

*Ryszard Rutka*

# Czynniki kształtujące styl kierowania w szpitalach

## Wprowadzenie

**S**tyl kierowania uznawany jest za jedną z najistotniejszych determinant decydujących o efektywności zarządzania zasobami ludzkimi.

Najogólniej rzecz ujmując, styl kierowania, to zespół metod oddziaływania na podwładnych, które mają skłonić ich do efektywnego działania na rzecz organizacji. Oddziaływania te mają na celu spełnienie dwóch podstawowych funkcji:

- ukierunkowanie działań podwładnych zgodnie z interesem organizacji,
- pobudzenie podwładnych do podejmowania wysiłków służących osiągnięciu celów organizacji.

Każdy kierownik, który chce sprawnie kierować, musi spojrzeć na kierowanie jak na proces społeczny i uświadomić sobie, że jego zadaniem jest nie tylko umożliwienie dokonania wyboru najlepszego wariantu działania podwładnych, lecz także zapewnienie warunków, które umożliwiłyby jego właściwe zrealizowanie.

Ważną cechą charakteryzującą styl kierowania jest sposób, w jaki wypracowana zostaje decyzja dotycząca podwładnego. Sytuacje, gdy podwładny pozbawiony jest wpływu na decyzje kierownicze dotyczące miejsca, czasu i sposobu jego działania nazywamy kierowaniem niepartycypacyjnym (autokratycznym). Gdy natomiast podwładny uczestniczy w tym procesie decyzyjnym w roli konsultanta lub pełnoprawnego partnera, nazywamy kierowaniem partycypacyjnym (szerzej np. [2], s. 287–296)

Ponieważ w teorii zarządzania dominuje pogląd o konieczności rozszerzenia zakresu kierowania partycypacyjnego, autor podjął badania nad możliwościami jego rozwoju w różnego rodzaju instytucjach.

Prowadzone od kilkunastu lat badania pozwoliły na ustalenie listy kilkunastu czynników, które wywierają istotny wpływ na styl kierowania<sup>1)</sup>. Lista ta posłużyła do opracowania arkusza diagnostycznego identyfikującego warunki pełnienia roli kierowniczej w badanym środowisku<sup>2)</sup>. Przy pomocy tego arkusza przeprowadzono badania wśród 196 osób pracujących w szpitalach na:

- naczelnich stanowiskach kierowniczych, tj. dyrektorów lub ich zastępców,
- stanowiskach ordynatorów lub równorzędnych w pionie lekarskim,
- stanowiskach kierowniczych w pionie pielęgniarskim,
- stanowiskach kierowniczych w pionach administracyjnych i pomocniczych.

Badania pozwoliły na ustalenie struktury czynników, które sprzyjają kierowaniu autokratycznemu lub

partycypacyjnemu na poszczególnych stanowiskach kierowniczych.

## Organizacyjne determinanty kierowania

### *Dysponowany czas na poszukiwanie rozwiązania problemu*

Presja czasu uznawana jest za jeden z najistotniejszych czynników skłaniających do autokratycznego podejmowania decyzji (por. np. [5], s. 78). Partycypacyjne formy kierowania uznawane są bowiem powszechnie za bardziej czasochłonne. Dysponując niewielką ilością czasu, kierownik sięga więc po rozwiązania znane mu osobiście i zweryfikowane przez niego w przeszłości. Presja czasu nie sprzyja więc twórczemu poszukiwaniu niestandardowych rozwiązań, które często są najistotniejszym źródłem sukcesu osiąganego na wyższych stanowiskach kierowniczych. Wśród badanych, 54% zajmujących naczelne stanowiska kierownicze, 59% ordynatorów, 64% pielęgniarek oddziałowych i przełożonych oraz 70% kadry kierowniczej służb pomocniczych twierdzi, że „nie ma czasu na poszukiwanie optymalnego rozwiązania problemu, co skłania do stosowania metod sprawdzonych lub doraźnie opracowanych, dających największą pewność ich skuteczności”. Niepokoić powinien tak wysoki odsetek odpowiedzi naczelnej kadry kierowniczej szpitali. Świadczy to o utrzymywaniu się jeszcze kultury organizacyjnej ukształtowanej w czasach gospodarki centralnie sterowanej oraz doraźności skutków jako głównego kryterium decyzyjnego. Placówki opieki zdrowotnej nie funkcjonują jeszcze w takich warunkach, które pozwoliłyby na skupienie się naczelnej kadry kierowniczej na zarządzaniu strategicznym. Z badań autora wynika, że podobna sytuacja występuje także w przedsiębiorstwach państwowych i jednoosobowych spółkach skarbu państwa.

