

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
EKONOMIKAS UN VADĪBAS FAKULTĀTE
VADZINĪBU KATEDRA



Juris Bārzdīņš

**UZ PROCESU ORIENTĒTAS VADĪŠANAS IEVIEŠANAS
IESPĒJAS SLIMNĪCĀ**

Promocijas darbs

vadībzinātnes doktora zinātniskā grāda iegūšanai
uzņēmējdarbības apakšnozarē

Zinātniskais vadītājs:

Dr.oec., profesors Jānis Ēriks Niedrīts

Rīga
2015

SATURS

Promocijas darbā lietoto saīsinājumu un svarīgāko terminu skaidrojums	2
Attēlu saraksts	4
Tabulu saraksts	6
Ievads	7
1. Slimnīcas darba saturs un vadīšanas specifika	17
1.1. Slimnīcas būtība un darba satura īpatnības	17
1.2. Slimnīcas kā intelektuālas organizācijas īpatnības	28
1.3. Slimnīcas vadīšanas saturs	36
2. Slimnīcas vadīšanas metodes mainīgajā vidē	46
2.1. Veselības aprūpes sistēmu un slimnīcu ietekmējošie faktori un to darbības sekas	46
2.3. Ārstu kompetenču attīstība uz procesu orientētā slimnīcā	81
3. Uz procesu orientētas vadīšanas ieviešanas Latvijas slimnīcās ietekmējošo apstākļu izpēte	94
3.1. Pētījuma sistēmas pamatojums	94
3.3. Latvijas lielo reģionālo slimnīcu vadīšanas un ārstu profesionālās darbības ietekmes novērtējums	102
4. Procesu vadīšanas sistēmas elementi un to ieviešana	138
4.2. Procesu vadīšanas sistēmas īstenošana un monitorings	149
5. Secinājumi un priekšlikumi	163
Secinājumi	163
Priekšlikumi	165
6. Literatūras saraksts	167
Pielikumi	
1. pielikums. Liepājas reģionālās slimnīcas struktūra	
2. pielikums. Daugavpils reģionālās slimnīcas struktūra	
3. pielikums. Aptaujas anketa	
4. pielikums. Studiju kursa apraksts	
5. pielikums. Strukturēto interviju vadīšanas shēma	

PROMOCIJAS DARBĀ LIETOTO SAĪSINĀJUMU UN SVARĪGĀKO TERMINU SKAIDROJUMS

Civēkkapitāls – indivīda zināšanas un prasmes kā investīciju avots, arī ekonomiskā vērtība indivīda zināšanām un prasmēm, darbā lietots apzīmējums ārsta "organizacionālais cilvēkkapitāls" – ārsta profesionālās autoritātes izmantošanas potenciāls organizācijas vadīšanā.

CSP – Centrālās statistikas pārvalde

Dienas stacionārs – slimnīcas struktūrvienība, kurā īslaicīgi ārstēt tos pacientus, kuriem nav nepieciešama uzturēšanās slimnīcā pa nakti, visbiežāk izmanto nelielu ķirurģisku operāciju veikšanai vai sarežģītākiem izmeklējumiem.

DRG (*Diagnosis related groups*) – Diagnostēm piesaistītās grupas ir viens no slimnīcas pakalpojumu apmaksas veidiem, kas stimulē izvēlēties izmaksu efektīvu, bet vienlaikus kvalitatīvu ārstēšanu.

EEZ – Eiropas Ekonomiskā zona

Funkcionāla struktūrvienība – struktūrvienība, kurā vienkopus strādā darbinieki, kas veic līdzīgas funkcijas, slimnīcas gadījumā tās var būt specializētās nodaļas, kurās praktizē vienas specialitātes ārsti.

Iesaistītās puses (*stakeholders*) – plaši lietots ar šo pašu nozīmi arī termins "ieinteresētās puses" – ikviena grupa vai indivīds, kas var ietekmēt vai ietekmē organizācijas mērķu sasniegšanu.

IKP – Iekšzemes kopprodukts

Intelektuāla organizācija – tāda organizācija, kuras pastāvēšana ir pilnībā atkarīga no organizācijas darbinieku zināšanām un garīgajām spējām.

Klasiska organizācija – autora ieviests jēdziens slimnīcas kā organizācijas salīdzinošajai analīzei ar organizāciju, kurā ir skaidri definēts un vairumā gadījumu centralizēts hierarhisks varas dalījums un kuras darbību apraksta klasiskās organizāciju teorijas.

Klīniskais process – slimnīcas kā organizācijas pamata (biznesa) process, kurā slimnīcas klients – pacients saņem tam nepieciešamo ārstēšanu un aprūpi.

Kompetence – pierādīta spēja izmantot zināšanas, prasmes, personiskās un sociālās spējas noteikta veida vai līmeņa uzdevumu veikšanai.

NMP nodaļa – neatliekamās palīdzības nodaļa (arī uzņemšanas nodaļa) slimnīcā.

NVD – Veselības ministrijas Nacionālais veselības dienests

Observācijas nodaļa – slimnīcas NMP nodaļas sastāvā izveidota struktūrvienība to pacientu īslaicīgai novērošanai un ārstēšanai, kuriem var arī nebūt vajadzīga pilna hospitalizācija.

Palīgprocesi – procesu kopa, kas nodrošina organizācijas pamatprocesa norisi, slimnīcas gadījumā tie ir ar pacientu saistītie vai nesaistītie medicīniskie un nemedicīniskie palīgprocesi, kas nodrošina klīniskā procesa norisi.

PB – Pasaules Banka

Uz procesu orientēta vadīšana (*process-based management*) – vadīšanas pieeja, uztverot organizācijas darbību kā procesu kopu. Procesi tiek vadīti un uzlaboti efektīva komandas darba veidā, balstoties uz skaidri definētu organizācijas vīziju, misiju un pamatvērtībām.

Uz procesu orientēta slimnīca (arī uz klientu orientēta slimnīca) – slimnīca, kurā ir ieviesti uz procesu orientētas vadīšanas principi, nosakot klīnisko procesu par organizācijas pamata procesu.

Profesionālā autoritāte (vara) – autora lietots apzīmējums profesijas noteiktajai ietekmei organizācijā, piemēram, ārstu ietekmei slimnīcā.

PVO – Pasaules Veselības organizācija

Slimnīca – šī darba ietvaros par slimnīcu autors uzskata organizāciju, kurā diennakts režīmā tiek nodrošināti stacionāri un ambulatori plānveida un neatliekami pakalpojumi vienlaikus dažādās medicīnas specialitātēs. Tipiskā gadījumā slimnīca nodarbināto skaita ziņā atbilst liela uzņēmuma kategorijai.

SPKC – Slimību profilakses un kontroles centrs

SPM – svērtā produktu metode

Veselības aprūpe – valstisku, ekonomisku, sociālu un medicīnisku pasākumu kopums sabiedrības locekļu veselības aizsardzībai un nostiprināšanai

Vispārējā kompetence – konceptuālo un sociālo zināšanu, prasmju un attieksmju kopa, kas kopā ar profesionālo kompetenci veido kompetenci darbā.

Zināšanu plaisa (*knowledge gap*) – specifiskā jomā tika definēta kā starpība starp vērtējuma ballēm starp esošo zināšanu pašnovērtējumu un šī veida zināšanu nepieciešamības pakāpi nākotnes profesijā.

ATTĒLU SARAKSTS

1.1. attēls. Slimnīcas darbības modelis.....	20
1.2. attēls. Varas sadalījums centralizētā un decentralizētā organizācijā.....	26
1.3. attēls. Varas sadalījums slimnīcas darbības pamata procesos	26
1.4. attēls. Slimnīcas vadības un ārstu vara klīniskajā procesā	27
1.5. attēls. Vienotas pārvaldības hierarhijas slimnīcas struktūras piemērs – Vidzemes slimnīca	38
1.6. attēls. Divu pārvaldības hierarhiju slimnīcas modeļa piemērs	39
2.1. attēls. Veselības aprūpi un slimnīcas darbību ietekmējošie ārējās vides faktori un to radītās pārmaiņas slimnīcā	46
2.2. attēls. Sagaidāmā mūža ilguma piedzimstot dinamika Latvijā, tās kaimiņvalstīs un Eiropas Savienībā	48
2.3. attēls. Veselības aprūpes pakalpojumu patēriņš (izmaksas uz 1 iedzīvotāju) dažādās vecuma grupās Latvijā	49
2.4. attēls. Veselības aprūpes pieprasījuma sadalījums, mainoties valsts attīstības līmenim (atbilstoši nāves cēloņu sadalījumam)	50
2.5. attēls. Slimnīcu gultu skaita uz 100 000 iedzīvotājiem izmaiņas Eiropas valstīs periodā no 2000. līdz 2010. gadam.....	52
2.6. attēls. Pārstāvamā – pārstāvja attiecību modelis veselības aprūpes pakalpojumu tirgus regulācijā..	56
2.7. attēls. Veselības aprūpes, t.sk. slimnīcas pakalpojumu pieprasījuma segums	58
2.8. attēls. Kompetences darbā struktūra.....	78
2.9. attēls. Konceptuālo, cilvēkresursu pārvaldes un tehnisko prasmju nepieciešamība atbilstoši vadības līmenim un ārsta profesionālās lomas dažādos vadības līmeņos	82
2.10. attēls. Kompetenču aisberga modelis	89
2.11. attēls. Ar uzņēmējspējas attīstību saistītā apmācību daļa dažādās studiju programmās Lielbritānijā (% no kopējā mācību apjoma).....	91
2.12. attēls. Ar uzņēmējspējas attīstību saistītā apmācību daļa dažādās studiju programmās Spānijā (% no kopējā mācību apjoma)	92
3.1. attēls. Pacientu plūsma Latvijas veselības aprūpes sistēmā.	97
3.2. attēls. Gultu skaita izmaiņas uz 1000 iedzīvotājiem dažāda tipa slimnīcās Latvijā.....	98
3.3. attēls. Dažādu faktoru ietekmes uz hospitalizāciju skaitu un pieprasījumu pēc slimnīcu pakalpojuma modelis	104
3.4. attēls. Hospitalizāciju biežuma un zāļu lietošanu korelācija administratīvajās teritorijās 2011. gadā (n=118).....	106

