázást nem büntetik) szerepelt a legrosszabban. Meg kell

1. ábra

### A rendelőintézet szervezeti kultúrája az idealizált „lean” kultúrához képest a dolgozók és a menedzsment általános véleménye alapján





azonban jegyezni, hogy a különbség (az átlagos értékek között) itt is csupán 1,5 pont.

### **A kérdőív eredményeinek összevetése a korábbi tapasztalatokkal**

A kérdőív eredményeinek mély statisztikai kiértékelésére a válaszadók alacsony száma nem adott lehetőséget, azonban bizonyos tendenciák kiolvashatók az adatokból. A kérdőív eredményei megfeleltek az előzetes várakozásoknak abból a szempontból, hogy a Rendelőintézet szervezeti kultúrája még minden dimenzióban elmarad az ideális lean kultúrától. Ezen túl azonban meglepetést okozott.

Egyrészt a kérdőív kialakításakor azt feltételeztük, hogy létezik egy viszonylag homogén szervezeti kultúra. A kérdőív eredményei ugyanakkor azt mutatják, hogy az osztályos orvosok és a betegirányítók tendenciózusan alacsonyabb értékeket adnak, mint az asszisztensek és a felső vezetők. Ami talán még inkább meglepő, hogy bizonyos kérdésekben a vezetők között is jelentős véleménykülönbség alakult ki. Így pl. egy olyan sarkalatos állítás esetében, mint „A jó teljesítményt elismerik, jutalmazták” az egyik vezető hármas, míg a másik hatos értékelést adott.

Az eredmények által okozott másik meglepetés a kérdőív által mért magas és viszonylag egyenletes érték volt. A kutatók korábbi, általános megfigyelései szerint a Rendelőintézet vezetési és szervezeti kultúrája inkább felel meg a hagyományos, autokratikus vezetési modellnek. Közelebb áll a versengő, felelősöket kereső, felelősséget hárító kultúrához, semmint az innovációt, az együttműködést középpontba állító kultúrához. Mindezek alapján a kutatók által érzékelt és a kérdőívvel mért szervezeti kultúrák között jelentős különbség mutatkozott. Másrészt pedig, habár az egyéni vélemények sok állítás esetében jelentős eltérést mutattak, a szervezeti szintű ábrából egy domináns kultúra léte olvasható le. Vanak ugyan különbségek az egyes kultúra dimenziók között, ezek mértéke azonban viszonylag alacsony (a két szélsőérték között 1,5 pont).

### **Az eredmények visszacsatolása, az eltérések okainak keresése**

Részben morális okokból, részben annak érdekében, hogy a kérdőív eredményeit ellenőrizni tudjuk, az eredményeket ismertettük a rendelőintézeti projektesoport néhány tagjával (asszisztens, betegirányítás helyettes vezetője, ápolási igazgató). A visszacsatolás a kérdőív fejlesztéséhez is hozzájárul.

A Rendelőintézet munkatársai megerősítették több, az észleléssel és értelmezéssel kapcsolatosan utólagosan tett felvetésünket. Egyetértettek azzal a felvetésünkkel, miszerint az átlagos eredmények részben annak köszönhetőek, hogy

az egészségügyi szektor általában véve gyenge, és a gyengék között a Szent Margit Rendelőintézet jónak mondható. Továbbá megerősítette azon feltételezésünket is, hogy az utóbbi időszak változásai, az innovatív szemléletű intézkedések pozitív irányú hatásai is megmutatkoznak az eredményekben: „változások történtek, és ezt a dolgozók érzékelik”. Megerősítést nyert kiemelkedően jól és rosszul teljesítő dimenziók helyzete is: a vezetők jelentős hangsúlyt fektetnek a célok kommunikációjára, viszont az elismerésre általában kevesebb pénz jut (az egészségügy nagy részéhez hasonlóan).

A felszólalásokból az is kiderült, hogy a Rendelőintézet dolgozói egyes fogalmakat a kutatók szándékaitól és a lean irodalomban bevett jelentéstől eltérően értelmeztek. Az értelmezésbeli különbségek több dimenzióán is a meglepő eredmények magyarázatául szolgáltak. A kérdőív összeállításához ez utóbbi pont kapcsolódik szervesen, ezért a „félreértett” kulcsfogalmakkal itt részletesebben foglalkozunk.

