

MGR JAN MAKSYMILIAN JANISZEWSKI

doktorant, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
e-mail: jan.janiszewski@doktorant.sgh.waw.pl

LEAN MANAGEMENT JAKO INNOWACJA ORGANIZACYJNA W SZPITALACH

Słowa kluczowe: lean management, kaizen, innowacja organizacyjna, innowacja społeczna

Abstrakt. Celem artykułu jest przedstawienie koncepcji lean management jako innowacyjnej metody organizacji i zarządzania w jednostkach opieki zdrowotnej. Podejście procesowe i koncepcja lean management mogą być również stosowane przy restrukturyzacji jednostek szpitalnych. W artykule omówiono ideę ciągłego doskonalenia organizacji, która stanowi fundament koncepcji zarządzania i jest powiązana z wdrażaniem innowacji. Dokonano interpretacji wybranych procesów medycznych z punktu widzenia metody lean management, wskazano potencjalne miejsca powstawania marnotrawstwa w odniesieniu do funkcjonowania podmiotów opieki zdrowotnej, a także na konieczność ciągłego doskonalenia zarówno poszczególnych jednostek, jak i systemu opieki zdrowotnej jako całości. Zaprezentowano ponadto korzyści i pułapki związane z wdrożeniem lean management.

Lean management – organisational innovation in hospitals

Key words: lean management, kaizen, organisational innovation

Abstract. The paper presents the present the concept of lean management as an innovative method of organization and management in healthcare units. Process approach and lean management can also be used for the restructuring of the hospital units. The author discusses about continuous improvement (CI) as a foundation of kaizen, lean management and innovation. The article presents selected medical processes in terms of lean management concept. The author identifies potential waste (Muda) in the process of functioning healthcare units and points out the necessity of implement lean management for the elimination it in hospital and national healthcare system. The last part of the article presents the benefits and pitfalls associated with the implementation of lean management in hospitals.

Wprowadzenie

W kontekście badań nad innowacją koncepcja szczupłego zarządzania została uznana za innowację organizacyjną mogącą wspierać procesy oraz finalne produkty i usługi. Elementem łączącym koncepcję lean management oraz innowacje jest ciągłe doskonalenie, które ma na celu usprawnienie procesów i wsparcie wytwarzania produktów i usług. Kultura organizacyjna oparta na filozofii kaizen (ciągłego doskonalenia) to kultura innowacyjna, otwarta na zmiany i zapewniająca środowisko, w którym oczekiwana jest kreatywność pracowników, a satysfakcja klienta jest priorytetem. Wykorzystanie lean management w sektorze ochrony zdrowia w krajach wysoko rozwiniętych, takich jak USA czy Japonia, może stanowić przykład i dobry wzór do naśladowania dla polskich jednostek opieki zdrowotnej. Zastosowanie tej koncepcji w szpitalach w krajach Unii Europejskiej, w tym także w Polsce, jest skutecznym sposobem na eliminowanie problemów, jakie mogą się pojawić w procesach zarządzania, oraz pozwala na zapewnienie większego bezpieczeństwa pacjentom i pracownikom szpitala, usprawnia komunikację i kreuje innowacyjne środowisko pracy.

1. Innowacja organizacyjna – aspekt teoretyczny

Pierwszy raz pojęcie innowacji w naukach ekonomicznych zostało użyte przez Schumpetera, który rozumiał je jako:

- wprowadzenie nowego towaru, nieznanego dotychczas konsumentom,
- wprowadzenie nowej metody produkcji, jeszcze niestosowanej praktycznie w konkretnej dziedzinie przemysłu.

Nowa kombinacja środków produkcji, a co za tym idzie – innowacje rozumiane jako wprowadzenie nowych produktów, nowych technologii i rozwiązań, przyczyniają się bezpośrednio do rozwoju gospodarczego (Schumpeter, 1960, s. 102–104). Według podręcznika Oslo innowacja definiowana jest jako „wdrożenie nowego lub znacząco udoskonalonego produktu (wyrobu bądź usługi), lub procesu, nowej metody marketingowej, lub nowej metody organizacyjnej w praktyce gospodarczej, organizacji miejsca pracy albo stosunkach z otoczeniem” (OECD, 2008, s. 48). Zgodnie z tą definicją ważne jest, aby nowy pomysł, wynalazek został wdrożony do praktyki gospodarczej. Wyróżniamy cztery podstawowe typy innowacji: produktowe, procesowe, organizacyjne i marketingowe.

