Przegląd narzędzi do oceny przywództwa w rynkowym systemie opieki zdrowotnej

Review of tools for evaluation of leadership in market economy health care system

Lidia Sierpińska

1 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ, 20 - 904 Lublin,
Al. Racławickie 23

AUTOR DO KORESPONDENCJI:
Lidia Sierpińska
1 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ
20 – 904 Lublin
Al. Racławickie 23
tel. (081) 718 32 97
tel. kom: 507 810 339
fax. (081) 718 32 77
e – mail: Sierpinska1@wp.pl

STRESZCZENIE

PRZEGLĄD NARZĘDZI DO OCENY PRZYWÓDZTWA W RYNKOWYM SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

Cel pracy. przedstawienie narzędzi do oceny skuteczności przywództwa w zakładach opieki zdrowotnej na podstawie piśmiennictwa światowego.

Wyniki. Z przeprowadzonej analizy wynika, że skala LPC (*Least Perferrd Co – worker*) pozwala ocenić umiejętności kandydata na stanowisko kierownicze oraz jego cechy osobowości przydatne w zarządzaniu organizacją. Z punktu widzenia umiejętności komunikowania znana jest skala SRLS (*Socially Resposible Landership Scale*), przy pomocy której oceniana jest sprawność kierowniczej kadry w kontaktach międzyludzkich. W piśmiennictwie światowym podaje się, że do oceny efektywności przywództwa kierowniczej kadry organizacji może posłużyć kwestionariusz LFQ 360º (*Leadership Fokus Questionnaire 360º*). W ocenie wymiaru przywództwa w sektorze usługowym może być pomocne narzędzie QLP (*Quality Leadership Profil*). Poprzez kwestionariusz QLP można określić pozycję lidera w grupie, jego kompetencje oraz wytyczyć kierunki jego rozwoju zawodowego. Skutecznych i nieskutecznych liderów na wszystkich szczeblach organizacyjnych, ich cechy osobowości i styl przywództwa można zróżnicować przy pomocy narzędzia MLQ (*Mulifactor Leadership Questionnaire*). Wymiar przywództwa w zakładach opieki zdrowotnej można ocenić przy pomocy kwestionariusza LBDQ (*Leader Behavior Description Questionnaire*). Narzędziem do oceny sprawności przywództwa może posłużyć skala MBNQA (*Malcolm Baldrige National Quality Awad*). Efektywność przywództwa kierowniczej kadry pielęgniarskiej, jej umiejętności komunikowania można ocenić skalą MSQ (*Management Survey Questionnaire*). Zaś optymalnym narzędziem do oceny poszczególnych elementów postępowania lidera jest kwestionariusz ALQ (*Authentic Leadership Questionnaire*).

Wnioski. Z przeglądu narzędzi do oceny efektywności przywództwa wynika, że optymalnym jest ALQ (*Authentic Leadership Questionnaire*).

Słowa kluczowe: **narzędzia do oceny przywództwa, jakość opieki, zarządzanie jakością**

ABSTRACT

REVIEW OF TOOLS FOR EVALUATION OF LEADERSHIP IN MARKET ECONOMY HEALTH CARE SYSTEM

Objective. The objective of the study was the presentation of tools for the evaluation of the effectiveness of leadership in health care units based on international literature.

Results. The analysis conducted showed that the LPC scale (*Least Preferred Co-worker*) allows the assessment of the skills of an applicant to a managerial position, and his/her personality traits useful in the management of an organization. From the aspect of communication skills the SRLS scale is known (*Socially Responsible Leadership Scale*) for the evaluation of the efficiency of managerial staff in interpersonal contacts. According to international literature reports, the effectiveness of managerial staff leadership may be assessed by means of the LFQ 360º questionnaire (*Leadership Focus Questionnaire 360º*). For the evaluation of the dimension of management in the sector of services the QLP tool may be useful (*Quality Leadership Profile*). By means of the QLP questionnaire leader's position in a group and his/her competences may be determined, as well as the directions of future occupational development. At all organizational levels effective and ineffective leaders, their personality traits and leadership style may be differentiated by means of the MLQ tool (*Multifactor Leadership Questionnaire*). The dimension of leadership in health care units may be evaluated with the use of the LBDQ questionnaire (*Leader Behaviour Description Questionnaire*). The effectiveness of leadership may also be assessed by means of the MBNQA scale (*Malcolm Baldrige National Quality Award*), while the effectiveness of leadership of nursing managerial staff and their communication skills - with the use of the MSQ scale (*Management Survey Questionnaire*), whereas the ALQ questionnaire (Authentic Leadership Questionnaire) is the optimum tool for the evaluation of individual elements of leader's conduct.