A „bevonás, részvétel” dimenzióban a vezetők a skálaérték maximumához közeli értékeket adtak meg. A beosztottak általában közepesnek értékelték ezt a dimenziót. Az ápolási igazgatóhelyettes szerint a vezetés teljes mértékben bevonja a dolgozókat a döntésekbe. Kiderült, hogy azért, mert a vezetők számára az jelenti a bevonást, hogy az osztályvezetőkkel egyeztetnek például a fizetésemelés előtt. Az alsóbb hierarchiaszinteken dolgozó beosztottaknak azonban nincs lehetőségük véleményt formálni a döntések előtt. Ez tükröződik a kérdőívre adott válaszokban is. A hibázás tolerálása a kutatói szándék alapján arra utal, hogy ha a dolgozók hibát követnek el, akkor azt nem követi negatív következmény vagy szankció, lévén a szervezetben a hibára fejlődési és fejlesztési lehetőségként tekintenek. A vezetők azonban csak a büntetést hozták kapcsolatba a fogalommal. Ahogy az ápolási igazgatóhelyettes elmondta: „Kevés az írásbeli figyelmeztetés. Ehhez csak többszöri szóbeli figyelmeztetés után fordulunk.” Szintén meglepő volt, hogy a dolgozók egyöntetűen úgy vélik, hogy az önkritika és a hibázás beismerése egyaránt jellemző a szervezetre. A fogalom eltérő értelmezésére az egyik asszisztens világított rá: „Muszáj bevallanom, ha hibázom, mert úgyis kiderülne.” Ez a vélemény azt sugallja, hogy a hibázás bevallása külső kényszer hatására történik. Nem önként és nem a szisztematikus fejlesztés alapjaként. A vezetés pedig a betegek bizonyos időközönként esedékes kérdőíves felméréshez kapcsolta a két fogalmat: „Ezzel feltárjuk és beismerjük a hibákat”. A tapasztalatokból való tanulás ideális lean kultúrától eltérő értelmezésére utal az egyik betegirányító megfogalmazása: „Ha valakivel nem tudunk együttműködni, akkor elismerjük, hogy tévedtünk és attól megváltunk.” Ez utóbbi felfogás azonban sokkal inkább arra enged következtetni, hogy az elbocsátástól való félelem miatt a munkatársak elhallgatják hibáikat.

A visszacsatolás során világosan kiderült, hogy a külső tényezők (gyengék között jó) és az utóbbi időszakok fejlesztési projektjeinek hatásán túl a fogalmak eltérő használatának komoly hatása van a kérdőív kitöltésére.

### **Következtetések, további kutatási irányok**

Az eredmények alapján elmondható, hogy kutatásunk célját a körütekintő előkészítés ellenére sem sikerült megvalósítanunk. Ez meglepő, hiszen a kutatás újszerűségét elsősorban a lean szervezeti kultúra dimenziók feltárása és operacionalizálása jelentette. Mivel a feltárt lean kultúra dimenziókat sikerült nagy részben lefedni a kiindulási pontként használt, és nemzetközi mintán validált tanuló szervezeti kultúra kérdőívek (Garvin és társai, 2008; Marsick – Watkins, 2003) dimenzióival, így elméletileg minimálisra csökkent a kutatói kockázat. A kudarc lehetséges okai között az alábbiakat véljük relevánsnak:

- a) A legriviálisabb magyarázat, mely már a visszacsatolás során is világossá vált, de a jelentős eltérést mutató értékekből is kiolvasható, a különböző fogalmak merőben eltérő értelmezése. Vagyis a kutatók szervezet tagjai mást értenek bizonyos kifejezések, illetve az azokhoz rendelt alacsony/magas értékekhez, mint a kutatók, vagy akár kollégáik. Így pl. nyilvánvaló, hogy nem ismerték a válaszadók a Toyota kultúrájáról szóló leírásokat, azaz saját gyakorlatukhoz képest értelmezték pl. a jó teljesítmény jutalmazásának mértékét. A vizsgált rendelőintézet egy innovatív, fejlődést mutató szervezet, így a dolgozók jogosan érezhetik, hogy a rendelőintézetben kialakult gyakorlat „jó”.
- b) A nemzetközi mintán validált kérdőívek nem állják meg a helyüket a magyar/egészségügyi környezetben. Feltehetően önmagában az a tény, hogy a kutatásra Magyarországon került sor, kevésbé befolyásolta az eredményeket, mint az, hogy a kutatók szervezet az egészségügyi szektorban működik. Habár nincsenek pontos információink a validálásban részt vett külföldi szervezetekről, feltételezhető, hogy azok többsége ipari környezetben működik. Az egészségügy nyelve, alapvető hierarchikus kultúrája lehet felelős a máshol bevált megfogalmazások kudarcáért.
- c) Szándékosan torzított válaszok. Habár a kérdőív kitöltése anonim volt, a kitöltők alacsony száma miatt a kutatásban résztvevők reális fenyegetésként élhették meg a kitöltők személyének visszakeresését és számonkérését. Az esetleges számonkéréstől való félelem torzíthatta az értékelést pozitív irányba. A torzított válaszok másik lehetősége az „üzenetküldés”, vagyis amikor valamelyik dolgozó a valóságosnál rosszabb képet igyekszik festeni azért, hogy a szükséges változásokra felhívja a figyelmet. Erre a betegirányításban dolgozók esetében látunk esélyt.