### *Poziom identyfikacji kierowników z poleceniami wydawanymi przez ich przełożonych*

Partycypacyjne rozwiązanie problemów wymaga od przełożonego stosowania argumentacji jako formy przekonywania za jednym z rozwiązań i odwołania od akceptacji innych rozwiązań. Przełożony nie może bać się dyskusji z podwładnymi nad wytycznymi otrzymanymi od swoich zwierzchników. Musi więc znać i akceptować powody, które skłoniły jego zwierzchników do zajęcia takiego, a nie innego stanowiska.

Wśród badanych, 86% naczelnej kadry kierowniczej, 69% ordynatorów, 85% pielęgniarek oddziałowych i przełożonych oraz 70% kierowników służb administracyjnych i pomocniczych twierdzi, że zna i akcep-

tuje powody, które skłoniły ich zwierzchników do zajęcia takiego, a nie innego stanowiska. W zestawieniu tych danych niepokoi jednak to, że aż 31% ordynatorów unika dyskusji z podwładnymi na temat stanowiska zajętego przez ich szefów, ponieważ mają wątpliwości, czy jest ono racjonalne. Skala tego problemu może być jednym z podstawowych hamulców rozwoju partycypacyjnych stylów kierowania w tego rodzaju placówkach opieki zdrowotnej.

### **Stabilność warunków realizacji zadań**

Zdaniem 40% naczelnej kadry kierowniczej, 49% ordynatorów, 57% kierowniczego personelu pielęgniarskiego i ok. 50% kierowników służb pomocniczych i administracyjnych, ich podwładni pracują w zmiennych i niepowtarzalnych warunkach. Zaskakujące jest to, że im niższe stanowisko kierownicze, tym mniejsze przekonanie o możliwości standardowego zachowywania się swoich podwładnych. Tak wysoki odsetek naczelnej kadry kierowniczej (60%) przekonanej o tym, że podwładni pracują w ustabilizowanych, standardowych warunkach, nie sprzyja rozpowszechnianiu się stylów opartych na partycypacji podwładnych.

### **Możliwość spowodowania pożądanego zachowania podwładnych poprzez nadzór i instruktaż**

40% naczelnej kadry kierowniczej, 13% ordynatorów, 36% kierowniczego personelu pielęgniarskiego i 20% kierowników służb pomocniczych twierdzi, że „o moim powodzeniu na stanowisku kierowniczym w małym stopniu decydują stosunki z podwładnymi, ponieważ jestem w stanie spowodować pożądane działania podwładnych poprzez instruktaż i nadzór”. Za niepokojącą należy uznać sytuację, gdy wiara w instruktaż jest wyższa na najwyższych szczeblach władzy niż na szczeblach im podległych. Takie przekonania zaprzeczają zasadom racjonalności zarządzania, które jednoznacznie wskazują, że im bardziej złożona i mniej ustrukturalizowana jest praca podwładnych, tym mniejsza jest możliwość stosowania skutecznego nadzoru i kontroli narzuconych im sposobów działania.

### **OCzekiwane role kierownicze oraz warunki ich pełnienia**

#### **Rola nadzorcy czy rola gospodarującego zasobami ludzkimi**

Spośród badanej kadry kierowniczej szpitali, 67% naczelnej kadry kierowniczej, 51% ordynatorów, 50% kierujących służbą pielęgniarską i 50% kierowników służb pomocniczych i administracyjnych twierdzi, że oczekuje się od nich pełnienia roli polegającej przede wszystkim na wymuszeniu zgodności zachowań podwładnych z obowiązującymi procedurami lub wytycznymi zawartymi w poleceniach służbowych. Pozostała kadra twierdzi natomiast, że jej zadaniem jest jak najpełniejsze wykorzystanie wiedzy podwładnych. Konfrontując te wyniki z fragmentem dotyczącym nadzoru i instruktażu należy stwierdzić, że przełożeni oczekują instruktażowych zachowań podwładnych nawet wówczas, gdy ci drudzy mają świadomość ich

niestosowności. Szczególnie niekorzystnie kształtuje się sytuacja na szczeblu naczelnym oraz wśród ordynatorów. Ponieważ na kulturę organizacji decydujący wpływ wywiera naczelną kadra kierownicza, należy jeszcze raz podkreślić, że to ona oraz organy założycielskie szpitali istotnie kształtują styl kierowania w tego rodzaju placówkach.