Na potrzeby artykułu uwaga będzie skoncentrowana na innowacjach w obszarze metod organizacji i zarządzania jednostkami opieki zdrowotnej – czyli organizacyjnych. Podręcznik Oslo Manual definiuje innowację organizacyjną (*organisational innovation*) jako wdrożenie nowej metody organizacyjnej w działaniu firmy, w organizacji miejsca pracy lub w stosunkach z otoczeniem (OECD, 2008, s. 53–54). Celem takiej innowacji może być osiągnięcie lepszych wyników poprzez redukcję kosztów administracyjnych lub kosztów transakcyjnych. Ważnym aspektem takiej innowacji jest podniesienie poziomu zadowolenia z pracy (a tym samym wydajności pracy). Wyróżnikiem innowacji organizacyjnej w zestawieniu z innymi zmianami organizacyjnymi w firmie jest zastosowanie takiej metody organizacyjnej (w przyjętych przez firmę zasadach działania, w organizacji miejsca pracy czy w stosunkach z otoczeniem), która nie była dotychczas stosowana w danej firmie i która wynika ze strategicznych decyzji podjętych przez jej kierownictwo. Innowacje organizacyjne w zakresie przyjętych przez firmę zasad działania (*business practices*) polegają na wdrażaniu nowych metod organizowania rutynowych działań i procedur regulujących pracę firmy. Może to być związane ze stosowaniem zasad „szczępego” zarządzania (*lean management*). Zastosowanie koncepcji lean management w zarządzaniu jednostkami opieki zdrowotnej będzie również traktowane jako innowacja społeczna w obszarze ochrony zdrowia. Klasyczna definicja Komisji Europejskiej definiuje innowacje społeczne jako rozwój i wdrażanie nowych pomysłów (odnoszących się do produktów, usług i modeli zarządzania) w celu spełnienia potrzeb społecznych i tworzenia nowych relacji społecznych i współpracy (European Commission, 2013, s. 6). Innowacja społeczna ma na celu przede wszystkim poprawę jakości życia społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem tych grup i obszarów, w których istnieje rzeczywista potrzeba innowacyjnych rozwiązań i podejmowania nowych inicjatyw społecznych¹.

Z pojęciem innowacji wiąże się pojęcie kreatywności, czyli zdolności twórczego myślenia, szeroko pojętej pomysłowości i elastyczności adaptacyjnej, skutkującej umiejętnością odnajdowania rzeczy twórczych, oryginalnych rozwiązań, które wykraczają poza przyjęte schematy (Drozdowski, Zakrzewska, Puchalska, Morchat, Mroczkowska, 2010, s. 112–113). Kreatywność jest zatem podstawą innowacyjności oraz ma olbrzymie znaczenie dla potencjału innowacyjnego zarówno obywateli, jak i organizacji (Wilmańska, 2010, s. 74).

Z postawami innowacyjnymi i kreatywnością w organizacji powiązane jest pojęcie ciągłego doskonalenia (*continuous improvement*).

¹ Szerzej na temat innowacji społecznych w Polsce: Kowalski (2015).

Ciągłe doskonalenie w kontekście innowacji definiowane jest w literaturze jako proces realizowany w całej organizacji, który skoncentruje się na ciągłych innowacjach przyrostowych. Zdolność organizacji do ciągłego doskonalenia będzie w tym wypadku postrzegana jako zdolność do uzyskania strategicznych korzyści poprzez szerokie zaangażowanie swoich członków w proces tworzenia innowacji (Bhuiyan, Baghel, 2005).

2. Lean management i ciągłe doskonalenie organizacji

Koncepcją zarządzania opartą na ciągłym doskonaleniu jest lean management. Jest ona zaliczana do nowych koncepcji zarządzania. Nazwa koncepcji pochodzi z języka angielskiego, jednak jej rodowód jest japoński. Lean management oznacza „odchudzone” lub „wyszczupłone” zarządzanie².

Po raz pierwszy pojęcia lean użyto w 1990 roku w książce *The Machine that Changed the World* autorstwa Womacka, Jonesa i Rossa. Stała się ona inspiracją do wdrażania metody w innych sekcjach działalności, innych krajach i dla kolejnych publikacji opisujących szczupłe zarządzanie – w pierwszej kolejności w przemyśle, a później także w usługach (szerzej na ten temat: Womack, Jones, Ross, 2008).

Z punktu widzenia lean management niezmiernie ważna jest eliminacja marnotrawstwa. Marnotrawstwo, z japońskiego *muda*, odnosi się do wszelkich działań niegenerujących wartości dodanej. Taichi Ohno, twórca Systemu Produkcyjnego Toyoty (TPS)³, wskazał siedem rodzajów marnotrawstwa typowych dla firmy produkcyjnej (Liker, 2005, s. 67–68).