d) Az előzetes feltételezésekkel ellentétben inhomogén szervezeti kultúra. A kérdőív kiértékelése során – a homogenitás előzetes feltételezése miatt – a válaszokként megjelölt értékek egyszerű számtani átlagával jelenítettük meg az eredményeket. A valóságban viszont a kérdőívben szereplő 64 állítás közül 32 esetben legalább két csoportnál legalább 3 pontnyi különbség tapasztalható a csoporton belüli két szélsőséges vélemény között. Ebből a szempontból nincs egyetlen kivétel sem a dimenziók között (mindegyik dimenzió tartalmaz legalább egy ilyen állítást). A csoporton belüli nézetkülönbségeken túl jelentős a csoportok közötti különbség is. Jól jellemzi mindezt, hogy a 64 állítás közül 20 esetben van egy, vagy azt meghaladó pontnyi különbség a vezetés és az orvosok, vagy a vezetés és a betegirányítók átlagos véleménye között, négy állítás esetében pedig a különbség legalább az egyik esetben eléri, vagy meghaladja a két pontot is. Ebből a szempontból a „Bevonás, részvétel” dimenzió a kritikus, hiszen az ott szereplő összes állításra igaz a fenti csoportok átlagos véleménye közötti minimálisan egy pontos különbség, de két állítás esetében még a két pontos is.

A kutatás folytatásához feltétlenül szükségesnek tartjuk a teljes kérdőív (összes dimenzióra vonatkozóan) nyelvezetének további finomítását, konkrét értékek beillesztését, illetve az állításokhoz szükség szerint magyarázatok és példák csatolását annak érdekében, hogy a válaszadók pontosan értsék az állításokat. Pl. „A vezetők aktívan részt vesznek a problémamegoldásban.” állítás valaki számára jelenheti azt, hogy a vezető egy csoport részeként kérdésekkel segíti a probléma gyökereinek feltárását és azok elhárítását (az ideális „lean vezető” mentorál, mintsem utasít). Más számára az aktív részvétel jelentheti a problémára adott azonnali határozott, de az okok ismerete nélkül hozott (legfeljebb gyanított) intézkedést. A két értékelés mindkét esetben lehet 6-os (tökéletesen megfelel a szervezetünk gyakorlatának), mégsem azonos a tartalma.

Mivel ebben az esetben nyilvánvalóan nem teljesült a homogén szervezeti kultúrára vonatkozó elvárásunk, ezért szükséges megvizsgálnunk a kutatási módszertan fejlesztésének másik lehetőségét; a kvalitatív módszertan felé elmozdulást. Ezzel csökkenne az szervezetek közötti, illetve az időbeli összehasonlítás lehetősége, nőhetne viszont az eredmények érvényessége. Például egy fókuszcsoporthoz tartozó interjú során egy-egy szituációra adott szervezeti reakciókat kellene meghatározniuk a résztvevőknek. Ezzel a módszerrel lehetővé válna az egyes dimenziók mélyebb értelmezése, az itemek pontosítása, és ily módon a kérdőívfejlesztés is. Továbbá így feltárhatóak lennének a szervezeti kultúrának olyan jellemzői is, amelyeket a kultúra kérdőív nem képes

megragadni, és ily módon kiegészíthetjük, árnyalhatjuk a kérdőíves felmérés eredményét.

Az egészségügyi környezetben szokásos nyelvezet és gyakorlatok megismeréséhez önmagában is további interjúkat, fókuszcsoportos beszélgetéseket tartunk szükségesnek.

A további munkához jó alapot adhat, hogy a kutatásban sikerült azonosítani a lean szervezeti kultúra összetevőit és azokat a szervezeti kultúra és tanuló szervezeti kultúra nemzetközi kérdőívei alapján megragadni.