### **Poziom jednoznaczności i stabilności kryteriów oraz zgodności kryteriów rzeczywistych z formalnymi**

Niestabilność i niejasność kryteriów oceny pracy kadry kierowniczej oraz niezgodność kryteriów rzeczywistych z formalnymi, to zdaniem badanych charakterystyczna cecha zarządzania w szpitalach. Tak ocenia sytuację 73% naczelnej kadry kierowniczej, 64% ordynatorów, 71% pielęgniarek przełożonych i oddziałowych oraz 75% kierowników służb pomocniczych i administracyjnych. Niejasne, niejednoznaczne i niestabilne kryteria oceny pracy kierownika zmniejszają poczucie pewności jego miejsca i roli. Obawa o swoją pozycję skłania do minimalizacji ryzyka poprzez preferowanie rozwiązań aktualnie uznawanych za najlepsze przez przełożonych kierownika, kosztem poszukiwania wraz z jego podwładnymi rozwiązań optymalnych.

### **Liczba ośrodków dyspozycyjnych i oceniających pracę kierownika**

Wśród badanej naczelnej kadry kierowniczej 33% stwierdziło, że oceniana jest ona przez więcej niż jeden organ, a każdy z nich stosuje odmienne kryteria oceny. Na tego rodzaju sytuację wskazuje 46% ordynatorów, 64% kierowników personelu pielęgniarskiego i 50% kierowników służb pomocniczych i administracyjnych. Skutki takiego stanu rzeczy opisał S. Kwiatkowski. [1, s.193]. Jego zdaniem, „daleko posunięta sprzeczność wytycznych ośrodków dyspozycyjnych prowadzi [...] najczęściej do instruktażowego stylu kierowania [...]. Kierownik podejmuje bowiem wysiłek w celu uzgodnienia rozbieżnych oczekiwań zwierzchników.” Gdy te rozbieżności występują, kierownik-decydent może uwzględnić jedynie te z nich, które są formułowane przez ośrodek, od którego jest najbardziej uzależniony. Aby zwiększyć swoje bezpieczeństwo w przypadku konfliktu z pominiętymi ośrodkami dyspozycji, kierownik stara się wciągnąć w proces decyzyjny swojego mocodawcę. Poprzez konsultacje, porady i uzgodnienia stara się doprowadzić do tego, aby wybrany przez kierownika dysponent potraktował jego sugestie jako swoje własne. Liczy na to, że mocodawca-konsultant w poczuciu lojalności obroni go przed pretensjami pominiętych ośrodków dyspozycji. Wytyczne uzyskane od wybranego dysponenta będą więc traktowane jako bezwzględnie obowiązujące. Dopuszczenie podwładnych do procesu decyzyjnego mogłoby bowiem grozić niebezpieczeństwem podważenia przez nich wcześniej ustalonych wytycznych. Mogłoby też zmusić kierownika do udzielania odpowiedzi na kłopotliwe pytania dotyczące przyczyn odrzucenia składanych przez nich propozycji rozwiązania problemu. Wszystko to zniechęca przełożonego do partycypacyjnego podejmowania decyzji.

### **Zbieżność interesów podwładnych z interesami instytucji**

Jeżeli ważnym kryterium oceny pracy kierownika jest jakość podejmowanych przez niego decyzji, a podwładni nie podzielają celów organizacyjnych, które mają być osiągnięte przez rozwiązanie problemu, styl polegający na grupowym (demokratycznym) decydowaniu nie wchodzi w rachubę. [4, s.75] Odmienne interesy podwładnych uczestniczących w procesie decyzyjnym mogą zaowocować przegłosowaniem wariantu decyzyjnego niezgodnego z interesami kierownika lub organizacji, której jest reprezentantem.