Conclusions. The optimum tool for the evaluation of individual elements of leader's conduct is the ALQ questionnaire (Authentic Leadership Questionnaire).

Key words: leadership evaluation tools, quality of care, quality management

Praca zaprezentowana w sesji plakatowej na Międzynarodowej Konferencji Naukowej pod hasłem „Europejski wymiar kształcenia i praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych", która odbyła się w dniach 15 – 17 października 2009 roku w Lublinie z okazji Jubileuszu 40 – lecia Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

WPROWADZENIE

Wdrożenie nowych systemów zarządzania jakością w polskich zakładach opieki zdrowotnej jest zdeterminowane prawami rynku oraz koniecznością dostosowywania stylu zarządzania w krajowych instytucjach opieki zdrowotnej do norm i uwarunkowań europejskich.

Istotną rolę we wdrażaniu systemów zarządzania jakością usług w opiece nad chorym pełni kierownicza kadra. Jej sprawność, efektywność w zarządzaniu warunkuje podnoszenie poziomu świadczeń zdrowotnych i satysfakcji pacjentów z opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej.

W piśmiennictwie wskazuje się, że przywództwo ma wpływ na funkcjonowanie organizacji w szerokim aspekcie. Styl przywództwa warunkuje relacje miedzy liderem a podwładnymi. Wpływa na efektywne motywowanie pracowników, na racjonalne gospodarowanie zasobami i sprawne komunikowanie [1]. Zdaniem Druckera skuteczne przywództwo jest rodzajem pracy menedżera, które spełnia warunki:

- Jest pracą polegającą na myśleniu w kategoriach misji organizacji. Do zadań lidera należy wyznaczanie wizji, celów, priorytetów działania, dbałość o przestrzeganie standardów.
- Postrzeganie przywództwa jako odpowiedzialności, a nie pozycji i przywilejów. Skuteczny przywódca jest odpowiedzialny za działania swoich współpracowników, ich porażki a sukcesy uważa za swoje. Najważniejszym zadaniem przywódcy jest pobudzanie energii zespołu i promowanie wizji. Za porażkę przywódcy można uważać upadek organizacji po jego odejściu, a za sukces – dalszy jej rozwój i kontynuowanie zaszczepionych wizji.
- Skuteczny przywódca musi pozyskać zaufanie swojego zespołu, gdyż przywódca bez zwolenników przestaje nim być. Zaufanie to wiara w to, że deklarowane działania i przekonania lidera są zgodne z tym, co jest konsekwentnie realizowane [2].

Umiejętności przywódcy winny ewaluować wraz ze zmianami zachodzącymi w organizacji. Sukces organizacji w dużej mierze zależy od osobowości lidera, jego kreatywnej postawy, wizji rozwoju organizacji. Kuc, cechy wizjonerskiego lidera scharakteryzował następująco:

1. Poszukiwanie doskonałości, dostrzeganie różnicy między tym, jak rzeczy są robione obecnie, a tym jak można by je poprawić;
2. Nastawienie na działania – woli raczej mówić niż pisać czy opracowywać graficzne schematy;
3. Umiejętność dobrego komunikowania się z podwładnymi;
4. Skłonność do podejmowania skalkulowanego ryzyka;
5. Chęć nieustannego doskonalenia;
6. Niezależność – słucha i obserwuje, lecz podejmuje własne decyzje;
7. Ukierunkowanie na osiągnięcia;
8. Wrażliwość na wyrazy uznania;
9. Optymizm – jest przekonany, że świat jest pełen możliwości, że większość rzeczy jest możliwa do zrobienia [3].

Brak silnego przywódcy w organizacji oznacza stagnację i prowadzi do osłabienia lub utraty pozycji, a potem wypadnięcie z rynku.

Na podstawie przeprowadzonych badań udowodniono, że utrzymanie wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej zależy od skutecznego przywództwa kierowniczej kadry zakładów opieki zdrowotnej. To zjawisko występowało w połowie lat 90. w Kolumbii Brytyjskiej, gdzie zredukowano liderów pielęgniarstwa w ramach zmniejszania kosztów szpitali. Wówczas przywództwo w pielęgniarstwie, działania decyzyjne liderów nie zostały właściwie wycenione w kosztach funkcjonowania instytucji. Po kilku latach okazało się, że w szpitalach nastąpił spadek poziomu opieki pielęgniarskiej. Dlatego też pod koniec lat 90. przystąpiono do odbudowy struktur kierowniczej kadry pielęgniarskiej [4, 5].