### Összegzés

Cikkünk arra a szinte minden lean menedzsmenttel foglalkozó kutató által osztott felismerésre épült, hogy a szervezeti kultúra kritikus fontosságú a lean menedzsment adaptálásában. Annak ellenére, hogy ez a felismerés általános a kutatók között, a szakirodalomban nem érhető el olyan kérdőív, amely a szervezeti kultúrát a lean menedzsment szempontjából kritikus fontosságú területeken értékelné. Kutatásunk első lépésében az irodalom áttekintés alapján összeállítottuk egy ilyen kérdőívet. A kérdőívet egy rendelőintézet szervezeti kultúrájának felmérésével teszteltük. A kutatók rendelőintézetben szerzett tapasztalata, a kérdőív eredményei és a visszacsatolások alapján elmondható, hogy a kérdőív további finomítására és tesztelésére van szükség. A továbbfejlesztés első lépéseként a lean kultúra összetevőire példákkal és konkrét gyakorlatokkal kell rákérdezni, mert az általános – a nemzetközi felmérésekben egyébként bevett – megfogalmazások és állítások félreértésekre adnak okot. Ezen túlmenően feltehetően szükségessé válik a kvalitatív kutatási módszertan alkalmazása is.

### Felhasznált irodalom

- Bíró Balázs – Serfőző Mónika* (2003): Szervezetek és kultúra. in: Hunyady György – Székely Mihály (szerk.): Gazdaságpszichológia, Osiris, Budapest, p. 481-541.
- Buehrens, Eric – Lee, Alice W.* (2011): Redesigning complex processes – Enabling lean patient journeys and supply streams. Lean Summit, 9-11 November 2011, Kenilworth, Warwickshire, UK
- Burgess, N. – Radnor, Z. – Davies, R.* (2009): Taxonomy of lean in healthcare: A framework for evaluating activity and impact. Proceedings of the 16<sup>th</sup> EurOMA Annual Conference, June 14-17 2009, Gothenburg, Sweden
- Burgess, N. – Radnor, Z.* (2011): Trajectory of lean implementation: the case of English hospitals. Proceedings of the 18<sup>th</sup> EurOMA Annual Conference, July 3-9 2011, Cambridge, England
- Cameron, K. S. – Quinn, R. E.* (1999): Diagnosing and changing

- organizational culture based on the Competing Values Framework. Addison-Wesley Publishing, Upper Saddle River
- Chow, I. H. – Liu, S. S.* (2007): Business strategy, organizational culture and performance outcomes in China's technology industry, Human Resource Planning, Vol. 30, No. 2, p. 47-55.
- Cooke, R. – Lafferty, J.* (1983): Level V: organizational culture inventory – form I, Human Synergistics, Plymouth
- Dózsa Csaba* (2010): A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre – Magyarországon a 2000-es években. Doktori disszertáció, Budapesti Corvinus Egyetem
- Fey, C.F. – Denison, D.R.* (2003): Organizational culture and effectiveness: can American theory be applied in Russia? Organization Science, Vol. 14, No. 6, p. 686-706.
- Fillingham, D.* (2007): Can lean save lives? Leadership in Health Services, Vol. 20. No. 4, p. 231-241.
- Friedman, P.* (2011). High Performance Health Care: Achieving and Sustaining Performance Excellence. Pre-Congress Seminar, 55<sup>th</sup> EOQ Congress, June 20, Budapest, Hungary
- Garvin, D. A. – Edmondson, A. C. – Gino, F.* (2008): Is Yours a Learning Organization? Harvard Business Review, Vol. 86, No. 3, p. 109-116.
- Gelei Andrea – Nagy Zoltán* (2010): Lean logisztika? Igen! – a Coca-Cola Magyarország Kft. Példáján. Logisztikai Híradó, Vol. 20, No. 1, p. 13-17.
- Gelei Andrea – Losonci Dávid – Báthory Zsuzsanna – Toarniczky Andrea* (2011): Leadership jellemvonások és lean menedzsment – elmélet és gyakorlat. Műhelytanulmány, Budapesti Corvinus Egyetem, Vállalatgazdaságtan Intézet, Versenyképesség Kutató Központ. elérhető: [http://www.versenykepesség.uniconvinus.hu/fileadmin/user\\_upload/hu/kutatokozpontok/versenykepesség/Lean\\_vezetoistilus\\_Gelei\\_at\\_el\\_111120\\_elkuldvex.pdf](http://www.versenykepesség.uniconvinus.hu/fileadmin/user_upload/hu/kutatokozpontok/versenykepesség/Lean_vezetoistilus_Gelei_at_el_111120_elkuldvex.pdf)
- Graban, M.* (2009): Lean Hospitals. Productivity Press, New York
- 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, p. 994-1011.
- Holweg, M.* (2007): The genealogy of lean production. Journal of Operations Management, Vol. 25, No. 2, p. 420-437.
- Hofstede, G. – Neuijen, B. – Ohayv, D.D. – Sanders, G.* (1990): Measuring organizational cultures: a qualitative and quantitative study across twenty cases. Administrative Science Quarterly, Vol. 35, No. 2, p. 286-316.
- House, R. J. – Hanges, P. J. – Javidan, M. – Dorfman, P. W. – Gupta, V.* (eds.) (2004): Culture, Leadership and Organizations – The GLOBE Study of 62 Societies. Sage Publication, London