3.5. attēls. Hospitalizāciju un dienas stacionāra izmantošanas korelācija administratīvajās teritorijās 2011. gadā (n=118).....	108
3.6. attēls. Hospitalizāciju skaita uz 1 iedzīvotāju 2011. gadā sadalījums starp administratīvajām teritorijām (n=118).....	112
3.7. attēls. Atkārtotu hospitalizāciju skaita uz 1 iedzīvotāju 2011. gadā sadalījums starp administratīvajām teritorijām (n=118).....	112
3.8. attēls. Zināšanu plaša sociālo un konceptuālo zināšanu un prasmju jomās (n=257).....	126
3.9. attēls. Respondentu viedokļa sadalījums attiecībā uz apmācības veidu	128
3.10. attēls. Respondentu viedokļa sadalījums attiecībā uz apmācību laiku profesionālās izglītības procesā	129
3.11. attēls. Konceptuālās prasmes attīstošo obligāto kursu īpatsvars kopējā mācību programmā un to sadalījums starp sociālās un konceptuālās prasmes attīstošiem kursiem	134
3.12. attēls. Obligāto ne-tehniskās kompetences veidojošo kursu pasniegšanas gads medicīnas studiju programmās	135
4.1. attēls. Uz procesu orientētas vadīšanas ieviešanas soļi.....	139
4.2. attēls. Pacienta klīniskais process funkcionāli strukturētā slimnīcā.....	140
4.3. attēls. Standartizētie klīniskie procesi uz procesiem orientētā funkcionāli strukturētā slimnīcā.....	141
4.4. attēls. Uzdevumi pārejas uz procesu vadīšanu metodoloģijas realizēšanā.....	144
4.5. attēls. Datu, informācijas, zināšanas un pielietojuma nepārtrauktība.....	151
4.6. attēls. Klīniskā procesa vizuāls modelis, pielietojot darbību secības un darbību sastāvdaļu attēlojuma kombināciju.....	153
4.7. attēls. Precīza jautājuma izveidošanas elementu un atbilžu loģiskās sakarību shēma un jautājumu piemēri	159
4.8. attēls. Procesu izzinoša jautājuma attēlojums tā vizuālajā modelī.....	161

TABULU SARAKSTS

1.1. tabula. Vēbera skolas birokrātiskās organizācijas un slimnīcas salīdzinājums.....	19
1.2. tabula. Koordinēšanas un specializācijas salīdzinājums klasiskā organizācijā un slimnīcā.....	22
1.3. tabula. Vēbera definēto varas veidu salīdzinājums klasiskā organizācijā un slimnīcā	23
1.4. tabula. Pāreja no ražošanas uzņēmuma uz intelektuālu uzņēmumu	28
1.5. tabula. Slimnīcas darbībā iesaistīto pušu analīzes sistēma.....	42
2.1. tabula. Piedāvājuma regulēšanai izmantoto dažādo samaksas metožu pozitīvie un negatīvie efekti	61
2.2. tabula. Funkcionālas un uz procesiem orientētas organizācijas atšķirības	65
2.3. tabula. Personāla darbības rakstura pārmaiņas slimnīcā	68
2.4. tabula. Organizāciju pārmaiņu vadīšanas modeļu pielietojamība slimnīcā	79
2.6. tabula. Dažādu ārstu profesionālo organizāciju piedāvāto ārstam nepieciešamo kompetenču aprakstu analīze.....	85
3.1. tabula. Slimnīcu un slimnīcu gultu skaita dinamika Latvijā laika posmā no 2008. gada līdz 2013. gadam.....	98
3.2. tabula. Pacientu grupu ar homogēnām vajadzībām aprūpe funkcionāli orientētā un uz procesu orientētā slimnīcā salīdzinājumā ar reālo situāciju Latvijas slimnīcās.....	100
3.3. tabula. Ārpusslimnīcas pakalpojumu skaits uz vienu iedzīvotāju Latvijas lielajās pilsētās 2011. gadā	105
3.4. tabula. Administratīvo teritoriju (n=118) iedzīvotāju hospitalizāciju skaitu ietekmējošo ārpusslimnīcas faktoru korelāciju analīze	106
3.5. tabula. Administratīvo teritoriju (n=118) iedzīvotāju hospitalizāciju skaitu ietekmējošo slimnīcas faktoru korelāciju analīze.....	107
3.6. tabula. Slimnīcas un ārpusslimnīcas veselības aprūpes sistēmas elementu pielietojuma teorētiskā un faktiskā ietekme uz iedzīvotāju hospitalizācijas biežumu.....	109
3.7. tabula. Slimnīcu ārstu profesionālās darbības un slimnīcas vadības darbības kopējais efekts – pakalpojumu skaits uz vienu iedzīvotāju Latvijas lielajās pilsētās un to ranžējums.....	111
3.8. tabula. Selektīvu apjoma un kvalitātes rādītāju salīdzinājums Daugavpils un Liepājas slimnīcās	113
3.9. tabula. Organizatoriskās struktūras salīdzinājums Daugavpils un Liepājas slimnīcās	115
3.10. tabula. Pētāmās populācijas un respondentu sadalījums atbilstoši studiju gadam (n=257) ...	125
3.11. tabula. Studentu subjektīvais vērtējums par zināšanu un prasmju jomām (n=257).....	127
3.12. tabula. Respondentu populāciju raksturojošo parametru un kopīgās vidējās zināšanu plaisas korelāciju analīze (n=257)	128
3.13. tabula. Sociālās un konceptuālās prasmes attīstoši kursi dažādās universitātēs, to īpatsvars kopējā studiju apjomā, studiju gads, kurā notiek kurss.....	133
4.1. tabula. Funkcionālas un uz procesu orientētas slimnīcas raksturojums.....	148
4.2. tabula. Biznesa procesu modelēšanas uzdevumi	155

IEVADS

Veselības aprūpes sistēmas pēdējās desmitgadēs visās attīstītajās valstīs pārdzīvo būtiskas pārmaiņas. Tās īpaši skar slimnīcu sektoru, jo strauja medicīnas tehnoloģiju attīstība, kas ļauj ārstēt ātrāk un bieži arī bez pacienta hospitalizācijas, hronisku, bet ne vairs akūtu slimību dominēšana, sabiedrībai novecojot un pieaugot iespējām ar uzturošu ambulatoru ārstēšanu panākt cilvēku veselības saglabāšanos agrāk neārstējamu vai tikai slimnīcā ārstējamu slimību gadījumos, nosaka to, ka pieprasījums pēc gultas vietām slimnīcās samazinās. Vienlaikus veselības aprūpei nepieciešamo līdzekļu apjoms pieaug, un kā galvenais cēlonis izmaksu pieaugumam ir ārstu izvēle mainīt līdzšinējo klīnisko praksi, atbildot uz sabiedrības vēlmi saņemt iespējami efektīvāko ārstēšanu, un viņu profesionālo vēlmi savā praksē pielietot medicīnas zinātnes un tehnoloģiju sasniegumus; tas savukārt noved pie jaunu un dārgu medicīnas tehnoloģiju izmantošanas intensitātes palielināšanās.

Slimnīcas, kurās ārstējas aizvien mazāka daļa pacientu, turpina tipiski patērēt vismaz pusi valstu kopējā veselības aprūpes budžeta (Mckee & Healy, 2002), un tāpēc tieši tajās visvairāk tiek saskatīta iespēja kopējos veselības aprūpes resursus izmantot racionālāk. Arī Latvijā situācija ir līdzīga – Latvijā 2012. gadā kopējie vispārējā valdības sektora izdevumi veselībai sastādīja 851 miljonu EUR, no tiem slimnīcu pakalpojumi (t.sk. mātes un bērna veselības aprūpes pakalpojumi) bija 477 miljoni EUR, kas sastāda 55% no visiem izdevumiem veselībai (CSP, 2013). Tomēr, veicinot hospitalizācijai alternatīvu ārstēšanas iespēju attīstību un attiecīgi mainoties pacientu plūsmām, Latvijā pēdējā desmitgadē slimnīcu sektorā ir turpinājušās būtiskas pārmaiņas. Vēl šī gadsimta sākumā Latvijā uz 100 000 iedzīvotājiem bija gandrīz sešas slimnīcas, bet 2011. gadā to bija mazāk par trīs. Tajā pašā laikā par 27% ir arī sarucis slimnīcās ārstēto pacientu skaits un arī par 27% sarucis vidējais šo pacientu ārstēšanas laiks. Likumsakarīgi, ka daļa slimnīcu infrastruktūru šī procesa ietvaros sākotnējās funkcijas pildīšanai vairs nav nepieciešamas. Salīdzinoši īsā laika posmā, no 2006. gada līdz 2010. gadam, gultu skaits slimnīcās samazinājās vairāk nekā par 35 procentiem (HFA-DB, 2012) un turpmākos gados turpināja samazināties. Līdz ar to slimnīcu ilgtspējīga attīstība aizvien vairāk tiek saistīta gan ar izmaksu efektīvāku, tradicionālai hospitalizācijai alternatīvu un pārējā veselības aprūpes sistēmā integrētu pakalpojumu izmantošanas attīstību pašās slimnīcās, gan arī ar plašāku, citās nozarēs pārbaudītu, uz klientu un procesu orientētu vadības un darba organizācijas risinājumu un metožu pielietošanu tajās.