Przywództwo należy rozpatrywać w kategoriach indywidualnych cech lidera, jego zachowań, wzorców interakcji, wpływu na podwładnych i zwolenników, na zadania, na kulturę organizacji. Jest to zdolność i gotowość do inspiracji, do przewodzenia i zarządzania innymi. Przywództwo jest postrzegane jako proces, który obejmuje zadania strategii grupy lub organizacji i wpływa na ludzi w organizacji aby efektywnie zrealizować zadania wynikające z wytyczonej strategii [6].

CEL PRACY

Przedstawienie narzędzi do oceny skuteczności przywództwa w zakładach opieki zdrowotnej na podstawie piśmiennictwa światowego.

WYNIKI BADAŃ

Fiedler twierdzi, że wymiar przywództwa jest uwarunkowany cechami osobowości lidera, stopniem wpływu lidera na podwładnych oraz zdolnościami do motywacji podwładnych przez nagrody i kary. Jego zdaniem kandydaci na stanowisko kierownicze powinni być poddani ocenie za pomocą zweryfikowanego narzędzia. W tym celu Fiedler w 1967 roku opracował skalę LPC (*Least Preferrd*

Co - worker). Skala pozwala ocenić umiejętności kandydata na stanowisko kierownicze oraz jego cechy osobowości przydatne w zarządzaniu organizacją. Ponadto posługując się skalą LPC w ocenie lidera można określić jego styl przywództwa; orientację na zadania, na pracowników; relacje między liderem a podwładnymi, pozycję lidera w grupie [7].

Przywództwo jest istotnym elementem doskonalenia jakości pracy produkcyjnej niematerialnych usług. W prowadzonych badaniach naukowych dotyczących podnoszenia efektywności przywództwa kierowniczej kadry w organizacji, uwzględniono umiejętności interpersonalne. Opracowywano i zmodyfikowano narzędzia oceny wymiaru przywództwa z punktu widzenia umiejętności komunikowania. W piśmiennictwie zachodnim znana jest skala SRLS (*Socially Resposible Landership Scale*). Przy pomocy skali SRLS oceniana jest sprawność kierowniczej kadry w kontaktach międzyludzkich [8].

W piśmiennictwie światowym podaje się, że do oceny efektywności przywództwa kierowniczej kadry organizacji może posłużyć kwestionariusz LFQ 360° (*Leadership Focus Questionnaire 360°*). Kwestionariusz zawiera 12 grup kompetencji, a w tym 68 pozycji dotyczących cech osobowości, m.in. umiejętności podejmowania decyzji, motywacji podwładnych, planowania i organizowania, komunikowania, zarządzania czasem, zarządzania zmianą, delegowania zadań, rozwiązywania problemów. Kwestionariusz cechuje podwójna skala, tzn. lider najpierw sam dokonuje samooceny swoich cech zachowania. Niezależnie od niego ocenia go sześć lub więcej anonimowych osób, np. kolega, podwładny, klient, dostawca [9]. Kwestionariusz LFQ 360 ° jednak nie znalazł zastosowania wśród kierowniczej kadry zakładów opieki zdrowotnej.

W ocenie wymiaru przywództwa w sektorze usługowym może być pomocne narzędzie QLP (*Quality Leadership Profil*) opracowane przez pracowników australijskiego uniwersytetu w 1994 roku. Poprzez zastosowanie kwestionariusza QLP można uzyskać miarodajne wyniki z samooceny kierownika oraz porównać je z opiniami otoczenia, np. współpracowników, dostawców, usługobiorców. Przy pomocy kwestionariusza QLP można określić pozycję lidera w grupie, jego kompetencje oraz wytyczyć kierunki jego rozwoju zawodowego [10].