- Imre Noémi* (2011a): A lean szervezeti kultúra mérése. TDK prezentáció, Budapesti Corvinus Egyetem
- Imre Noémi* (2011b): A szervezeti kultúra jelentősége a lean menedzsment bevezetésekor az egészségügy példáján. Szakdolgozat, Budapesti Corvinus Egyetem
- Jenei István* (2010a): Kórházi folyamatok karcsúsítása – Külföldi és hazai tapasztalatok rendszerezése. Doktori disszertáció, Budapesti Corvinus Egyetem
- Jenei István* (2010b): A karcsú (lean) elvek alkalmazásának tapasztalatai az egészségügyi folyamatok fejlesztésében. *Vezetéstudomány*, Vol. 41, No. 1, p. 18-37.
- Jenei, István – Andriská, Pál* (2011a): Lean kezdeményezések külföldi kórházakban: The Productive Series, ISO 9000 Fórum, XVIII. Nemzeti Konferencia, Balatonvilágos
- Jenei István – Andriská Pál* (2011b): Egy alternatív vezetési rendszer – a lean menedzsment, *IME*, Vol. 10, No. 8, p. 29-32.
- Jenei István – Thomka György* (2011): Egy rendelőintézet lean szemléletű fejlesztésének tapasztalatai. *Lean Service Day*, 2011. április 29., Budapest
- Jones, D. – Mitchell, A.* (2006): Lean thinking for the NHS. NHS Confederation, London [http://www.leanuk.org/downloads/health/lean\\_thinking\\_for\\_the\\_nhs\\_leaflet.pdf](http://www.leanuk.org/downloads/health/lean_thinking_for_the_nhs_leaflet.pdf), letöltve: 2011.06.24-én
- Kecskés Gábor* (2011): A lean nehézségei a magyar kórházakban, és néhány pozitív példa, *Lean Service Day*, 2011. április 29., Budapest
- 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, p. 7-24
- Koufteros, X. A.- Nahm, A. Y.- Cheng, T. C. E. – Lai, K.* (2007): An empirical assessment of a nomological network of organizational design constructs: from culture to structure to pull production to performance, *International Journal of Production Economics*, Vol. 106, No. 2, p. 468-492.
- Liker, J. K.* (2008): A Toyota-módszer. HVG Kiadó, Budapest
- Liker, J. K.* (2004): *The Toyota Way*. McGraw-Hill
- Liker, J. K. – Hoseus, M.* (2008): *Toyota culture: The heart and soul of the Toyota way*. McGraw-Hill
- Demeter Krisztina – Losonci Dávid – Jenei István* (2008): A beosztás és a nemek hatása a változások érzékelésére – egy lean projekt tapasztalatai egy magyar autópári beszállítónál. *Vezetéstudomány*, Vol. 39, No. 5, p. 15-26.
- Marsick, V. J. - Watkins, K. E.* (2003): Demonstrating the Value of an Organization's Learning Culture: The Dimensions of the Learning Organization Questionnaire, *Advances in Developing Human Resources*. Vol. 5, No. 2, p. 132-151.
- Mányik Eszter* (2009): A LEAN, mint új módszer alkalmazása a JAOK-ban - Jósa András Oktató Kórház Nyíregyháza. ISO 9000 Fórum, XVI. Nemzeti Konferencia, 2009. szeptember 10-11, Balatonvilágos
- Monden, Y.* (1983): *The Toyota Production System*. Productivity Press, Portland
- Naor, M. – Goldstein, S. M. – Linderman, K. W. – Schroeder, R. G.* (2008): The role of culture as driver of quality management and performance: infrastructure versus core quality practices. *Decision Sciences*, Vol. 39, No. 4, p. 671-702.
- NHSII* (2011): Productive Care case studies Staff improvements and leadership. [http://www.institute.nhs.uk/images//documents/Quality\\_and\\_value/productiveseries/Productive%20Care%20case%20study%20pack%20website.pdf](http://www.institute.nhs.uk/images//documents/Quality_and_value/productiveseries/Productive%20Care%20case%20study%20pack%20website.pdf), letöltve: 2011.10.09-én
- Ohno, T.* (1988): *Toyota Production System – Beyond Large-Scale Production*. Productivity Press, New York
- Ozorhon, B. – Arditi, D. – Dickmen, I. – Birgonul, M.T.* (2008): Implications of culture in the performance of international construction joint ventures. *Journal of Construction Engineering and Management*, Vol. 134, No. 5, p. 361-370.
- Partington, M.* (2011): Redesigning complex processes – The executive perspective. Lean Summit, November 9-11 2011, Kenilworth, Warwickshire, UK
- Powell, C.* (2009): Akron Children's adopts lean operating strategies, *Acron Beacon Journal*, Monday, Apr 13, <http://www.ohio.com/lifestyle/42889087.html>, letöltve: 2009.04.22-én
- Proudlove, N. – Moxham, C. – Boaden, R.* (2008): Lessons for Lean in Healthcare from Using Six Sigma in the NHS, *Public Money and Management*, Vol. 28, No. 1, p. 27-34.
- Radnor, Z. – Walley, P. – Stephens, A. – Bucci, G.* (2006): Evaluation of The Lean Approach to Business Management and its Use in The Public Sector, Scottish Executive Social Research, Edinburgh, UK
- Radnor, Z. – Holweg, M.* (2010): From Tools to Systems: A critical appraisal of Lean Healthcare implementations. *Proceedings of the 17<sup>th</sup> EurOMA Annual Conference*, Porto, Portugal
- Sackmann, S.* (2011): Culture and performance. in: Ashkanasy, N., M. - Wilderom, C. – Peterson, M. (eds.): *Organizational culture and climate*. SAGE Publications, Thousand Oaks
- Schein, E. H.* (1992): *Organizational culture and leadership*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco
- Shah, R. – Ward, P.T.* (2003): Lean manufacturing: content, practice bundles, and performance. *Journal of Operations Management*, Vol. 21, No. 2, p. 129–149.
- Shook, J.* (2010): How to Change a Culture: Lessons From NUMMI. *MIT Sloan Management Review*, Vol. 51, No. 2, p. 63-68.
- Sinkó Eszter* (2010): Újabb nehéz év előtt az egészségügy. *IME*, Vol. 9, No. 10, p. 3.