Neraugoties uz nozares neapšaubāmo sociālo nozīmīgumu, lielo tajā strādājošo skaitu un tās izmaksu ietilpību, vadīšanas problemātikai veselības aprūpē kopumā un atsevišķi slimnīcās Latvijas vadībzinātne līdz šim ir pievērsusies reti. Līdzīgi kā citur pasaulē šīs nozares attīstības un tās organizāciju teorētiskai izpētei biežāk pievēršas profesionāļi medicīnā, nevis profesionāļi ekonomikā, finansēs un vadīšanā.

Tajā pašā laikā daudzi šajā darbā pētītie vadīšanas aspekti slimnīcās, tajā skaitā vadītāju un ārstu attiecības slimnīcas darbības pamata procesa – pacientu ārstēšanas, jeb klīniskā procesa vadīšanā, nav unikāli tikai veselības aprūpei. Izaicinājums panākt augsti kvalificētu, profesionāli neatkarīgu ekspertu efektīvu sadarbību un pašregulāciju ir aktuāls lielās un kompleksās organizācijās visās zināšanu ietilpīgās jomās, kur to vadītāji aizvien retāk var būt vienlaikus arī profesionālas autoritātes ekspertiem, no kuriem ir atkarīga organizācijas pamata biznesa procesu norise. Vadības zinātnes, tajā skaitā arī Latvijas vadīzinību speciālistu pievēršanos šādu organizāciju izpētei apliecina aizvien pieaugošais darbu apjoms par tēmām, kas saistītas ar intelektuālā cilvēkkapitāla izmantošanu un attīstību, par intelektuālu un arī radošu darbinieku un organizāciju vadību, kā arī par zināšanu vadīšanu.

Izpratne par nepieciešamību pieaugošas konkurences apstākļos vairāk orientēties uz procesiem, nomainot agrāko, galvenokārt funkcionālo skatījumu uz organizāciju, kā viena no prioritātēm vadības zinātnē izvirzījās jau pagājušā gadsimta deviņdesmitajos gados. Šo uzskatu pārbīdi labi raksturo arī pētnieciskās literatūras apjoms, kas veltīts biznesa procesu vadībai. Arī praktiskajā uzņēmumu vadīšanā procesa orientācijas nozīmes atzišanu apliecina pastāvošais piedāvājums vadības konsultāciju tirgū tādu uz procesu orientētu vadības metožu un līdzekļu kā taupīgās (*lean*) vadīšanas un ar to saistīto metožu – biznesa procesu modelēšanas, 5S, *Kaizen*, vērtības plūsmas kartēšana u.c., apmācībā.

Tradicionāli slimnīca, kas vēsturiski ir veidojusies kā ārstu kopprakse, kur pacienti tika grupēti un izvietoti atbilstoši ārstu specialitātēm un to darba vietām, ir izteikti funkcionāla organizācija, kuras procesu organizācijā primārā ir ārsta, nevis slimnīcas pacienta kā organizācijas klienta perspektīva. Iespēja attīstīties vadīšanai atbilstoši procesam ar pacientu tā centrā slimnīcās ir radusies salīdzinoši nesēn – klīniskos procesus slimnīcā analizēt un vadīt, balstoties uz precīzu informāciju, kļūst iespējams tikai līdz ar slimnīcas pamatprocesu – katra individuāla pacienta ārstēšanu un aprūpi atspoguļojošo datu uzkrāšanos informācijas sistēmās. Kamēr lielākā daļa pierakstu par pacienta procesu veselības aprūpē bija papīra formātā, tā jēgpilna analīze kvalitātes un efektivitātes palielināšanai bija gandrīz neiespējama.

Elektronisko datu bāzēs uzkrājoties aizvien lielākam datu apjomam, ko rada pacienta ārstēšanas un aprūpes gaita pastāvošajos procesos veselības aprūpes sistēmās, slimnīcas vadības iespējas analizēt un monitorēt klīnisko procesus pieaug. Notiekošie procesi vadītājiem ir kļuvuši caurspīdīgāki, ir kļuvusi precīzāka izdevumu un darbības efektivitātes rādītāju kontrole. Tajā pašā laikā vadītāja panāktā iespēja labāk pārzināt klīniskos procesus automātiski nenozīmē iegūtas iespējas tos efektīvāk vadīt, jo atbildīgs par katra individuāla pacienta ārstēšanu ir tā ārsts, un tieši ārsta profesionālais lēmums attiecībā uz pielietojamām medicīnas tehnoloģijām, ārstēšanas intensitāti, lokalizāciju, ilgumu ir arī lēmums par ierobežoto resursu pārdali.

Vadītāju pieaugošās iespējas procesus kontrolēt un centieni tos pārveidot, nereti tiek uztverti kā drauds ārsta profesijas neatkarībai, jo, ikdienā koncentrējoties uz indivīdu – konkrēto pacientu vajadzībām, „slimnīcā strādājošie nav raduši domāt procesu orientācijas virzienā un tie arī nav mācīti tādas spējas attīstīt” (Gemme, Vandaele, & Tambreur, 2008). Šis apstāklis tiek minēts arī kā iemesls tam, kāpēc cerības, ka informācijas tehnoloģijas uzlabos veselības aprūpes kvalitāti, samazinās izmaksas, uzlabos pārvaldi un palielinās produktivitāti ir piepildījušās tikai daļēji –to pozitīvais efekts attiecībā uz pacientu aprūpes kvalitāti, drošību, nepārtrauktību ir pierādīts (Chaudhry et al., 2006; Goldzweig, Towfigh, Maglione, & Shekelle, 2009), taču pagaidām nav pārliecinošu pierādījumu to lomai slimnīcu izmaksu efektivitātes uzlabošanā (Goldzweig et al., 2009). Šī pieredze veselības aprūpē ir būtiski atšķirīga no citām nozarēm attiecībā uz investīciju informācijas tehnoloģijās pozitīvu saistību ar darba ražīguma pieaugumu (Hillestad et al., 2005). Līdz ar to laikā, kad slimnīcās ir pieejami vismodernākie tehnoloģiskie sasniegumi medicīnā, darba organizācija, salīdzinot ar citām nozarēm, var būt visai atpalikusi – tiek uzskatīts, ka citās jomās efektivitāti pierādījuši vadīšanas un darba organizācijas risinājumi veselības aprūpē ienāk desmit vai pat piecpadsmit gadus vēlāk (McAlearney, 2006).

Nemot vērā visu iepriekš minēto, autors secina, ka slimnīcu adaptācijai mainīgā vidē, darbības efektivitātes uzlabošanai un orientācijas uz klientu attīstībai, ieviešot atsevišķus uz procesiem orientētas vadīšanas elementus, kā neatrisināta problēma iezīmējas tieši pārejas uz procesu orientētu vadīšanu konceptuālo nostādņu kopējā problēma. Slimnīcai kā sarežģītai sociāli tehniskai sistēmai nav izstrādāta vienota metodoloģija pārejai uz procesu orientētu vadīšanu, un tā ir vadībzinātnē neatrisināta problēma.

Promocijas darba pētījuma objekts ir Latvijas lielās reģionālās slimnīcas.

Pētījuma priekšmets ir uz procesu orientētas vadīšanas sistēmas ieviešana slimnīcās.

Pētījuma mērķis ir izpētīt slimnīcas kā sarežģītas, atvērtas, mainīgā vidē darbojošās sistēmas attīstības priekšnoteikumus un izstrādāt metodoloģiju slimnīcas pārejai uz procesu orientētu vadīšanas sistēmu.

Darba mērķa sasniegšanai izvirzīti šādi *uzdevumi*:

- 1) analizēt slimnīcu darba satura izmaiņas un noteikt slimnīcas kā organizācijas būtiskākās specifiskās iezīmes, kuras nosaka to vadīšanas īpatnības;
- 2) novērtēt slimnīcas ārējās vides pārmaiņu ietekmi uz darba saturu, apjomu un vadīšanā izmantotām metodēm;
- 3) izpētīt uz procesu orientētas vadīšanas sistēmas izmantošanas lietderību mainīgā vidē darbojošos slimnīcu vadīšanā un tās ieviešanā veicamo darbu saturu;

4) novērtēt Latvijas lielo reģionālo slimnīcu darbību ietekmējošos faktorus, to vadīšanas sistēmu izmaiņu tendences un tās kavējošos faktorus;

5) izstrādāt procesu vadīšanas sistēmas ieviešanas metodoloģiju un tās izmantošanā veicamos uzdevumus.

Promocijas darbā aizstāvamās tēzes

1. Mainīgā vidē slimnīcas vadīšanas pilnveidošanā jāizmanto metodes, kas dod iespēju vadāmajam objektam operatīvi pielāgoties jaunajai vides situācijai.
2. Pārejai uz procesu vadīšanu slimnīcā ir nepieciešama zinātniski pamatota *uz procesu orientētas vadīšanas ieviešanas metodoloģija*.
3. Uz procesu orientētas sistēmas ieviešanas sastāvdaļa ir ārstu profesionālās izglītības vispārējo kompetenču attīstības apakšsistēma.

Promocijas darba teorētiskais un metodoloģiskais pamats

Par darba teorētisko un metodoloģisko pamatu kalpo gan veselības aprūpes un organizācijas, gan vadībzinātnes, gan arī informātikas zinātnes teorijas un prakses apraksti, kas no dažādiem viedokļiem veido kopainu nepieciešamajiem priekšnoteikumiem pārejai uz procesu orientētu vadīšanu slimnīcā metodoloģijas izveidei.