1. Nadprodukcja [wykonywanie niepotrzebnych procedur diagnostycznych].
2. Czekanie (czas do dyspozycji) [oczekiwanie pacjentów na przyjęcie przez lekarza].
3. Zbędny transport lub przewóz [niewłaściwy układ placówki, np. laboratorium oddalone od SOR (Szpitalnego Oddziału Ratunkowego)].
4. Nadmierne lub niewłaściwe przetwarzanie [pieczątki z datą i godziną przystawiane na formularzach, które nie mają dla nikogo znaczenia].
5. Nadmierny stan zapasów [przeterminowane materiały, np. lekarstwa, które muszą być zutylizowane].

² Założenia koncepcji przedstawiono w pracach: Poznańska (1994), s. 16–17; Zimniewicz (2003), s. 68–69.

³ Szerzej na temat Systemu Produkcyjnego Toyoty: Ohno (2008).

6. Zbędne ruchy [aby wykonywać wszystkie niezbędne czynności pracownicy laboratorium muszą się niepotrzebnie schylać, chodzić z powodu nieodpowiednio zaprojektowanych stanowisk pracy, pomieszczeń].
7. Defekty [brak narzędzi na stoliku chirurgicznym].
8. Niewykorzystana kreatywność pracowników [pracownicy stają się wypaleni i przestają zgłaszać propozycje udoskonaleń].

Powyższe rodzaje marnotrawstwa utrudniają pracę szpitala i prowadzą do błędów i defektów medycznych⁴. Niepotrzebny transport pacjentów i materiałów wymaga dodatkowych wózków, łóżek, pościeli. Im większe zapasy, tym trudniej oddzielić materiały potrzebne od niepotrzebnych. Przedmioty przechowywane w dużych ilościach stają się przestarzałe i nie można ich wykorzystać, ponieważ straciły ważność. W wyniku zamieszania wywołanego przez zbędne zapasy międzyoperacyjne i awarie sprzętu dochodzi do błędów lekarskich i administracyjnych. Obecność zbędnych przedmiotów utrudnia właściwe wykorzystanie możliwości placówki (Jackson, 2015, s. 18). Według danych amerykańskiego instytutu IHI (Institute for Healthcare Improvement), działającego na rzecz usprawnienia opieki zdrowotnej w USA i na świecie, szacuje się, że 30–40% kosztów funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej stanowią koszty związane z wspomnianym już wcześniej marnotrawstwem *muda* (Chalice, 2007, s. 21). Innowacyjny i zarządzany zgodnie z zasadami lean management szpital to placówka, w której filozofia kaizen (ciągłego doskonalenia) jest elementem codziennych procesów i standardów wdrożonych w szpitalu.

Ciągłe doskonalenie możemy zdefiniować jako przedsięwzięcie podejmowane celem uzyskania dodatkowych korzyści zarówno dla organizacji, jak i jej klientów (w przypadku szpitala będą to pacjenci). Dotyczy to działań oraz produktów. Ideę doskonalenia sformułował Deming za pomocą koncepcji tzw. cyklu doskonalenia – PDCA. Jego podstawę stanowi opracowany plan działań (*Plan*) określający cel doskonalenia i ewentualne przeszkody jego osiągnięcia. Po wykonanych działaniach (*Do*), które zostały wcześniej dokładnie zaplanowane, wskazane jest sprawdzenie (*Check*) uzyskanych rezultatów. Jeżeli są one pozytywne, to należy planowane zmiany wprowadzić na stałe (*Act*) do procesu. Celem usuwania bieżących problemów nie należy prowadzić działań akcyjnych, lecz działania systematyczne (Hamrol, 2005, s. 113).

⁴ Standardowa lista została uzupełniana o przykłady marnotrawstwa zauważane w funkcjonowaniu jednostek opieki zdrowotnej.

W organizacji nastawionej na ciągłe doskonalenie możemy wyróżnić zachowania, które są postrzegane jako istotne postawy doskonalenia w organizacjach niezależnie od typu i wielkości (Bhuiyan, Baghel, 2005, s. 768):

- pracownik wykazuje świadomość i zrozumienie celów i zadań organizacji;
- poszczególne zespoły używają strategicznych celów organizacji i koncentrują się na nich w określaniu priorytetów działalności poprawy;
- w celu zachęcania i zaangażowania pracowników w działania doskonalące stosowane są mechanizmy aktywujące (np. szkolenia, praca zespołowa), są one monitorowane i rozwijane;
- bieżąca ocena zapewnia, że struktura organizacji, systemy i procedury, a także podejście i mechanizmy służące do opracowania programów doskonalących są stale wzmacniane i wspierają się wzajemnie;
- kierownicy wszystkich szczebli wyrażają aktywne zaangażowanie oraz przywództwo.