Wśród badanej kadry aż 67% naczelnej kadry kierowniczej szpitali, 54% ordynatorów, 36% kierowników personelu pielęgniarskiego oraz 50% kierowników służb pomocniczych i administracyjnych twierdzi, że inicjatywy podwładnych mogą być sprzeczne z interesami instytucji, w której pracują. Należy więc jednoznacznie stwierdzić, że bez radykalnej zmiany systemu zarządzania szpitalami nie można liczyć na powstanie warunków sprzyjających partycypacyjnemu kierowaniu zespołami ludzkimi.

### **Cechy podwładnych**

#### **Gotowość podwładnych do wzięcia odpowiedzialności za wyniki pracy zespołu**

Taką gotowość, pod warunkiem udzielenia pomocy przez przełożonego w organizowaniu pracy podległego zespołu oraz jasnego określenia jego uprawnień i odpowiedzialności, przejawia – zdaniem naczelnej kadry kierowniczej szpitali – 46% bezpośrednio im podwładnych, zdaniem ordynatorów – 13% bezpośrednio im podwładnych, zdaniem pielęgniarek przełożonych i oddziałowych – 50% bezpośrednio im podwładnych, a zdaniem kierowników służb pomocniczych i administracyjnych – 30% ich podwładnych. Badania wskazują więc na wysoki poziom odpowiedzi wskazujących na separowanie się podwładnych od wspólnego z przełożonym rozwiązywania problemu decyzyjnego. We wszystkich badanych grupach przełożeni twierdzą wręcz, że około 25–30% podwładnych przyjmuje postawę, iż „oni są od roboty, a kierownictwo od myślenia”. Jeżeli nawet uznamy, że praca w szpitalu to przede wszystkim indywidualny kontakt z pacjentem, to jednak tak wysoki procent odpowiedzi wskazujących na brak zaangażowania podwładnych w zespołowe rozwiązywanie problemów należy uznać za niepokojący.

#### **Oczekiwania podwładnych wobec przełożonych**

Niechęć do angażowania się w rozwiązywanie wspólnych problemów nie oznacza jednak, że podwładni nie chcą mieć wpływu na to, co zostanie im zlecone przez przełożonych. Zdaniem badanych, 46% bezpośrednio podwładnych naczelnemu kierownictwu, 77% podwładnych ordynatorom, 78% szeregowego personelu pielęgniarskiego i 70% podległych kierownikom służb pomocniczych i administracyjnych oczekuje wspólnego z przełożonym decydowania o kierunkach i sposobach ich działania. W tym przypadku także niepokoi stosunkowo mały udział takich odpowiedzi na najwyższym szczeblu kierowniczym. Tu aż ponad 50%

dyrektorów i ich zastępców twierdzi bowiem, że ich podwładni nie oczekują budowania pozytywnego klimatu pracy, lecz oczekują jedynie zapewnienia im technicznych i organizacyjnych warunków realizacji przypisanych ról. Na niższych stanowiskach procent takich odpowiedzi jest natomiast dwukrotnie niższy. Struktura tych wskazań zupełnie nie odpowiada wytycznym współczesnej teorii zarządzania.

### **Wnioski**

**S**zpital jest szczególnym miejscem realizacji działania zespołowego. Ze względu na charakter procesów pracy, których celem jest przywrócenie pacjentowi tego, co najcenniejsze – zdrowia, kryteria oceny sprawności działania organizacji działania zbiorowego mają swoją specyficzną strukturę. Tu, w większym stopniu, niż w przypadku typowej działalności gospodarczej, liczy się skuteczność procesów. W procesie leczenia kluczowym warunkiem sukcesu jest kompetencja poszczególnego lekarza i pielęgniarki oraz ich stosunek do pacjenta. Nie można jednak pominąć tego, że współczesny szpital to także skomplikowana organizacja działania zespołowego, której sprawne funkcjonowanie zależy od dobrego zarządzania. Przytoczone niżej wnioski będą więc dotyczyły tego, co nazywamy uwarunkowaniami pełnienia ról kierowniczych w badanym obszarze.