Slimnīcas kā organizācijas vadīšanas īpatnību raksturošanai autors balstījās uz klasisko V. Teilora (*Frederick Winslow Taylor*) zinātniskā menedžmenta, M. K. E. Vēbera (*Maximilian Carl Emil Weber*) skolas birokrātiska organizācijas un H. Fajola (*Henri Fayol*) administratīvo teoriju piemērošanas vadīšanai slimnīcā analīzi. Komplicētajā jautājumā par intelektuālu organizāciju vadītāju un tajā strādājošo tika izmantoti tādu zinātnieku kā G. Pinšo, E. Pinšo, L. Kipista, L. Fildžeralda (*G. Pinchot, E. Pinchot L. Kippist, L. Fitzgerald*) darbi. Intelektuālu organizāciju vadīšanas izpētē autors varēja balstīties arī uz latviešu autoru darbiem (V. Niedrīte, S. Babris). Slimnīcas kā sarežģītu sociāli tehnisku sistēmu izvērtējumu autors balsta uz E. Trista un K. Baumforta (*E. Trist, K. Bamforth*) novērojumiem. Organizācijas, to dinamiku un kompetenču aspektus tajās padziļināti ir pētījis un aprakstījis R. Dafts (*Richard L. Daft*). Savukārt darbam nepieciešamās kompetences, tās sastāvdaļas un tās veidošanas teorētiskos aspektus daudz ir pētījuši un aprakstījuši L. Spensers un S. Spensere (*Lyle M. Spencer, Signe M. Spencer*). Cilvēka kapitāla koncepcijas teorētiskos pamatus ir veidojoši daudzi pētnieki dažādos gadsimtos. Darbā uz ārstu potenciālu nodrošināt slimnīcas ilgtspējīgu vadīšanu tiek attiecināta cilvēka kapitāla teorija, ko veidoja ASV zinātnieki T. Šulcs (*Theodore Schultz*) un G. Bekers (*Gary Becker*).

Savukārt profesionālo grupu ietekmes veidošanās mehānismus ir pētījis Eliots Freidsons (*Eliot Freidson*), aprakstot arī ārstu profesijas un sabiedrības mijiedarbību.

Pēdējo desmitgažu pārmaiņas veselības aprūpē, kas liek mainīties slimnīcām, ir plaši aprakstītas nozares speciālajā literatūrā, un starp autoritatīvākajiem šīs jomas pētniekiem ir minami tādi Eiropas un ASV zinātnieki kā S. Tomsone (*Sarah Thomson*), T. Foubisters (*Thomas Foubister*) un E. Mossjaloss (*Elias Mossialos*), V. Hsiao (*William Hsiao*). Dažādu valstu pieredzi veselības aprūpes nodrošināšanā sadarbībā ar akadēmiskiem spēkiem pēta, analizē un dokumentē tādas autoritatīvas organizācijas kā Pasaules Veselības organizācija (PVO), Starptautiskais Valūtas fonds (SVF) un Pasaules Banka (PB). Starp Latvijas pētniekiem, kas ir piedalījušies PVO vai PB iniciētos pētījumos par veselības aprūpes procesu pārmaiņu dinamiku Latvijā, var minēt I. Misiņu, Ģ. Briģi, U. Mitenbergu, M. Taubi, savukārt attiecīgi kā PVO un PB eksperti Latvijas veselības aprūpi ir pētījuši tādi starptautiski atzīti ekonomisti kā N. Edvards (*Nigel Edwards*) un Č. Grifins (*Charles Griffin*).

Izpratni par zināšanu vadīšanu un biznesa procesiem organizācijā ir veidojuši daudzi zinātnieki un praktiķi. Kā zinātnieki, kas īpaši ir iedziļinājušies veselības aprūpes un tās uzņēmumu vadīšanas problemātikā, ir minami un S. Šortels (*Stephen M Shortell*), A. Kalužnijs (*Arnold D Kaluzny*), H. Mincbergs (*Henry Mintzberg*).

Ārstniecības procesu formalizācijas iespējas, to modelēšana, veselības aprūpes organizāciju informācijas sistēmu datu transformācija zināšanās par procesiem organizācijā ir joma, kurā pagaidām vēl tikai veidojas stabilas teorijas.

Kvalitatīvo atšķirību Latvijas slimnīcās izpētes metodes izvēlē autors balstās R. Stakes (*R. Stake*) un R. Jina (*R. Yin*) darbiem par gadījuma izpētes metodes pielietošanu, kā arī uz A. Džordži (*A. Giorgi*) aprakstītajiem fenomenu analīzes principiem.

Darbā izmantota arī vispārējā un zinātniskā literatūra par organizāciju vadīšanu, personālvadību, zināšanu vadīšanu, statistiskās datu analīzes un apstrādes metodēm, Pasaules Veselības organizācijas, Latvijas Republikas Centrālās statistikas pārvaldes, Nacionālā veselības dienesta, Slimību profilakses un kontroles centra un Latvijas Republikas Veselības ministrijas u.c. avotu dati.

Autors (ārsta grāds un maģistra grāds vadībizinībās) darbā izmantojis arī personīgo pieredzi, kas uzkrāta divdesmit praktiskā darba gados gan kā praktizējošam ārstam, gan kā vadītājam slimnīcā un citās veselības aprūpes organizācijās.

Pielietoto pētījuma metožu raksturojums

Promocijas darba izstrādē izmantotās metodes: zinātnisko pētījumu rezultātu un zinātnisko publikāciju analīze, normatīvo dokumentu analīze, gadījuma izpēte (*case study*), lietojot jauktu pētījuma metožu pieeju, tajā skaitā kvalitatīvu dokumentu un arhīvu datu lietišķo izpēti, un strukturētu interviju analīzi, kā arī aptaujas veidā iegūtu primāro datu un pētījuma nolūkā atlasītu sekundāro kvantitatīvo datu statistisko apstrādi un analīzi, izmantojot statistiskās analīzes metodes (grupēšanu, Pīrsona korelāciju analīzi, dispersiju analīzi (t-tests), ticamības intervāla noteikšanu). Pētījuma kvantitatīvo datu apkopošanai un apstrādei tika izmantotas MS Excel un SPSS 19.0 datorprogrammas. Pētījumā pielietoto metožu aprakstam un pētījuma sistēmas pamatojumam ir veltīta darba 3.1. apakšnodaļa.

Darba novitātes

1. Izveidots slimnīcas būtību un darba saturu raksturojošs „*slimnīcas darbības modelis*”.
2. Noskaidrota procesu vadīšanas lietderība slimnīcu vadīšanā un tās izmantošanas iespējas.
3. Izstrādāta metodoloģija uz procesu orientētas vadīšanas ieviešanai slimnīcā.
4. Izstrādāta uz procesu orientētas vadīšanas ieviešanas soļu un darbību plūsma.
5. Izstrādāti priekšlikumi ārstu pašvadīšanas attīstībai.
6. Izstrādātas procesu aprakstīšanas un sākotnējās modelēšanas konceptuālās nostādnes atbalsta sistēmas izveidei slimnīcas pārejai uz procesu orientētu vadīšanu.

Pētījuma ierobežojumi

1. Tā kā pētījums ir veikts vadībizinātnes uzņēmējdarbības vadības zinātnes apakšnozarē, tajā mazāk ir pētīti tie slimnīcu darbības aspekti, kas varētu būt aktuāli vadībizinātnes sabiedrības vadības apakšnozarē vai medicīnas zinātnes veselības aprūpes zinātnes apakšnozarē.
2. Promocijas darbā ierobežotā apjoma dēļ prioritāri tiek apskatīta vadītāju un ārstu mijiedarbība slimnīcas un tās procesu vadīšanā, savukārt netiek vērtēta pārējā personāla, tajā skaitā medicīnas māsu, citu medicīnas speciālistu un atbalsta dienestu darbinieku loma tajā.
3. Koncentrējoties uz slimnīcas pamata procesa – klīniskā procesa pārmaiņu vadīšanas izpēti, autors atsevišķi nepēta citu organizācijas darbības procesu – palīgprocesu un vadības procesu problemātiku.
4. Slimnīcas informācijas sistēmu attīstības pielietojums vadīšanas uzlabošanā tiek meklēts attiecībā uz iespējam ārstiem kļūt zinošākiem par klīnisko procesu norisi un attīstīt kompetenci vadīt un nodrošināt procesu pašvadīšanu, bet nevis vadītājiem tos efektīvāk kontrolēt.
5. Lai arī veiktā kvantitatīvā vienas universitātes medicīnas studentu viedokļu izpēte un starptautisks medicīnas studiju programmu satura salīdzinājums ļauj izdarīt secinājumu par papildus apmācības

nepieciešamību agrīnai vispārējo kompetenču attīstībai topošajiem ārstiem, darbā nav veikta padziļināta izpēte par veidu kā tieši un cik lielā apjomā šī apmācība būtu realizējama.

Pētījuma veikšanas laiks un vieta: nepieciešamie empīriskie dari iegūti, veicot aptauju 2012. gadā, veicot Latvijas slimnīcās un ambulatorajā aprūpē 2011. g. sniegto pakalpojumu analīzi NVD maksājumu sistēmas datu bāzē, un veicot veselības aprūpi un medicīnas profesionālo izglītību raksturojošo sekundāro datu (mācību programmu) analīzi 2012. un 2013. gadā.

Promocijas darba rezultātu aprobācija

Promocijas darbā ietverti pētījumu rezultāti ir atspoguļoti deviņās publikācijās, ziņoti četrās starptautiskās konferencēs, kā arī trīs Latvijas Universitātes gadskārtējās konferencēs.