Przedstawione powyżej zachowania w organizacji zarządzanej zgodnie z filozofią kaizen muszą odnosić się również do jednostek opieki zdrowotnej, które chcą budować innowacyjną organizację nastawioną przede wszystkim na zapewnienie satysfakcji pacjentów i rozwój własnego personelu.

3. Wykorzystanie koncepcji lean management w szpitalach

Kluczem do eliminacji marnotrawstwa i poprawy efektywności oraz ciągłego doskonalenia organizacji jest odchudzone myślenie (*lean thinking*). „Odchudzone myślenie” umożliwia przede wszystkim uporządkowanie czynności tworzących wartość w optymalnej kolejności, przeprowadzenie tych czynności bez zakłóceń, kiedy jest na nie zapotrzebowanie, i coraz efektywniejsze ich wykonanie. Myślenie jest odchudzone, ponieważ stwarza możliwość wykonania coraz większej produkcji przy minimalnym wysiłku ludzkim, przy mniejszym zaangażowaniu maszyn i urządzeń oraz czasu i miejsca, a jednocześnie pozwala zbliżyć się do osiągnięcia celu, jakim jest dostarczenie klientom dokładnie tego, czego chcą (Womack, Jones, 2001, s. 17).

Womack i Jones zaznaczają, że początkiem dla odchudzonego myślenia jest zidentyfikowanie i pełne zrozumienie wartości: „Wartość może być zdefiniowana tylko przez końcowego użytkownika. Ma ona sens jedynie wtedy, gdy jest wyrażona w odniesieniu do określonego produktu (towaru lub usług, a często obu jednocześnie), zaspokajającego potrzeby klienta, przy określonej cenie, w określonym czasie” (2001, s. 18). W przypadku usług medycznych podstawową potrzebą klienta,

którą należy zaspokoić, jest poprawa zdrowia, troska o zdrowie, oczywiste jest, że cena często jest niewidoczna dla klienta (NFZ), czas powinien być jak najkrótszy.

Działania służące dodawaniu wartości (*value-added*, VA) to takie działania, które są wykonane prawidłowo za pierwszym razem, zmieniają produkt lub usługę w taki sposób, by klient był gotów za nie zapłacić. Odnosząc się do funkcjonowania szpitala, można podać przykład pacjenta zgłaszającego się z podejrzeniem złamania kości. Wartościowe będą działania służące bezpośrednio postawieniu diagnozy oraz leczeniu. Wartościowy będzie czas, jaki pacjent spędzi z lekarzem, ale jeśli będzie musiał powtarzać te same informacje kilku różnym osobom, to można uznać to za marnotrawstwo. Podobnie czas poświęcony na wykonanie i ocenę zdjęcia RTG będzie czasem wartościowym, ale czas, jaki pacjent musi poświęcić na oczekiwanie w poczekalni, będzie uznany za marnotrawstwo. Ewidentnie w tym przypadku klient (pacjent) jest gotów zapłacić za te działania. Biorąc pod uwagę kryterium prawidłowego wykonania za pierwszym razem danej czynności, jako marnotrawstwo można podać przepisywanie leków, na które pacjenci mają stwierdzoną alergię. Czas poświęcony na wypisanie i dostarczenie leku będzie stanowił czynności niedodające wartości (Graban, 2011, s. 44–47). W celu zidentyfikowania wszystkich czynności, które składają się na powstanie danego produktu/usługi, niezbędne jest dokonanie analizy strumienia wartości. Oznacza ona przedstawienie wszystkich działań niezbędnych w procesie powstawania produktu/usługi.

Po właściwym przeanalizowaniu strumienia wartości można zauważyć, że prawie zawsze w strumieniu wartości występują trzy rodzaje działań:

1. Działania tworzące wartość (VA).
2. Działania nietworzące wartości (*non-value-added*, NVA), ale niezbędne przy obecnych metodach pracy (Muda Typ Pierwszy).
3. Dodatkowe działania nietworzące wartości (NVA), które można natychmiast wyeliminować (Muda Typ Drugi).

W tabelach 1 i 2 przedstawiono przykłady działań dla różnych produktów oraz funkcji w procesach szpitalnych. Warto pamiętać, że jest to podział subiektywny, uzależniony od danych przepisów i uwarunkowań kulturowych. W polskich realiach często ograniczenia prawne nie pozwalają na całkowite wyeliminowanie czynności NVA, ale należy je uznać za takowe, analizując strumień wartości w danej placówce służby zdrowia.