■ System zarządzania szpitalami, ze względu na kształtowanie stylu kierowania, trudno uznać za spójny (por. np. [5], s. 398–399). Nie można uznać, że czynniki sprzyjające partycypacyjnemu stylowi kierowania uzyskały przewagę nad czynnikami sprzyjającymi autokratyzmowi. Do zewnętrznych czynników hamujących rozwój partycypacyjnych stylów kierowania należy zaliczyć te, które mają swoje źródła w organizacji i finansowaniu służb zdrowia w czasie funkcjonowania państwowej gospodarki centralnie sterowanej [por. 3]. Te determinanty w największym stopniu kształtują postawy naczelnej kadry kierowniczej szpitali i mają w znacznym stopniu swoje źródła w mentalności członków organów założycielskich szpitali. Na niższych szczeblach kierowania te uwarunkowania i przyzwyczajenia odgrywają zdecydowanie mniejszą rolę. Zmiana tych determinant kierowania, które tkwią wprost w kulturze organizacyjnej, jest więc uzależniona od tempa wymiany kadr na naczelnych stanowiskach kierowniczych w szpitalach oraz w organach założycielskich.

■ Nasilenie czynników nie sprzyjających kierowaniu partycypacyjnemu jest w większości przypadków większe na naczelnym szczeblu kierowania niż na szczeblach średnich, a nawet podstawowych. Sytuacja ta nie wróży dobrze rozwojowi stylów opartych na partycypacji i integracji emocjonalnej. To najwyższe szczeble kształtują bowiem bezpośrednio lub pośrednio wiele uwarunkowań kierowania na podległych im stanowiskach.

■ Do wewnętrznych czynników hamujących rozwój i upowszechnienie kierowania opartego na szeroko rozumianej partycypacji należy zaliczyć przede wszystkim niepewność pozycji kierownika w organizacji, incydentalność ocen oraz wielość organów oceniających jego pracę, stosujących niejasne i sprzeczne kryteria oceny.

■ Badania wskazują na duże poczucie omnipotencji przełożonych. Znaczna ich część jest przekonana o tym, że działania podwładnych mogą być wymuszone przez instruktaż i ścisły nadzór. W połączeniu z przekonaniem o tym, że podwładni działają w ustabilizowanych warunkach, skłania to do autokratycznego kierowania podwładnymi.

■ Miarą stanu kultury organizacyjnej są także oczekiwania podwładnych w stosunku do przełożonych. Z badań wynika, że w znacznym stopniu nie oczekują oni partycypacji i przywództwa, lecz zapewnienia im technicznych i organizacyjnych możliwości sprawnego działania. Oczekują oni jasnych reguł działania, porządku organizacyjnego i ustabilizowanych jednoznacznych kryteriów oceny. To spostrzeżenie świadczy o znacznym opóźnieniu rozwoju kultury organizacyjnej w stosunku do trendów występujących w krajach o rozwiniętej kulturze zarządzania.

■ Ważnym czynnikiem ograniczającym rozwój partycypacji w procesie decyzyjnym jest czas. Niedobór czasu „usprawiedliwia” odejście od zespołowego rozwiązywania problemu. Niepokojące jest to, że nawet na najwyższych szczeblach około 50% przełożonych twierdzi, że nie ma czasu na partycypacyjne kierowanie.

■ Przedstawione wyniki badań prezentują stanowisko kadry kierowniczej. Być może jest ono nadmierne pesymistyczne i ma być próbą dostarczenia argumentów usprawiedliwiających niestosowanie partycypacji w kierowaniu ludźmi. To jednak ci ludzie w decydującym stopniu kształtują styl dominujący w danej instytucji.

■ Komercjalizacja opieki zdrowotnej wymagać będzie uporządkowania wielu spraw polegających między innymi na restrukturyzacji szpitali. W pierwszej fazie może to doprowadzić nawet do zaostrzenia stosunków między przełożonymi a podwładnymi. Po czasach, charakteryzujących się słabą pozycją przełożonych, mogą oni poczuć siłę, która skłaniać będzie do postaw autokratycznych, a nawet autorytarnych. Powinni oni jednak pamiętać, że rezerwy proste, wynikające z przerostów zatrudnienia i braku gospodarności dość szybko się wyczerpią i podstawowym źródłem przewagi konkurencyjnej stanie się jakość świadczonych usług medycznych. Wówczas to błędy okresu przejściowego mogą istotnie zaważyć na pozycji szpitala na rynku usług medycznych.

Ryszard Rutka

#### PRZYPISY

- <sup>1)</sup> Po raz pierwszy listę tych czynników opublikowałem w pracy [3].
- <sup>2)</sup> Zaktualizowany arkusz diagnostyczny opublikowano w [2, s. 286–288].