- Spear, S. J.* (2004): Learning to lead at Toyota. Harvard Business Review, Vol. 82, No. 5, p. 78-86.
- Spear, S. J.* (2005): Fixing Health Care from Inside, Today. Harvard Business Review, Vol. 83, No. 9, p. 78-91.
- Spear, S. J. – Bowen, H. K.* (1999): Decoding the DNA of the Toyota Production System. Harvard Business Review, Vol. 77, No. 5, p. 96-106.
- Sugimori, Y. – Kusunoki, K. – Cho, F. – Uchikawa, S.* (1977): Toyota production system and Kanban system – Materialization of just-in-time and respect-for-human system. International Journal of Production Research, Vol. 15, No. 6, p. 553-565.
- Tanaka, T.* (2011): Building a lean management system – Learning from Toyota’s Manufacturing System. Lean Summit, 9-11 November 2011, Kenilworth, Warwickshire, UK
- Toarniczky Andrea* (2007): A szervezeti kultúra mérési kultúrája. Vezetéstudomány, Vol. 37., Különszám, p. 14-24.
- Tompos G.* (2010): A vezetés minősége az egészségügyben. IME, Vol. 9, No. 9, p. 27-29.
- Vinglmanné Sós, Szilvia* (2011): Egészség(es)ügy/ Avagy “A világos látáshoz néha elegendő a nézőpont megváltoztatása”?! Lean Service Day, 2011. április 29., Budapest
- Womack, J. P. – Jones, D. T.* (1996): Lean Thinking, Simon and Schuster, New York
- Womack, J. P. – Jones, D.T. – Roos, D.* (1990): The Machine that changed the world. Rawson Associates, New York
- Xenikou, A. – Furnham, A.* (1996): A correlational and factor analytic study of four questionnaire measures of organizational culture. Human Relations, Vol. 49, No. 4, p. 349-371.