Jak można zauważyć, podobnie jak w procesie produkcyjnym wiele z przedstawionych przykładów odnosi się do oczekiwania na wykonanie usługi. Przy mapowaniu strumienia wartości okazuje się często, że wartość dodana stanowi jedynie kilka procent czasu niezbędnego do prawidłowego wykonania usługi. W drugiej kolejności pojawia się zbędne przetwarzanie informacji albo wykonywanie na pacjencie

lub materiałach niepotrzebnych czynności. Z dwoma powyższymi wiąże się także zbędny ruch samego przetwarzania lub przemieszczania oczekujących w procesie elementów – ludzi, materiałów, informacji.

Tabela 1. Przykłady działań VA i NVA dla różnych produktów w procesach szpitalnych

Oddział	Produkt	Działania VA	Działania NVA
Oddział ratunkowy	Pacjent	Udzielanie pomocy lub leczenie	Oczekiwanie na przyjęcie przez lekarza
Laboratorium	Próbka preparatu	Wirowanie lub badanie	Oczekiwanie w ramach partii próbek
Apteka	Recepta	Przygotowanie lub komponowanie leku	Wielokrotne kontrole i weryfikacja
Sterylizatornia	Sterylizowane instrumenty	Czas sterylizacji instrumentów	Ciągła sterylizacja nieużywanych instrumentów tylko dlatego, że są częścią standardowego zestawu
Usługi żywieniowe	Taca z posiłkiem dla pacjenta	Czas przygotowania i zestawienia posiłku	Poprawka spowodowana niewłaściwym zestawieniem posiłku dla pacjenta

Źródło: Graban (2011), s. 49.

Tabela 2. Przykłady działań VA i NVA dla różnych funkcji w różnych oddziałach szpitalnych

Oddział	Funkcja	Przykład działania VA	Przykład działania NVA
Blok operacyjny	Chirurg	Operacja na pacjencie	Oczekiwanie na spóźnioną procedurę lub wykonywanie niepotrzebnych działań
Apteka	Farmaceuta	Tworzenie leku według recepty	Ponowne przetwarzanie leków zwróconych z oddziałów szpitalnych
Oddział wewnętrzny	Pielęgniarka	Wydawanie lekarstw pacjentom	Kopiowanie informacji z jednego systemu komputerowego do innego
Radiologia	Radiolog	Wykonanie rezonansu magnetycznego	Wykonywanie nieuzasadnionych badań z punktu widzenia medycznego
Laboratorium	Technik medyczny	Interpretacja wyników badań	Naprawa zepsutego instrumentu

Źródło: Graban (2011), s. 48.

Lean management jest niewątpliwie związane z poprawą efektywności operacyjnej szpitali. Ograniczone środki i niemal z góry ograniczona strona przychodowa szpitali (przynajmniej w przypadku jednostek bazujących na limitowanych kontraktach NFZ) sprawiają, że jest to optymalny kierunek zmian.

Literatura z zakresu wdrożeń koncepcji lean prezentuje najważniejsze korzyści, jakie osiągnie jednostka opieki zdrowotnej, i pułapki, z jakimi mogą zetknąć się menedżerowie tych jednostek podczas wdrażania lean management (Chiarini, Baccarani, 2016). W celu uniknięcia przedstawionych poniżej pułapek menedżerowie jednostek opieki zdrowotnej powinni dążyć do stymulowania wśród zachowania w organizacji istotnych postaw doskonalenia, które zostały zaprezentowane we wcześniejszej części artykułu.

Do głównych korzyści wynikających z wykorzystania koncepcji lean można zaliczyć:

- wzrost satysfakcji pacjentów,
- skrócenie czasu przebywania pacjenta w szpitalu,
- skrócenie czasu oczekiwania na zabiegi,
- poprawę gospodarki i finansów szpitala,
- redukcję błędów,
- redukcję zapasów,
- zwiększenie motywacji i poczucia odpowiedzialności,
- identyfikację z grupą i budowę zaangażowanych zespołów,
- wzrost komunikacji wewnętrznej.

Mankamenty stojące przed menedżerami w związku z wdrożeniem koncepcji lean to:

- brak zaangażowania średniego kierownictwa,
- brak poparcia politycznego,
- trudności pomiaru poprawy wyników finansowych,
- niepełne zaangażowanie i świadomość pracowników,
- przenoszenie typowej strategii produkcji,
- przenoszenie agresywnej strategii redukcji kosztów,
- nieskuteczna komunikacja wewnętrzna,
- nie wszystkie narzędzia odpowiednie do opieki zdrowotnej,
- drogi pacjentów pomiędzy poszczególnymi zabiegami i oddziałami nie są ściśle zestandaryzowane (Chiarini, Baccarani, 2016).