Do oceny cech lidera i śledzenia zmian w jego stylu przywództwa może posłużyć narzędzie MLQ (*Multifactor Leadership Questionnaire*). Przy pomocy kwestionariusza MLQ można zróżnicować skutecznych i nieskutecznych liderów na wszystkich szczeblach organizacyjnych. Z uwagi na to, że kierownicza kadra odgrywa kluczową rolę we wdrażaniu systemu zarządzania jakością według normy ISO 9000:2000, w Zjednoczonych Emiratach Arabskich podjęto próbę określenia stylu przywództwa, by ocenić który styl, sposób zachowania lidera wspiera wdrażanie systemu jakości. W ocenie stylu przywództwa posłużono się kwestionariuszem MLQ. Wówczas rozpoznano, że unikanie podejmowania decyzji, jako styl preferowany przez osoby o niskim poziomie asertywności - utrudnia wdrażanie systemu zarządzania jakością ISO 9000:2000 [11]. Kwestionariusz MLQ był szeroko stosowany na całym świecie (poza Polską) z uwagi na to, że uwzględnia dziewięć aspektów przywództwa. Badanie skuteczności przywództwa kierowniczej kadry w zakładach opieki zdrowotnej przy pomocy kwestionariusza MLQ przeprowadziła profesor pielęgniarstwa Carol w Kanadzie. Celem badań było rozpoznanie stylu pracy kierowniczej kadry pielęgniarskiej, aby rozpoznać jakie cechy liderów pielęgniarstwa warunkują utrzymanie pielęgniarek w pracy [12].

Aby uchwycić wymiar przywództwa Hemphill i Coons opracowali już w XX. wieku (w 1950 roku) nadal stosowany kwestionariusz ankiety LBDQ (*Leader Behavior Description Questionnaire*). Kwestionariusz LBDQ jest narzędziem do oceny zachowania lidera lub liderów w każdym rodzaju grupy lub organizacji pod warunkiem, że osoba oceniająca lidera miała okazję obserwować lidera w działaniu w swojej grupie. Przegląd piśmiennictwa dowodzi, że kwestionariusz LBDQ był wykorzystywany w zakładach opieki zdrowotnej do oceny skuteczności przywództwa kierownika zespołu resuscytacji w czasie akcji reanimacyjnej [13].

W 1987 r. z inicjatywy Malcolm Baldrige (Sekretarza Handlu w USA) opracowano narzędzie MBNQA (*Malcolm Baldrige National Quality Awad*) do oceny przedsiębiorstw wszystkich branż aby określić ich osiągnięcia oraz jakość ich produktów lub usług w celu przyznania im nagrody jakości [14]. Od 1995 roku w USA zostały rozpoczęte prace w celu ustalenia kryteriów oceny jakości zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej. Zaś w 2001 roku w USA pojawiła się pilna potrzeba zastosowania kwestionariusza w zakładach opieki zdrowotnej, gdyż wydatki na opiekę zdrowotną wzrosły aż 10%. Na to złożyły się wymagania pacjentów, wzrost liczby wykonywanych badań diagnostycznych, zabiegów medycznych oraz koszty leków. Na wzrost kosztów utrzymania szpitala miały także wpływ: rozwój nowych technologii medycznych i metod leczenia, starzenie się ludności, regulacje prawne związane z organizacją opieki zdrowotnej, wymagania płacowe pracowników medycznych. W rezultacie w szpitalach w USA zintensyfikowano prace w celu obniżenia kosztów usług przy jednoczesnej poprawie jakości świadczeń medycznych i podnoszenia poziomu satysfakcji pacjentów z opieki szpitalnej. Dlatego też w 2001 r. aż w 220 amerykańskich szpitalach dokonano oceny zarządzania jakością przy pomocy skali MBNQA. Otrzymano wyniki istotne statystycznie. Na przykład rozpoznano, że przywództwo (I grupa kryteriów) ma znaczący związek z satysfakcją hospitalizowanych pacjentów (klientów). Narzędzie do oceny sprawności zarządzania zakładem opieki zdrowotnej przedsiębiorstwa zawiera siedem grup kryteriów w obszarach:

1. Przywództwo *(Leadership).*
2. Planowanie strategiczne *(Strategic Planing).*
3. Koncentracja na pacjencie i innych klientach, na rynku *(Focus on Customer & Markets).*
4. Pomiar, analiza i zarządzanie wiedzą (*Measurement, Analysis and Knowlede Management*).
5. Koncentracja na zasobach ludzkich *(Human Resource Focus).*
6. Proces zarządzania *(Process Management).*
7. Wyniki organizacyjnej skuteczności *(Organizational Performance Resulth)* [15].