Saisībā ar promocijas darba tematiku un pētījuma rezultātiem autoram ir sekojošas **publikācijas**¹:

1. **J. Bārdziņš.** The research of introduction of process orientated management in Latvian hospitals. Proceedings of VII International Conference Management Theory and Practice: Synergy in Organisations “Variety in Management: Management in Various Contexts”, Tartu, Estonia, April 16–17, 2015.
2. **J. Barzdins, J. Barzdins, E. Rencis, A. Sostaks.** Modeling and Query Language for Hospitals. Lecture Notes in Computer Science, 2013, Vol. 7798, 113–124
3. **J. Barzdins, A. Barzdins.** A pilot study on self-perceived need for management training among medical students in Latvia. International Journal of Medical Education, 2013, Vol. 4, 59–65
4. **J. Barzdins.** Human Capital Development in Physicians’ Profession. Journal of Economics and Management Research, 2013, Vol. 2, 16–25
5. **J. Barzdins, J. Barzdins, E. Rencis, A. Sostaks.** Model-based query language for analyzing clinical processes. Studies in Health Technology and Informatics, 2013, Vol. 192 (1–2), 1072
6. **J. Barzdins, R. Konstante.** Management Competencies for Health Care Professionals – Focus on Demand from the Field and Supply from Study Programs. Journal of Economics and Management Research, 2012, Vol. 1, 4–20
7. **J. Barzdins.** Developing health care management skills in times of crisis. International Journal of Health Care Management, 2012, Vol. 5 (3) 129–140

¹ Kopā ar līdzautoriem veidotajās publikācijās tikai autora patstāvīgais ieguldījums ir iekļauts promocijas darba saturā. Promocijas darbā nav iekļauts līdzautoru patstāvīgais ieguldījums, līdzautoru piekrišana autora ieguldījuma daļas izmantošanā šajā promocijas darbā ir saņemta.

Promocijas darba saturu doktorants ir referējis šādās **starptautiskās zinātniskajās konferencēs**:

1. Kaunas University of Technology, 10th International Scientific Conference “Political and Economic Challenges Stimulating Strategic Choices Towards Europe of Knowledge”, Kauņa, Lietuva, 2012. gada 20. aprīlī ar referātu “Entrepreneurship in Higher Education within Non-business Studies – the Case of Studies of Medicine”
2. University of Latvia, International Conference “New Challenges of Economic and Business Development – 2012” Rīga, Latvija, 2012. gada 11. maijā ar referātu “Global Trends in Health Care and Emerging Challenges for Management”
3. European Federation of Medical Informatics (EFMI) STC 2013 Conference “Data and Knowledge for Medical Decision Support” Prāga, Čehija, 2013. gada 18. aprīlī ar referātu “Graphical Modeling and Query language for Analyzing Clinical Processes”
4. University of Tartu, VII International Conference Management Theory and Practice: Synergy in Organisations "Variety in Management: Management in Various Contexts", Tartu, Igaunija, 2015. gada 17. aprīlī ar referātu “The research of introduction of process orientated management in Latvian hospitals”.

Promocijas darba saturu doktorants ir referējis šādās **LU gadskārtējās konferencēs**:

1. LU 70. zinātniskā konference, Rīgā, Latvijā 2012. gada 27. janvārī ar referātu “Veselības aprūpes uzņēmumu vadīšanas aktualitātes un izaicinājumi” (vadībzinātnes sekcija “Vadības zinību un uzņēmējdarbības attīstības dažādi aspekti”)
2. LU 71. zinātniskā konference, Rīgā, Latvijā 2013. gada 5. un 15. februārī ar referātiem „Modeļbāzēta vaicājumu valoda klīnisko procesu analīzei” (Informātikas zinātnes sekcija “Datorzinātnes un informācijas tehnoloģijas”, līdzautors) un “Uz slimnīcas biznesa procesu modeli balstīta jautājumu valoda klīniskā procesa analizēšanai” (vadībzinātnes sekcija “Biznesa informācijas vadība”)
3. LU 73. zinātniskā konference, Rīgā, Latvijā 2015. gada 20. februārī ar referātu „Procesa orientētas vadīšanas iespējas slimnīcā” (medicīnas zinātnes sekcija „Bāzes zinātnes”)

Cita aprobācija:

1. Balstoties uz promocijas darbā gūtajām atziņām, autors ir arī sagatavojis un pasniedz Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes studentiem B daļas kursu “Ekonomika un vadība veselības aprūpē” (2KP).

2. Valsts pētījumu programmas Nr. 2 projektā Nr. 5 “Jaunās informācijas tehnoloģijas, balstītas uz ontoloģijām un modeļu transformācijām” autors ir viens no projekta izstrādes grupas dalībniekiem. Autora ieguldījums projektā ir slimnīcas biznesa procesu aprakstīšana un sākotnēja modelēšana, ārstu un vadītāju iespējamo interesējošo jautājumu tipu aprakstīšana un metodes testēšana slimnīcas ārstu vidū.
3. Atzinuma vēstule par izstrādātā pētījuma praktisko pielietojamību no Bēnu Klīniskās universitātes slimnīcas.
4. Atzinuma vēstule par izstrādātā pētījuma praktisko pielietojamību no Liepājas Reģionālās slimnīcas.

Citas publikācijas:

1. **J. Barzdins, J. Barzdins, E. Rencis, A. Sostaks**, Graphical Modeling and Query Language for Hospitals. In: Y. Zhang, et. al. (Eds.), Health Information Science and Systems, 2013, 1:14, (4 November 2013), BioMed Central
2. **J. Barzdins, E. Rencis, A. Sostaks**. Graphical Modeling and Query Language for Analyzing Clinical Processes Modeling and Query Language for Analyzing Clinical Processes. In: J. Zvarova, A. Schlenker, L. Seidl, P. Smrčka, M. Tomečkova (Eds.), International Journal for Biomedicine and Healthcare, Volume 1, Issue 1, EuroMISE s.r.o, pp. 16, 2013.

Promocijas darba pamatsaturs

Promocijas darbā ir četras nodaļas – darba divas nodaļas ir veltītas teorētiski pētnieciskajai daļai, trešajā nodaļā ir aprakstīti veiktie kvalitatīvie un kvantitatīvie pētījumi, bet ceturtajā nodaļā ir aprakstīta metodika pārejai uz procesu orientētu vadīšanu slimnīcā, iekļaujot tās atsevišķu uzdevumu realizācijai pielietojamo metožu principu izstrādi.

Darba pirmā nodaļa veltīta slimnīcas darba satura un vadīšanas īpatnību izpētei. Tajā ir izanalizēta slimnīcas kā organizācijas specifika attiecībā pret klasiskām organizāciju teorijām, kā arī salīdzinoši jaunākiem kompleksu sociāli tehnisku sistēmu un intelektuālu organizāciju konceptiem. Nodaļā tiek arī izvērtēts vadīšanas saturs slimnīcā gan attiecībā uz slimnīcas organizatorisko struktūru, gan varas sadalījumu starp vadītājiem un ārstiem, gan attiecībā uz komplicēto iesaistīto pušu ietekmi.

Otrajā nodaļā tiek pētītas pārmaiņas slimnīcās un nosacījumi to ilgtspējas attīstībai mainīgos ārējās vides apstākļos. Tajā tiek izpētīta sistēmisko pārmaiņu veselības aprūpē ietekme uz slimnīcu darbību, uz procesu orientētas vadīšanas nozīme mūsdienu slimnīcā, uz procesu orientētu pārmaiņu vadīšanas slimnīcā teorētiskie aspekti un vispārējo kompetenču ārstiem attīstības nozīme jaunu lomu izpildē uz procesu orientētā slimnīcā

Trešajā nodaļā autora veiktā pētījumā izvērtēti uz procesu orientētu vadīšanu ietekmējošie faktori Latvijas slimnīcās. Pirmajā apakšnodaļā ir izvērtētas Latvijas slimnīcu attīstības tendences un nākošajās divās apakšnodaļās ir atspoguļots jauktu pētījuma metožu pielietojums, veicot gan kvantitatīvu, gan kvalitatīvu izpēti, novērtējot gan Latvijas lielo reģionālo slimnīcu vadīšanas un ārstu profesionālās darbības sistēmiskās ietekmes atšķirības, gan pieprasījumu uz vispārējo kompetenču attīstību vērsta apmācību virziena integrācijai ārstu profesionālajā izglītībā, gan ārstu profesionālās izglītības piedāvājumu vispārējo kompetenču jomā.

Ceturtajā nodaļā, balstoties uz iepriekšējo izpēti, autors piedāvā metodoloģiju pakāpeniskai uz procesu orientētas vadīšanas realizācijai slimnīcā. Nodaļas pirmajā apakšnodaļā tiek atspoguļoti pārejas uz procesu orientētu vadīšanu ieviešanas tehniskie soļi un metodiskie uzdevumi tās realizācijai, izmantojot sociāli tehnisku pieeju. Otrajā apakšnodaļā autors ir izstrādājis procesu vadīšanas sistēmas īstenošanas un to monitoringa aprakstu, kas vienlaikus ir arī nepieciešamā tehnoloģiskā risinājuma prasību apraksts.

Darba nobeigumā ir apkopoti autora formulētie 18 secinājumi un 12 priekšlikumi. Darba saturu papildina 39 attēli, 26 tabulas un 5 pielikumi.