W kontekście implementacji lean management w organizacji, w tym także w jednostce opieki zdrowotnej, działania osób zarządzających opierają się przede wszystkim na dwóch wspomnianych już wcześniej aspektach: eliminacji strat i kreowaniu wartości. Aktywność związana z usprawnieniami powinna skupiać się przede wszystkim na eliminacji strat, ciągłym doskonaleniu, ciągłym przepływie, systemie obiegu informacji i zespołach wielofunkcyjnych (Charron, Harrington, Voehl, Wiggin, 2015, s. 71–73).

Wdrożenie koncepcji lean management jest prezentowane w literaturze najczęściej na przykładzie sal operacyjnych. W portugalskim szpitalu Santo António Hospital sala operacyjna funkcjonuje w modelu lean (Imai, 2012, s. 321–323). W tworzeniu nowego innowacyjnego środowiska pracy kluczowe znaczenie miało zaangażowanie pracowników w projektowanie i wdrażanie usprawnień. Na początku zmian zespół lean składający się z dwunastu osób powiązanych z pracą na sali operacyjnej przyjrzał się każdemu procesowi z osobna. Stopniowo do zespołu były dołączane kolejne osoby z innych oddziałów i komórek organizacyjnych tak, że pod koniec w proces ciągłego doskonalenia zaangażowani zostali przedstawiciele wszystkich jednostek organizacyjnych. Nowe środowisko funkcjonujące zgodnie z zasadami lean management, w którym materiały i leki uporządkowano i przechowywano w ściśle określonych warunkach, zapewniło większą przestrzeń, co ułatwiło transport pacjentów. Wylimitowane zostały zbędne zadania, ograniczono też ilość prowadzonej dokumentacji. Procedury związane z przepływem pacjentów zostały usprawnione. Usprawnienie metod transportu i komunikacji z salowymi pozwoliło na eliminację opóźnień występujących w początkowej fazie zabiegu operacyjnego. Usprawnienia doprowadziły do stworzenia środowiska bardziej sprzyjającego świadczeniu usług zdrowotnych i mniej stresującego dla personelu. Praca zgodnie z zasadami kaizen miała wpływ na poziom zadowolenia pracowników szpitala. Poziom napięcia pracowników został również ograniczony. Krytyczna lista oczekujących skróciła się o 9%, a lista oczekujących dla pacjentów ambulatoryjnych – o 75%. Skrócenie kolejek nie było głównym celem projektu – było nim podniesienie jakości wykonywanych usług dzięki większej ilości czasu, jaki mógł być poświęcony poszczególnym pacjentom. Taka zmiana została uznana za przeobrażenie kultury organizacyjnej. Ludzie zostali docenieni, a innowacyjne pomysły i usprawnienia procesów w szpitalu stały się nieodłącznym elementem kultury organizacyjnej szpitala.

Kolejny przykład implementacji koncepcji lean management dotyczy Polski – Regionalnego Centrum Nefrologii w Szczecinku (Złotowska, 2016). Głównym motywem podjęcia aktywności w zakresie implementacji koncepcji lean management w zarządzaniu szpitalem był brak optymalnego zarządzania procesami zachodzącymi w jednostce. Jako główny cel postawiono sobie zwiększenie bezpieczeństwa i satysfakcji pacjenta ze świadczonych usług. Występujące w miejscu pracy marnotrawstwo (nadmierne przetwarzanie, zbędny ruch, nadmierny stan zapasów, defekty, czekanie) nie sprzyjało tworzeniu wartości dodanej w procesach. Występowały opóźnienia w przygotowaniu stanowisk pracy, powodujące często uszkodzenia sprzętu medycznego (USG, EKGS, wagi), sprzęt był przestawiany z kąta w kąt, powodując dodatkowy wysiłek personelu w celu poszukiwania sprzętu i kontroli jego stanu technicznego. Dzięki usprawnieniu przepływu w magazynach, identyfikacji

produktów oraz utrzymywaniu zapasów na bezpiecznym i optymalnym poziomie udało się zmniejszyć ilość magazynowanych leków i sprzętu medycznego o 30% w odniesieniu rocznym, automatycznie przekładając to na oszczędności finansowe i zmniejszenie ilości leków przeterminowanych. Zmniejszyła się ilość uszkodzeń drogiego sprzętu o 50%, co wpłynęło na poprawę bezpieczeństwa realizowanych usług oraz zapewnienie ciągłości procesu. Analiza strumienia wartości pozwoliła zidentyfikować marnotrawstwo występujące w procesach, a następnie podjąć działania ukierunkowane na jego eliminację. Spowodowało to skrócenie czasu leczenia pacjenta i lepszą komunikację. Odnotowano również wzrost satysfakcji pacjenta o 20%.