W odniesieniu do oceny przywództwa narzędziem MBNQA, ta grupa kryteriów jest na pierwszym miejscu, gdyż przywództwo jest niezbędne do osiągnięcia sukcesu w każdej branży. Lider musi znać techniki zarządzania i być innowacyjny, kreatywny [16].

W piśmiennictwie napotkano na doniesienia, że ww. narzędziem na świecie oceniano wymiar przywództwa kierowniczej kadry (lekarzy i pielęgniarek) zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej. Przesłanką badań były wysokie koszty utrzymania zakładów opieki zdrowotnej, wdrażanie nowych technologii medycznych, potrzeba monitorowania jakości usług, przestrzeganie standardów opieki nad chorym. W badaniach wymiaru przywództwa kierowniczej kadry medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, przy pomocy narzędzia MBNQA, uwzględniano również fakt, że zapewnienie jakości opieki nad chorym warunkuje wysoki poziom satysfakcji pacjentów z udzielanych świadczeń; że pacjent jest w centrum organizacji opieki, a kierownicza kadra w swoich działaniach winna koncentrować się na zaspakajaniu potrzeb swoich podopiecznych. Na podstawie badań prowadzonych w Columbii stwierdzono, że skuteczne przywództwo liderów pielęgniarstwa jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na zachowania, postawy pielęgniarek oraz na utrzymanie wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej [17]. Wyniki kompleksowych badań zarządzania szpitalami w Tajwanie, przy pomocy kryteriów narzędzia MBNQA, potwierdziły, że przywództwo jest istotnym elementem doskonalenia jakości usług oraz dostarczyły kierowniczej kadrze cennych wskazówek w zakresie poprawy jakości świadczeń medycznych. W koreańskich szpitalach przy pomocy skali MBNQA zbadano, że umiejętności podejmowania decyzji kierowniczej kadry szpitali warunkują stopień ciągłej poprawy jakości świadczeń zdrowotnych [18].

Kolejnym przykładem zastosowania narzędzia do oceny przywództwa jest skala MSQ (*Management Survey Questionnaire*), opracowana przez Shortell. Przy pomocy kwestionariusza MSQ oceniano efektywność przywództwa kierowniczej kadry pielęgniarskiej w 32 domach opieki nad osobami starszymi w Kolorado. Z badań wynika, że efektywność przywództwa pielęgniarek w badanych organizacjach warunkuje poprawę klimatu organizacyjnego, wysoki poziom kultury organizacji, a to zaś zależy od jakości komunikowania się menedżerów pielęgniarstwa [19].

Z przeglądu narzędzi do oceny efektywności przywództwa wynika, że optymalnym kwestionariuszem jest ALQ (*Authentic Leadership Questionnaire*). Kwestionariusz ALQ jest narzędziem opracowanym przez zespół pracowników Instytutu Gallupa. Zastosowano go do oceny poszczególnych elementów postępowania lidera, które składają się na autentyczne przywództwo. Pytania w kwestionariuszu są usystematyzowane tematycznie w czterech grupach przy pomocy, których można uzyskać odpowiedzi na poniższe kwestie:

- Do jakiego stopnia lider jest świadomy swoich mocnych i słabych stron, jak inni go postrzegają i jaki wpływ wywiera na innych?
- Do jakiego poziomu lider motywuje innych w zakresie zgłaszania swoich pomysłów, podejmowania wyzwań, wyrażania swoich opinii?
- Do jakiego stopnia lider prezentuje wysoki standard moralnego i etycznego postępowania?
- Do jakiego stopnia wyrażanie opinii i punktów widzenia przez lidera jest wystarczające przed podjęciem ważnych decyzji?

Zdaniem pracowników naukowych badających procesy przywództwa nabycie tych czterech wymiarów przywództwa, jest ciągłym procesem rozwoju lidera [20].

DYSKUSJA

Wśród wielu zaprezentowanych narzędzi badawczych do pomiaru przywództwa najcenniejsze z punktu widzenia celu pracy są te, które mogą być zastosowane w zakładach opieki zdrowotnej. Należą do nich miedzy innymi narzędzie QLP, które określa pozycję przywódcy w grupie.

Cennym narzędziem z punktu widzenia doskonalenia jakości opieki w systemie opieki zdrowotnej jest kwestionariusz MLQ, przy pomocy którego prowadzono badania w zakresie nad rozpoznaniem stylu przywództwa kierowniczej kadry pielęgniarskiej.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że już ponad 60. lat temu opracowano narzędzie do oceny wymiaru przywództwa LBDQ, które miało na celu ocenę skuteczności kierownika w kierowaniu zespołem reanimacyjnym.