**Mellékletek**

## LEAN SZERVEZETI KULTÚRA KÉRDŐÍV

**Kitöltési útmutató – Kérem, figyelmesen olvassa el!**

A kérdőív 3 kérdésblokkból áll. Az első a leant támogató szervezeti közegre irányul, a második a vezetésre vonatkozik, a harmadik pedig a fejlődést vizsgálja.

A kérdések megválaszolása körülbelül 15 percet vesz igénybe.

A kérdések minden esetben arra irányulnak, hogy Ön szerint mennyire jellemző, mennyire igaz az Önök intézményében a megfogalmazott állítás.

Válaszát kérem a kérdés melletti 6 fokozatú skálán jelölje meg.

A skála értelmezése:

1= Egyáltalán nem jellemző, nem igaz a rendelőintézetben.

6= Teljes mértékben igaz a rendelőintézetre.

*Csoportok alatt értendő: különböző osztályok, betegirányítók						
<b>I. kérdésblokk: Fejlődést támogató szervezeti környezet</b>						
<b>1. Szervezetben belüli kapcsolatok</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
A dolgozók segítik egymást a fejlődésben.						
A vezetők együttműködnek a dolgozókkal.						
A különböző csoportok* teljesítménye nem független egymástól, ezért a siker érdekében együtt kell működniük.						
A tagok felvállalják a konfliktusokat a problémák elhallgatása helyett.						
A csoportcélok előtérbe kerülnek az egyéni célokkal szemben.						
<b>2. Környezettel való viszony</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
A betegek igényeinek való megfelelés, és az azokhoz való folyamatos alkalmazkodás áll a gondolkodás középpontjában.						
A rendelőintézet együttműködésre törekszik a betegellátási folyamathoz kapcsolódó külső szereplőkkel. (pl.: házi orvosok, kórházak, gyógyszer- és eszközgyártók, stb.)						
A társadalmi érdekeket, társadalmi viszonyokat szem előtt tartják.						

<b>3. Léggör</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
A szervezetben mennyire jellemzők az alábbiak?:						
Bizalom						
Állásbiztonság						
Lojalitás						
Tisztelet						
Őszinteség						
A rend és tisztaság fenntartására való törekvés.						
A másokétól eltérő vélemények felvállalása.						
Rendszeresség és következetesség.						
<b>4. Innovativitás</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Az emberek nyitottak az újdonságokra, amelyek a munkavégzést könnyebbé, jobbá tehetik.						
Jellemző az új módszerekkel való kísérletezés, a kockázatvállalás.						
A munkavégzés során a dolgozók igyekeznek tanulni egymástól.						
A mindennapi munkavégzés során a fejlesztési lehetőségek folyamatos keresése jellemző.						
<b>5. Hosszú távú gondolkodás</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
A hosszú távú célok előtérbe kerülnek a rövid távú érdekekkel szemben.						
A döntések és cselekedetek hosszú távú hatásai figyelembe vételre kerülnek.						
Jellemző a jövőre vonatkozó tervezés.						
<b>II. kérdésközpont: Leant támogató vezetés</b>						
<b>1. Bevonás, részvétel</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Csoportos döntéshozás és problémamegoldás jellemző az egyszemélyivel szemben.						
A döntési folyamatra jellemző a konszenzusra törekvés.						
A vezetők aktívan részt vesznek a problémamegoldásban.						
A vezetők meghallgatják és figyelembe veszik minden érintett fél álláspontját.						
A konfliktusok és viták felvállalása jellemző a jobb megoldások, döntések érdekében.						
A vezetés nyitott a dolgozók ötleteire.						
A vezetők partnerként kezelik a beosztottakat.						
<b>2. Teljesítményértékelés</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
A dolgozók nyíltan és őszintén adnak visszacsatolást egymás teljesítményével kapcsolatban.						
Az építő jellegű kritika megszokott.						
A célok elérését, a feladat teljesítést a vezetés rendszeresen ellenőrzi.						
A dolgozók a saját munkájukat is rendszeresen ellenőrzik.						
A dolgozó a saját teljesítménye mellett a vállalati szintű teljesítményről is rendszeres visszacsatolást kap.						
Jellemző nézet a tökéletességre törekvés.						
Jellemző a tevékenységek standardizálása a könnyebb összehasonlítás és mérhetőség érdekében.						
<b>3. Jutalmazás</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
A jó teljesítményt elismerik, jutalmazzák.						
A bérek függenek a teljesítménytől.						
A hibázást nem büntetik, inkább feltárják az okait.						
Az újításokat és fejlesztéseket jutalmazzák.						
<b>4. Támogatás</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
A vezetők szavahihetőek.						
A vezetés felkarolja a dolgozói ötleteket.						