Innowacyjna kultura, bezpośrednio związana z transformacją organizacji w kierunku lean management, jest zorientowana przede wszystkim na zmiany i wiąże się z gotowością działania w sytuacjach braku dostatecznej informacji oraz skłonnością do podejmowania ryzyka. Zazwyczaj takie organizacje łatwiej przystosowują się do zmian w otoczeniu, są elastyczne. Większą wagę przywiązuje się w nich do otwartości organizacji niż do jej stabilności. Przeciwnieństwem kultury innowacyjnej jest kultura konserwatywna, związana z redukowaniem niepewności, naciskiem na utrzymanie *status quo*, a zmiany traktuje się jako zagrożenie (Sułkowski, 2013).

Niebezpieczeństwo konserwatyzmu jest jednym z głównych zagrożeń kulturowych szpitali działających w warunkach dużej zmienności otoczenia. Orientacja konserwatywna sprzyja stabilności, jednak to zbyt silny konserwatyzm może być niebezpieczny dla każdego podmiotu. Organizacje konserwatywne izolują się od informacji i opierają zmianom, co wiąże się z tym, że są efektywne jedynie w warunkach znacznej stabilności sektora, a jednocześnie szpitale działają w zmiennych warunkach. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Sułkowskiego, szpitale odznaczają się w większości nieelastyczną kulturą organizacyjną. Szczególnie sztywne i konserwatywne są kultury organizacyjne dużych szpitali publicznych. Mniejsze szpitale, które przeszły proces restrukturyzacji, odznaczają się nieco większą elastycznością kultury organizacyjnej (Sułkowski, 2013, s. 89). Elastyczność organizacji to jedna z cech organizacji zarządzanych zgodnie z koncepcją lean management. Możemy więc sądzić, że wdrożenie innowacji organizacyjnej, jaką jest koncepcja zarządzania lean management, będzie napotykało na mniejszy opór w kulturze innowacyjnej nastawionej na zmiany.

Ważną barierą wdrażania lean management w jednostkach opieki zdrowotnej jest jej wąskie rozumienie i stosowanie. W praktyce słowo lean jest używane jako uniwersalne określenie działań ukierunkowanych na poszukiwanie oszczędności i ograniczenie kosztów. Zbyt mało uwagi zwraca się na znaczenie koncepcji lean management jako sposobu rozwijania organizacji. Koncepcja ta wspiera zyskowny

wzrost, umożliwia dostarczenie klientom poszukiwanej przez nich wartości w postaci produktów i usług o wymaganych cechach, poziomie, jakości, ilości, w wymaganym miejscu i czasie. Ograniczenie kosztów to efekt dodatkowy wdrożenia tej koncepcji (Grycuk, 2016, s. 78). Bariery w transformacji koncepcji lean są także częste zmiany kierownictwa, zwłaszcza gdy następcy nie kontynuują działań poprzedników.

Podsumowanie

Innowacje organizacyjne mogą istotnie wspierać innowacje w obrębie produktów i procesów, ale same również wywierają istotny wpływ na efektywność funkcjonowania organizacji. Zastosowanie koncepcji lean management w szpitalach może przyczynić się znacznie do podniesienia jakości i wydajności pracy, wyeliminować marnotrawstwo w procesach, zintensyfikować wymianę informacji oraz stworzyć przyjazne środowisko pracy.

Wdrożenie innowacji organizacyjnej, jaką jest koncepcja lean management, wymaga przede wszystkim elastycznej, otwartej na zmiany i kreowanie innowacji kultury organizacyjnej. W szpitalach charakteryzujących się kulturą konserwatywną może być utrudnieniem i dodatkowym wyzwaniem dla menedżerów. Podczas wdrażania koncepcji lean management fundamentalne znaczenie ma nowa interpretacja satysfakcji klienta pojawiającej się w organizacjach produkcyjnych i usługowych implementujących koncepcję lean. W kontekście jednostek opieki zdrowotnej powinno się używać pojęcia „pacjent”, którym często jest podatnik finansujący funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej. W takim przypadku lepiej jest używać określenia „zadowolenie pacjenta”, a nie „satysfakcja klienta”. Satysfakcja klienta związana będzie z minimalizowaniem występowania błędów lekarskich i administracyjnych w jednostkach opieki zdrowotnej.