1. SLIMNĪCAS DARBA SATURS UN VADĪŠANAS SPECIFIKA

1.1. SLIMNĪCAS BŪTĪBA UN DARBA SATURA ĪPATNĪBAS

Vadībzinātnē ar organizāciju saprot atvērtu sistēmu, kas sastāv no savstarpēji saistītām apakšsistēmām un kura darbojas vienā vai vairākās lielākās sistēmās. Katrai sistēmai un apakšsistēmai ir savi mērķi. Lai strukturēti varētu veikt slimnīcas kā organizācijas salīdzinošo analīzi, šī darba ietvaros autors par *slimnīcu* uzskata organizāciju, kurā diennakts režīmā ir nodrošināti gan stacionāri un ambulatori, gan plānveida un neatliekami ārstniecības pakalpojumi vienlaikus dažādās medicīnas specialitātēs, un kas nodarbināto skaita ziņā atbilst liela uzņēmuma kategorijai², savukārt par *klasisku organizāciju* uzskata organizāciju, kurā ir skaidri definēta un, vairumā gadījumu, centralizēta hierarhiska struktūra, kāda bieži ir sastopama lielos uzņēmumos, korporācijās, arī valsts pārvaldes organizācijās. Tipiski šādās organizācijās katrs atsevišķs organizācijas darbinieks ir pakļauts tikai vienam vadītājam, un šādas subordinācijas pakāpes attiecīgi veido hierarhiju. Hierarhiskas organizācijas locekļi galvenokārt komunicē vai nu ar saviem tiešajiem vadītājiem, vai tieši padotajiem.

Henrijam Mincbergam (*Henry Mintzberg*), profesoram Makgila universitātē Kanādā un daudzu ekonomikas un vadības stratēģijai veltītu rakstu un grāmatu autoram, pieder šāds teiciens: “*Man jau sen ir aizdomas, ka vadīt kaut pašu sarežģītāko korporāciju reizēm ir bērnu spēle, ja zina, ko nozīmē vadīt slimnīcu*” (Mintzberg, 1997). Savukārt, Pīters Drakers (*Peter F. Drucker*) vienā no savām grāmatām ir atzīmējis, ka „*veselības aprūpes uzņēmums ir pati sarežģītākā cilvēka veidotā organizācija, ko mēs jebkad esam apņēmušies vadīt.*” (Drucker, 1989). Drakers vēl 1988. gadā paredzēja, ka, pieaugot zināšanu nozīmei, divdesmit gadu laikā šāda, vairāk ekspertu un mazāk vadītāju tieši pārvaldīta darba organizācija būs vadošā arī citu nozaru uzņēmumos. Rakstā „*Nākotnes organizācijas atnākšana*” viņš prognozēja to, ka lielu uzņēmumu vadība „*pēc divdesmit gadiem vairāk līdzināsies tai, kāda tā ir slimnīcā, vai [orķestrim atskaņojot] simfoniju, nevis tādai, kāda tā tipiski ir ražošanas uzņēmumos*” (Drucker, 1988).

Slimnīcas kā organizācijas specifiku autors vērtē organizāciju teorijas kontekstā. Gan pašas organizācijas, gan kopējo organizāciju teoriju veidojošo izolēto teoriju galvenie uzsvāri ir vērtējami dažādi. Autors strukturētam apskatam piedāvā lietot Ričarda Skota (Richard Scott, 2002) trīs līmeņu dalījumu organizāciju analīzei:

- 1) sociāli psiholoģiskais līmenis – indivīdu un starppersonu attiecību aspekti organizācijā;

² Atbilstoši Eiropas Savienībā pieņemtajam uzņēmumu sadalījumam par lielu tiek uzskatīts uzņēmums ar vismaz 250 nodarbinātajiem (European Commission, 2003).

- 2) strukturālais līmenis – skats uz organizāciju kopumā, tās dalījumu struktūrvienībās, komandās, utt.;
- 3) makrolīmenis – organizācijas darbība un loma attiecībā uz citām organizācijām un sabiedrību kopumā.

Kā vēl vienu papildus līmeni organizāciju analīzei autors piedāvā arī ceturto līmeni, kas atspoguļo organizācijas spēju mācīties un attiecīgi mainīties:

- 4) dinamisko līmeni – skats uz organizāciju spēju adaptēties mainīgiem apstākļiem to ārējā un iekšējā vidē.

Tipiskos gadījumos hierarhiskā organizācijā tiek veiktas rutīnas veida darbības, un no darbinieku lielākās daļas pamatā tiek sagaidīta vienu un to pašu darbību atkārtota veikšana. Šādā organizācijā viens no mērķiem ir ierobežot darbinieku individuālus lēmumus attiecībā uz funkciju veikšanu, jo novirzes attiecīgās funkcijas izpildē var negatīvi ietekmēt kopējo darba plūsmu. Hierarhiska struktūra un centralizācija tomēr var nebūt piemērota organizācijai, kurā ražošanas procesam ir raksturīga augsta nenoteiktības pakāpe. Agrīnās organizāciju teorijas, kas pētīja to galvenokārt sociāli-psiholoģiskajā līmenī, neparedzēja šādus nenoteiktus darba apstākļus. Zinātniskā menedžmenta pieeja par aprēķinos pamatojamu efektīvāko darba procesu un katra darbinieka lomu tajā var nebūt piemērojama ražošanas procesam, kurā daļu darba veic eksperts, kas patstāvīgi pieņem lēmumus. Tāpat arī, ja darbinieki ražo preces vai sniedz pakalpojumu, patstāvīgi pieņemot kompleksus lēmumus, uz priekšrakstiem balsīta M. K. E. Vēbera (*Maximilian Carl Emil Weber*) skolas birokrātiska organizācija varētu arī ne gluži atbilst slimnīcas organizācijai, kaut arī atsevišķos gadījumos birokrātiskās organizācijas pazīmes slimnīcā ir sastopamas (skat. 1.1. tabulu).

Vēbera skolas birokrātiskās organizācijas un slimnīcas salīdzinājums

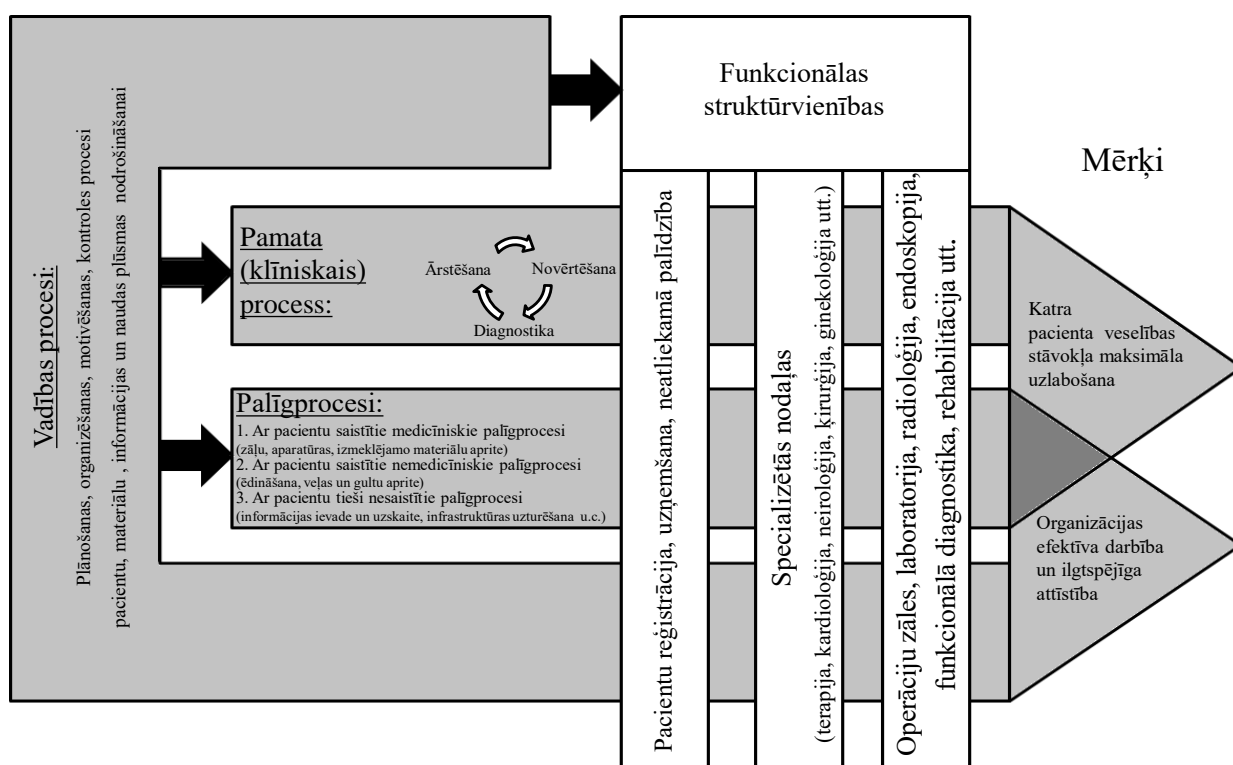
(Avots: autora veidota tabula, izmantojot literatūras avotus)

Klasiska (birokrātiska) organizācija (Daft, 2012; Legard & Bindslev, 2006)	Slimnīca (Griffith, Pattullo, Arbor, & White, 2005; Saltman & Dubois, 2011; Stolzenberg, 2000)
Darba apraksts, vara un atbildība ir skaidri definēti un oficiāli apstiprināti katram darbiniekam.	Daļai slimnīcas darbinieku – ārstiem darba apraksts nenosaka to veicamās darbības pacientu ārstēšanā. Ārstu profesionālo darbības apjomu nosaka to profesionālās organizācijas savu biedru sertifikācijas procesā.
Varas hierarhija ir skaidri noteikta, katrs darbinieks atskaitās tikai vienam, hierarhijā nākamajam augstākstāvošajam vadītājam.	Ārstu pakļautība vadītājam ir nepilna – pieņemot lēmumu par pacienta ārstēšanu, tas savā izvēlē ir brīvs un par ārstēšanas rezultātu ir atbildīgs arī savas profesionālās organizācijas priekšā.
Visi organizācijas darbinieki ir atlasīti, balstoties uz formāli apliecinātu tehnisko kvalifikāciju.	Ārstniecības personālam formāli apliecināta kvalifikācija ir obligāti nepieciešama patstāvīgai līdzdalībai pacientu ārstēšanā.
Visu līmeņu vadītāji tiek nozīmēti, bet ne ievēlēti.	Vairumā gadījumu vadītāji tiek iecelti, izņēmums varētu būt ar augstskolām saistītās slimnīcas, kurās ir arī akadēmiski ievēlēti vadītāji.
Vadītāji saņem fiksētu algu, kas mainās, tiem kāpjot augšup pa hierarhijas kāpnēm.	Atalgojuma veidi var būt dažādi – atkarībā no slimnīcas saimnieciskās darbības formas.
Vadītājiem nav struktūrvienību īpašuma tiesību.	Arī slimnīcā vadītājiem nav īpašuma tiesību attiecībā uz vadīto struktūrvienību, tomēr specializētās nodaļas ir izveidojušās un kalpo kā kopprakses vieta vienas specialitātes ārstiem.
Visi darbinieki pakļaujas stingriem noteikumiem, disciplīnai un kontrolei attiecībā uz tiem oficiāli noteikto pienākumu pildīšanu. Šie noteikumi un kontroles mehānismi nav personīgi pielāgoti, bet vienādi tiek piemēroti visos gadījumos.	Kaut arī medicīna ir viena no regulētākajām nozarēm, ārstu profesionālā neatkarība saglabājas. Līdz ar to ārstniecībā biežāk sastopamas ir vadlīnijas un stingri rīcības protokoli eksistē tikai dažās jomās.