Szigorúak a követelmények a dolgozókkal szemben, de a vezetés minden támogatást megad ezek teljesítéséhez.						
A vezetők inkább koordinálnak, a konkrét feladatteljesítést illetően szabadságot hagynak a dolgozóknak.						
<b>5. Célkitűzés</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Tisztában vagyok vele, hogy mit várnak el tőlem a munkám során.						
A rendelőintézet fő célkitűzései világosak és érthetőek számomra.						
Azonosulni tudok az intézmény fő célkitűzéseivel.						
A kitűzött célok kihívást jelentenek.						
<b>III. kérdésblokk: Fejlődés, tudásátadás</b>						
<b>1. Kommunikáció</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
A kommunikáció nyílt és őszinte.						
A kommunikáció kétirányú, a beosztottak is élhetnek visszajelzéssel a vezetők felé.						
Rendszeres tartunk megbeszéléseket, értekezleteket.						
Az értekezletek időpontját és tartalmát előre megtervezik, nem ad hoc módon kerülnek megtartásra.						
Formális rendszer működik az új ötletek kezelésére, értékelésére.						
Az új információkat, tapasztalatokat megosztják és elterjesztik az intézményben.						
A vezetők a működéssel kapcsolatos információkat rendszeresen és strukturált formában megosztják a dolgozókkal.						
Jellemző a vizuális kommunikációs eszközök alkalmazása. (Pl. Kinyomtatott adattáblázat)						
<b>2. Tapasztalatokból tanulás</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
A dolgozók fel merik vállalni, ha hibáztak.						
A felbukkanó problémákat és hibákat fejlesztési és fejlődési lehetőségeknek tekintik.						
A vezetők és a beosztottak egyaránt folyamatos önkritikát gyakorolnak.						
A problémamegoldás során cél a problémák legmélyebb okainak feltárása.						
<b>Demográfiai adatok</b>						
Életkor:        év						
Beosztás (karikázza be a megfelelőt): vezető/orvos/asszisztens/betegirányító						

## E SZÁMUNK SZERZŐI

**Chikán Attila**, egyetemi tanár, az MTA levelező tagja, Budapesti Corvinus Egyetem, **Czakó Erzsébet**, egyetemi docens, Budapesti Corvinus Egyetem, **Csíte András**, igazgató, Hétfa Kutatóintézet, **Luksander Alexandra**, junior elemző, Hétfa Kutatóintézet, **Mike Károly**, egyetemi adjunktus, Budapesti Corvinus Egyetem, **Mandják Tibor**, egyetemi docens, Budapesti Corvinus Egyetem, **Wimmer Ágnes**, egyetemi docens, Budapesti Corvinus Egyetem, **Juhász Péter**, egyetemi docens, Budapesti Corvinus Egyetem, **Kocsis Alexandra**, PhD hallgató, Budapesti Corvinus Egyetem, **Kutasi Gábor**, egyetemi adjunktus, Budapesti Corvinus Egyetem, **Nagy Gábor**, tudományos segédmunkatárs, Budapesti Corvinus Egyetem, **Berács József**, egyetemi tanár, Budapesti Corvinus Egyetem, **Kazainé Ónodi Annamária**, egyetemi adjunktus, Budapesti Corvinus Egyetem, **Kenesei Zsófia**, egyetemi docens, Budapesti Corvinus Egyetem, **Gyulavári Tamás**, egyetemi adjunktus, Budapesti Corvinus Egyetem, **Drótos György**, egyetemi docens, Budapesti Corvinus Egyetem, **Móricz Péter**, egyetemi adjunktus, Budapesti Corvinus Egyetem, **Gáti Mirkó György**, PhD hallgató Budapesti Corvinus Egyetem, **Kolos Krisztina**, egyetemi docens, Budapesti Corvinus Egyetem, **Tátrai Tünde**, egyetemi adjunktus, Budapesti Corvinus Egyetem, **Fábián Boglárka**, beszerzési szakértő, Magyar Nemzeti Bank, **Toarniczky Andrea**, egyetemi tanársegéd, **Imre Noémi**, Budapesti Corvinus Egyetem, **Jenei István**, egyetemi adjunktus, Budapesti Corvinus Egyetem, **Losonci Dávid István**, egyetemi tanársegéd, Budapesti Corvinus Egyetem, **Primecz Henriett**, egyetemi docens, Budapesti Corvinus Egyetem,