Z punktu widzenia opieki pielęgniarskiej a także stabilizacji kosztów funkcjonowania zakładów opieki medycznej przydatne jest narzędzie MBNQA.

Przegląd piśmiennictwa zdecydowanie wskazuje, ze najbardziej optymalnym narzędziem do pomiaru przywództwa w zarządzaniu podsystemem pielęgniarstwa jest kwestionariusz ALQ.

WNIOSKI

1. Przegląd piśmiennictwa naukowego dowodzi, że jest wiele wystandaryzowanych narzędzi do oceny wymiaru przywództwa.
2. Optymalnym kwestionariuszem do oceny efektywności przywództwa w systemie zdrowotnym jest ALQ (*Authentic Leadership Questionnaire*).
3. Zastosowanie powyższego kwestionariusza ALQ w krajowych warunkach dla potrzeb oceny wymiaru przywództwa kierowniczej kadry pielęgniarskiej wymaga przeprowadzenia procesu walidacji narzędzia badawczego.

PIŚMIENNICTWO

1. Blanchard K. Przywództwo wyższego stopnia. Blanchard o przywództwie i tworzeniu efektywnych organizacji. Wyd. 1, PWN, Warszawa 2007
2. Drucker PF. Myśl przewodnia Druckera. MT Biznes, Warszawa 2002
3. Kuc BR. Od zarządzania do przywództwa. Wydawnictwo Menedżerskie PTM, Warszawa 2004
4. Heather M. Nursing Leadership. Nursing British Columbia 2005; 1: 852
5. MacDonald M, Regan S, Davidson H (et al). Knowledge translation to advance the nurse practitioner role in British Columbia. Healthcare Policy/Politiques de Santé 2006; 1(2): 80 – 89

6. Farahbakhsh BS. Leadership in educational administration: concepts, theories and perceptions 2007; 4(1): 4 – 12
7. Fiedler FE, Mahar L.The effectiveness of contingency model training: a revive of the validation of leader match. Personnel Psychology 1979; 32(1): 45 – 62
8. Yang YC. Effects of embedded strategies on promoting the use of self – regulated learning strategies in an online learning environment. Journal of Education Technology Systems 2005 – 2006; 34(3): 257 – 269
9. Hautala T M. The relationship between personality and transformational leadership. Journal of Management Development 2006; 25(8): 777 – 797
10. Mark E. The QLP can be used for individual leadership development and asa source of dat. Career Development International 1996; 1: 3
11. Naceur J, Ghesyah AI, Abdullab H. Leadership Style ISO 9000:2000 Supporting 2005;12(1): 21 – 29
12. Carol K S. Leadership and retention: Research needed. Journal of Nursing 2004; 34(3): 111 – 113
13. Cooper S. Leadership of resuscitation teams: „Lighthouse Leadership". Resuscitation 1999; 42(1): 27 - 45
14. Lau RSM, Zhao X, Xiao M. Assessing quality management in China with MBNQA criteria. International Journal of Quality & Reliability Management 2004; 21(7): 699 – 713
15. Mayer SM, Collier DA. An empirical test of the cause relationship in the Beldrige health care pilot criteria. Journal of Operations Management 2001; 19(4): 403 – 426
16. Ohldin A, Taylor R, Stein A, Garthwaite T. Enhancing vha`s mission to improve veteran health: Synopsis of vha`s Malcolm Baldrige Award Application. Quality Management Health care 2002; 10(4): 29 – 37
17. Mohr JJ, Aelson HT, Barach P. Creating effective leadership for improving patient safety. Quality Management in Health Care 2002; 11(10): 69 – 78
18. Sunheel L, Kui – Son Ch, Hye – Young K (et al). Assessing the factors influencing continuous quality improvement implementation: experience in Korea hospitals. International Journal for Quality in Health Care 2002; 14(5): 383 – 391
19. Scott – Cawiezell J, Main DM, Vojir C. Linking nursing home working conditions to organizational performance. Health Care Management Review 2005; 30(4): 372 – 380
20. Walumbwa FO, Avolio BJ, Gardner WL (et al). Authentic leadership: development and validation of a theory-based measure. Journal of Management 2008; 34(1): 89 – 126

Praca przyjęta do druku: 07.05.2010
Praca zaakceptowana do druku: 22.06.2010