Šajā salīdzinājumā var redzēt, ka slimnīcas un klasiskas Vēbera skolas birokrātiskas organizācijas pazīmes ievērojami atšķiras. Pēc autora domām, galvenais faktors, kas neļauj slimnīcu vadīt kā birokrātisku organizāciju, ir tas, ka tās nodrošinātajiem pakalpojumiem ir jābūt individuāli adaptētiem katram organizācijas klientam – pacientam. Katram pacientam nepieciešamo diagnostikas, ārstēšanas un aprūpes apjomu nosaka pēc būtības neatkarīgs eksperts – ārsts, kas administratīvi ir pakļauts vadītājam slimnīcā, bet kā profesionālis ir neatkarīgs un atbildīgs citu profesionāļu priekšā. **Ārsts slimnīcā nosaka to, kas tajā tiks uzņemts un kas izrakstīts, kad tiks uzņemts un izrakstīts, kādā struktūrvienībā ārstēts, kādi medicīnas pakalpojumi tiks sniegti, kādā secībā tie tiks sniegti, kādos apjomos un devās, ar kādu un kā piegādātu aprīkojumu pakalpojums tiks nodrošināts.**

Vēl viena slimnīcas īpatnība ir tās „ražošanas procesam” – klīniskajam procesam, kurā ārsts veic pacientu novērtēšanu un nosaka nepieciešamo izmeklēšanu un ārstēšanu, piemītošais cikliskums un augsta nenoteiktības pakāpe.

Slimnīcas sarežģītās darbības raksturošanai autors ir izveidojis īpašu „slimnīcas darbības modeli”, ar kura palīdzību var veikt tās darbības holistisku analīzi (skat. 1.1. attēlu).



1.1. attēls. Slimnīcas darbības modelis

Avots: Autora veidots attēls

Izmantojot slimnīcas darbības modeli vadīšanā, ir iespējams novērtēt gan tās atšķirīgo procesu, gan struktūrvienību, gan mērķu savstarpējo loģiku un visas mērķtiecīgās norises tajā attiecināt uz kādu no trim jebkurā organizācijā esošajiem procesu veidiem – pamata, atbalsta vai vadības procesiem. Izstrādātā modeļa pielietojamību, skaidrojot slimnīcas darbības specifiku, autors ir aprobējis medicīnas studentu apmācības procesā kursā "Veselības vadības sistēmas".

Kā **pamata (klīnisko) procesu**, autors definē procesu, kurā slimnīcas klients – pacients saņem tam nepieciešamo ārstēšanu un aprūpi, sākot ar brīdi, kad tiek pārkāpts slimnīcas sliekšnis, un beidzot ar brīdi, kad slimnīcas pakalpojums vairs nav nepieciešams. Šim procesam ir raksturīga augsta nenoteiktības pakāpe, to nosaka gan katra atsevišķa pacienta individuālās vajadzības un to subjektīvais raksturs, gan ārsta kā eksperta un profesionāļa iespējas izvēlēties, viņaprāt, pacientam piemērotāko ārstēšanu (par kuras pareizību tas atbild citu savas profesijas pārstāvju, bet ne slimnīcas administrācijas priekšā). Klīniskajam

procesam ir ciklisks raksturs – to veido secīgi, ārsta profesionālās darbības noteikti pacienta stāvokļa **novērtēšanas – diagnostikas – ārstēšanas cikli**.

Klīniskā procesa nenoteiktība neizslēdz iespēju **palīgprocesiem** būt strukturētiem un formalizētiem. Līdz ar to slimnīcās pastāv hierarhiskās struktūras, kurās, ja nevar tikt racionalizēts pats pamata ražošanas (klīniskais) process, tad vismaz var tikt racionalizēti pārējie procesi. Slimnīcas palīgprocesos, kas nodrošina klīniskā procesa norisi, līdzīgi kā klasiskos uzņēmumos, ir iespējama Teilora ieteiktā katra darba uzdevuma sadalīšana darba operācijās un darbinieku apmācība specifisku uzdevumu veikšanā, lai iegūtu maksimālu veiktā darba precizitāti un tempu, kā arī Vēbera rosinātie vadīšanas principi par darba dalīšanu, amatu hierarhijas veidošanu, darba organizācijas kārtību un tiesību nošķiršanu no administratīvi piešķirtajām tiesībām un varas.

Vērtējot slimnīcu no ārstu darbības viedokļa, tās modelis ir Teilora funkcionālai darba dalīšanai un specializācijas koncentrēšanai atbilstošs – mūsdienu slimnīcas ir tieši veidojušās kā organizācijas, kur ārstiem ir iespēja, vienkopus strādājot, specializēties aizvien šaurākos medicīnas virzienos un veidot arī attiecīgas **funkcionālas struktūrvienības**, kurās nonāk tikai tie pacienti, kuru ārstēšanu nodrošina attiecīgās specialitātes ārsti (Lega, 2004; Shortell & Kalunzny, 2000). Izveidotais modelis attēlo dažādu specialitāšu ārstu darba dalīšanai izveidotās vertikālas funkcionālas struktūras, kurām mijiedarbojoties ir jānodrošina horizontālu procesu norise visā organizācijā kopumā.

Arī ņemot vērā slimnīcas vadītāju pārstāvēto organizācijas kopējo un ārstu pārstāvēto individuālo uz pacientu orientēto **mērķu duālismu**, kopumā tās kā organizācijas **vadības procesi** un pārvaldības funkcijas neatšķiras no tām, kas veido H. Faijola (*Henri Fayol*) administratīvo teoriju: plānošana (mērķu noteikšana), organizēšana (struktūras definēšana), centrālā vadība (uzdevumu došana, sadarbība) un kontrole. Faijols arī definē divus pamata principus, kas nosaka organizācijas efektīvu darbību: vadīšanas sistēmas nodrošinātas darbības koordinēšana un no darba dalīšanas izrietošā specializācija. Koordinēšanas un specializācijas salīdzinājumam klasiskā organizācijā un slimnīcā ir izstrādāta tabula, kas iezīmē ārstu īpašo lomu slimnīcas organizācijā (skatīt 1.2. tabulu).

Koordinēšanas un specializācijas salīdzinājums klasiskā organizācijā un slimnīcā

(Avots: autora sastādīta tabula, izmantojot literatūras avotus (Daft, 2012; Legard & Bindsev, 2006; Pryor & Taneja, 2010) (Griffith et al., 2005; Saltman & Dubois, 2011; Stolzenberg, 2000))

Klasiska organizācija	Slimnīca
Koordinēšana vadišanas sistēma	
Katrs darbinieks ir pakļauts tikai vienam vadītājam	Ārstu pakļautība vadītājam ir nepilnīga – tā attiecas tikai uz pašu dalību slimnīcas darbā (darba laiks, vieta, atalgojums utt.), bet ne attiecībā uz pacientu ārstēšanu. Pārējā medicīnas personāla dubultpakļautība – administratīva pakļautība tiešajam vadītājam, pakļautība ārstam konkrēta pacienta ārstēšanas lēmumu izpildē.
Katram vadītājam var būt stingri ierobežots pakļauto skaits	Ārstiem-vadītājiem, pakļauti var būt salīdzinoši daudzi ārsti, vadītājs nenes tiešu atbildību par pakļautībā esoša ārsta profesionālajiem lēmumiem. Katra pacienta ārstējošais ārsts kļūst par vadītāju tā ārstēšanas un aprūpes komandai (kuras sastāvs var būt mainīgs).
Rutīnas darbības patstāvīgi jāveic padotajiem, vadītājs piedalās, tikai veicot īpašas darbības	Palīgprocesu realizācijā saglabājas klasiskas organizācijas vadišanas sistēma. Klīniskajā procesā lielākā daļa ārstu-vadītāju turpina veikt praktisko ārsta darbu. Augstāks stāvoklis administratīvajā hierarhijā var būt un var arī nebūt saistīts ar augstāku profesionālo kompetenci. Administratīvajā hierarhijā augstāk stāvošie vadītāji bieži ir bez profesionālas kompetences medicīnā.
Specializācija homogēnu grupu veidošanā darbību veikšanai atbilstoši:	
- mērķim (piemēri)	
Attīstības, mārketinga, u.c. nodaļas	Specializētas nodaļas, kuru izveides mērķis ir iespēja vienkopus praktizēt vienas specialitātes ārstiem
- procesam (piemēri)	
Nodaļas ražošanas pamata procesā vienvērtīgu darbību veikšanai – krāsošanas cehs, fasēšanas nodaļa	Nodaļas palīgprocesu veikšanai – uzņemšanas nodaļa, radioloģiskās izmeklēšanas nodaļa
- klientam (piemēri)	
Klientu sadalījums pēc to kopējām pazīmēm – lieli, vidēji, mazi klienti	Klientu sadalījums pēc specialitāšu ārstu vajadzībām – neiroloģijas, ortopēdijas, onkoloģijas nodaļas, kurās ārstējas pacienti, kuru kopējā pazīme ir ārstējošā ārsta piederība konkrētai specialitātei. Nodaļas, kas veidotas, pārkāpjot vienas medicīnas specialitātes robežas, pagaidām ir reti sastopamas – dienas stacionārs, observācijas nodaļa.