#### BIBLIOGRAFIA

- [1] KIEŻUN W., KWIATKOWSKI S., *Styl kierowania. Teoria i praktyka*, KiW, Warszawa 1975.
- [2] RUTKA R., *Styl kierowania jako przejaw kultury organizacyjnej*, [w:] *Kultura organizacyjna. Duch organizacji*. TNOiK, Bydgoszcz 1988.
- [3] RUTKA R., *Studium czynników korygujących styl kierowania w przedsiębiorstwach*, Uniwersytet Gdański 1984.
- [4] SUPERNAT J., *Decydowanie w zarządzaniu. Problemy, metody, techniki*, Kolonia Limited, Wrocław 1997.
- [5] STONER J.A.F., WANKEL Ch., *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1992.

Autor – prof. dr hab., Instytut Organizacji i Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego.

O tym, że współczesne realia gospodarze różnią się diametralnie od tego, z czym mieli do czynienia przedsiębiorcy jeszcze kilka lat temu, nikogo nie trzeba przekonywać (nie jest to zresztą intencją autorki). Globalny rynek, niebywale szybki postęp techniczny i konieczność stosowania coraz to oryginalniejszych zabiegów po to, aby zapewnić sobie przychylność odbiorców i zostawić w tyle rywali rynkowych sprawiają, że zarządzanie przedsiębiorstwem wkracza w zupełnie nowy wymiar. Bardziej niż kiedykolwiek liczy się teraz budowanie w organizacjach zespołów pracowniczych, zintegrowanych wspólną wizją podejmowanych przedsięwzięć, którym stwarza się warunki sprzyjające do kreatywnego rozwiązywania problemów napotykanych przez organizację. Jednak zapewnienie warunków niejako „zewnętrznych” w stosunku do grupy pracowników nie jest jeszcze receptą na sukces. Inicjatywa i twórcze podejście do wykonywanych zadań muszą być także wpisane w system wartości i norm postępowania, obowiązujący w przedsiębiorstwie, czyli w jego kulturę organizacyjną. Tym samym, stworzone muszą być warunki „wewnętrzne”, przyczyniające się do tego, że kreatywność i aktywność stają się czymś naturalnym i „jedynie słusznym” dla członków organizacji. O tym, czym jest dla przedsiębiorstw kreatywność pracowników u progu XXI wieku oraz jak tę kreatywność pobudzać, traktuje niniejszy artykuł.

Otoczenie gospodarze o znamionach tak sformułowanych, jak to uczyniono na wstępie, sprawia, że filozofia funkcjonowania współczesnego przedsiębiorstwa musi opierać się na imperatywie elastyczności w działaniu i adaptacji do ciągle zmieniających się warunków gospodarowania. Szybkość reakcji na zmiany w otoczeniu, zwłaszcza tak burzliwym jak obecnie, stała się bowiem warunkiem koniecznym zdobycia przewagi konkurencyjnej<sup>1)</sup>. Wcielenie takiej filozofii w życie organizacji wymaga oczywiście odpowiednich zmian w większości sfer jej funkcjonowania, jednak kształtowanie wspomagających ją wartości i norm zachowania wydaje się szczególnie istotne. Swoistym znakiem czasu stało się ewoluowanie kultur organizacyjnych w kierunku modelu zakładającego większą elastyczność i adaptacyjność działania organizacji<sup>2)</sup>. Problem ten dotyczy w równym stopniu przedsiębiorstw na całym świecie (żyjemy wszak w globalnej wiosce), jest więc dostrzegany i doskonale rozumiany także przez polskich przedsiębiorców i menedżerów<sup>3)</sup>. Formułowane przez nich oceny, dotyczące elementów kultury organizacyjnej, będących odpowiedzią na wyzwania przyszłości, potwierdzają wspomnianą konieczność zwiększenia nacisku na adaptacyjność i szybkość reagowania na ciągle zmieniające się warunki otoczenia.

Wśród obowiązujących w organizacji wartości, które w najwyższym stopniu przyczyniają się do adaptacyjności przedsiębiorstwa, najważniejsze miejsce zajmuje kreatywność. Ogólnie można ją zdefiniować jako zdolność do generowania nowych pomysłów<sup>4)</sup>. Owe nowe pomysły nie muszą jednak wiązać się z wkraczaniem organizacji w zupełnie nowe obszary działa-