Koncepcja lean management pozwala na jednoczesne obniżenie kosztów i czasu oczekiwania i przepływu pacjentów, co przekłada się na zadowolenie pacjentów. Na korzyści związane z zastosowaniem koncepcji lean management powinny zwrócić uwagę również polskie jednostki opieki zdrowotnej, jak NFZ i samorzady, będące niewątpliwie zainteresowane obniżeniem kosztów i skróceniem czasu oczekiwania pacjentów.

Literatura

- Bhuiyan, N., Baghel, A. (2005). An overview of continuous improvement: from the past to the present. *Management Decision*, 5 (43), 761–768.
- Chalice, R. (2007). *Improving Healthcare Using Toyota Lean Production Methods. 46 Steps for Improvement*. Milwaukee: ASQ Quality Press.
- Charron, R., Harrington, H.J., Voehl, F., Wiggin, H. (2015). *The lean management systems handbook*. Boca Raton: CRC Press.
- Chiarini, A., Baccarani, C. (2016). TQM and lean strategy deployment in Italian hospitals. Benefits related to patient satisfaction and encountered pitfalls. *Leadership in Health Services*, 4 (29), 377–391.
- Drozdowski, R., Zakrzewska, A., Puchalska, K., Morchat, M., Mroczkowska, D. (2010). *Wspieranie postaw proinnowacyjnych przez wzmacnianie kreatywności jednostki*. Warszawa: PARP.
- European Commission (2013). *Guide To Social Innovation*. Brussels: European Commission.
- Graban, M. (2011). *Lean Hospitals. Doskonalenie szpitali*. Wrocław: Wydawnictwo ProdPublishing.
- Grycuk, A. (2016). Bariery w stosowaniu koncepcji lean management. *Kwartalnik Nauk o Przedsiębiorstwie*, 3, 72–79.
- Hamrol, A. (2005). *Zarządzanie jakością z przykładami*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Imai, M. (2012). *Gemba Kaizen. Zdroworozsądkowe podejście do zarządzania*. Warszawa: Wydawnictwo MT Biznes.
- Jackson, T.L. (2015). *5S w służbie zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo ProdPublishing.
- Kowalski, A.M. (2015). Rozwój innowacji społecznych. Polska na tle innych państw UE. W: M.A. Weresa (red.), *Polska. Raport o konkurencyjności 2015. Innowacje a pozycja konkurencyjna polskiej gospodarki w latach 2007–2014* (s. 277–301). Warszawa.
- Liker, J.K (2005). *Droga Toyoty*. Warszawa: Wydawnictwo MT Biznes.
- OECD (2008). *Podręcznik Oslo. Zasady gromadzenia i interpretacji danych dotyczących innowacji*. Wydanie polskie. Warszawa: MNiSW.
- Ohno, T. (2008). *System Produkcyjny Toyoty. Więcej niż produkcja na dużą skalę*. Wrocław: Wydawnictwo ProdPublishing.
- Poznańska, K. (1994). Lean Management. *Ekonomika i Organizacja Pracy*, 1, 16–17.
- Schumpeter, J. (1960). *Teoria rozwoju gospodarczego*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Sułkowski, Ł. (2013). Zmiana kulturowa w polskich szpitalach – wyniki badań. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 10/1 (14), 83–96.
- Wilmańska, A. (red.) (2010). *Innowacyjność 2010. Raport*. Warszawa: PARP.
- Womack, J.P., Jones, D.T. (2001). *Odchudzanie firm. Eliminacja marnotrawstwa – kluczem do sukcesu*. Warszawa: Wydawnictwo CIM.

- Womack, J.P., Jones, D.T., Ross, D. (2008). *Maszyna, która zmieniła świat*. Wrocław: Wydawnictwo ProdPublishing.
- Zimmewicz, K. (2003). *Współczesne koncepcje i metody zarządzania*. Warszawa: PWE.
- Złotowska, K. (2016). *Lean healthcare w ochronie zdrowia – pierwszy projekt w Polsce*. Pobrano z: <http://www.leanhospitals.pl/2016/09/18/lean-healthcare-w-ochronie-zdrowia-pierwszy-projekt-w-polsce> (2.04.2016).

Cytowanie

- Janiszewski, J.M. (2017). Lean management jako innowacja organizacyjna w szpitalach. *Europa Regionum*, 2 (XXXI), 79–92. DOI: 10.18276/er.2017.31-06.