Tāpat galvenās atšķirības darba koordinēšanā starp klasisku organizāciju un slimnīcu ir vienas darbinieku daļas – ārstu īpašais duālais statuss tajā (ārstu pakļautība vadītājam ir daļēja – savas profesionālās kompetences jomā tas rīkojas neatkarīgi), savukārt pārējam medicīnas personālam ir dubultpakļautība – pacienta ārstējošais ārsts kļūst par vadītāju tā ārstēšanas un aprūpes komandai. Otra būtiska atšķirība ir ārstu specializācija un attiecīgu struktūrvienību veidošana, pamatā balstoties nevis uz līdzīgām klientu (tāpat arī ražošanas) vajadzībām, bet līdzīgām darba izpildītāju (ārstu) vajadzībām (vienkopus ārstēt specialitātei atbilstošus pacientus).

Neraugoties uz atšķirībām darba koordinēšanā un struktūrvienību specializācijā, gan klasiskā organizācijā, gan slimnīcā vadītāju varu definē tās apstiprinātā administratīvā struktūra. Vadītāju raksturojums pēc to varas veida ir vēl viens aspekts, kas slimnīcu atšķir no klasiskām organizācijām.

Starp Vēbera definētajiem varas veidiem – tradīciju, harizmātiskā un racionālā vara – slimnīcā atšķirībā no klasiskas organizācijas paralēli racionālai, administratīvi apstiprinātai varai **liela nozīme ir arī citiem varas veidiem** (skat. 1.3. tabulu).

1.3. tabula.

Vēbera definēto varas veidu salīdzinājums klasiskā organizācijā un slimnīcā

(Avots: autora izveidota tabula, izmantojot literatūras avotus (Van De Ven & Poole, 1995) (Saltman & Dubois, 2011))

Varas veids (pēc Vēbera)	Klasiska organizācija	Slimnīca
Tradīciju vara: balstās uz tradīcijām, „tā vienmēr ir bijis”	Uz klasisku organizāciju parasti neattiecas, raksturīga nelielām organizācijām. Īpašnieka, dibinātāja autoritāte	Tradīcijās balstīta ārsta vara (piemēram, ārsta varas izpaušme attiecībā uz medicīnas māsām)
Harizmātiskā vara: autoritāte un vara balstās uz personības īpašībām	Piemīt personai, kuras augsta vispārējā kompetence balstās personīgās īpašībās, vērtībās un motivācijā	Profesionāla autoritāte, kas piemīt ārstam ar augsti atzītu profesionālu kompetenci
Racionālā vara: bezpersoniska, balstās uz racionālu, likumiskās kārtības pamatojumu	Vadošā autoritātes izpaušme organizācijā, padotie to ievēro racionālu apsvērumu dēļ	Ārsti šāda veida varai pakļaujas ierobežoti to profesionālās autonomijas dēļ

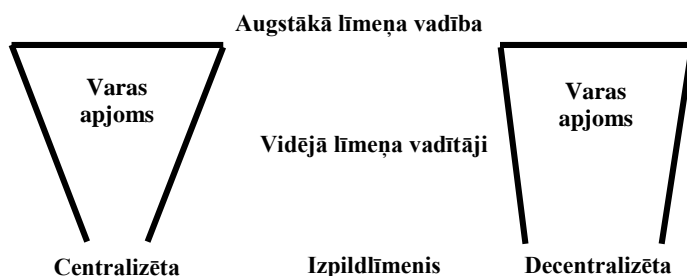
Autorprāt, būtiskākās atšķirības varas izpaušmes ziņā starp slimnīcu un klasisku organizāciju ir **tradīciju** lielā **nozīme**. Slimnīcās, kuras sākotnēji veidojas tieši kā ārstu kopprakses vietas, to vara balstās arī tradīcijās. Šāda tradīcijās balstīta ārsta varas izpaušme bieži ir raksturīga viņu sadarbībā ar citām slimnīcā strādājošu medicīnas profesionāļu grupām, piemēram, medicīnas māsām, kur bez racionālas varas var

valdīt arī tradīcijās balstīta vara. Otra būtiska atšķirība ir **vadītāju ierobežotā racionālā vara** attiecībā uz ārstiem un to pakļaušanās profesionālai autoritātei, kas var arī nebūt to formālie vadītāji. Tādu vadītāju apzīmēšanai, kuri vienlaikus nav arī profesionālas autoritātes, ar ierobežotu varu attiecībā uz ārstiem, to profesionālajiem lēmumiem, šajā darbā bieži tiek lietots apzīmējums „administratīvais vadītājs” pretstatā „vadītājam” šī vārda tradicionālā izpratnē.

Kā uz jebkuru organizāciju, arī uz slimnīcu var attiecināt Vēbera minēto par organizācijas struktūru kā savienojošo elementu starp tās stratēģiju un darbības plāna realizāciju. Tradicionāli slimnīcu formālā organizatoriskā struktūra daudz neatšķiras no klasiskas organizācijas birokrātiskās struktūras, kurā ir skaidri definētas lomas un atbildība pastāvošā hierarhijā. Tomēr realitātē slimnīcas struktūrā paralēli vienotai vertikālai varas līnijai pastāv arī cita veida autoritātes noteiktas saistības starp darbiniekiem. Gan jau iepriekš minētā ārstu vara attiecībā uz māsu personālu, veicot konkrēta pacienta ārstēšanu, gan ārstu profesionālo autoritāšu ietekme ārpus formālām hierarhijām, gan vadītāju nepilnā varas realizācijas iespēja attiecībā uz ārstiem slimnīcā veido jaunu, post-birokrātisku organizācijas struktūru. Tomēr visbiežāk šīs ārpus hierarhijas attiecības ir daļa no organizācijas vārdos neizteiktajām zināšanām (*tacit knowledge*) par to, kā darbs šajā organizācijā tiek veikts, un tikai atsevišķi tās elementi var būt formalizēti aprakstītu procesu vai rīcības kārtību veidā.

Ārstu profesionālā autonomija, strādājot slimnīcā, tomēr ir ierobežota, jo no slimnīcas resursiem (telpām, pārējā personāla, tehnoloģijām, naudas) ir atkarīga to iespēja realizēt savu profesionālo potenciālu pacientu ārstēšanā un saņemt par to attiecīgu atalgojumu. Savukārt administratīvo vadītāju vara attiecībā uz ārstiem ir ierobežota, jo, pieņemot lēmumus klīniskā procesa (ražošanas procesa) ietvaros, tiem ir iespējas salīdzinoši brīvi rīkoties ar slimnīcas resursiem. Ārsta autonomija balstās ne vien tradīcijās, bet arī to personiskajā atbildībā, kas tam kā profesionālim pastāv attiecībā uz katra individuāla pacienta ārstēšanas iznākumu. Situācijā, kad par pievienotās vērtības radīšanu katram individuālam klientam (pacientam) atbild organizācijā nodarbināts eksperts (ārsts), bet atbildība par organizāciju kopumā, tās klientu vairākuma un dažādu iesaistīto pušu vajadzību ievērošanu atbild vadītājs, lēmumu pieņemšana neizbēgami balstās uz savstarpēju dialogu un konsensa sasniegšanu. No šāda aspekta lūkojoties, slimnīca kā organizācija ir ļoti atšķirīga no klasiskas organizācijas, kuras darbības efektivitāti nodrošina stingri definēta varas realizēšanas struktūra.

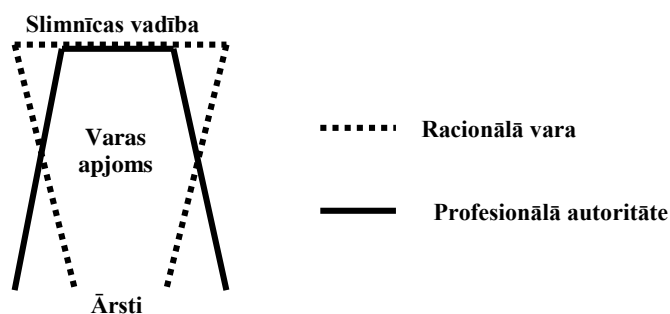
Čarnovs un Montana (Charnov & Montana, 2008) ir aprakstījuši varas realizēšanas un tās deleģēšanas saistību ar centralizācijas vai decentralizācijas pakāpi organizācijā, secinot, ka ierobežota augstākās vadības varas deleģēšana raksturo centralizētu organizāciju, savukārt nozīmīga augstākās vadības varas deleģēšana zemāk hierarhijā raksturo decentralizētu organizāciju (skat. 1.2. attēlu).



1.2. attēls. Varas sadalījums centralizētā un decentralizētā organizācijā

Avots: Charnov, Bruce H., and Patrick J. Montana. 2008. *Management. Barron's Educational Series*, 195. pp.

Tātad augsti centralizētā organizācijā darbiniekiem zemākos līmeņos ir ierobežota vara pieņemt lēmumus patstāvīgi un attiecīgi varas apjoms izpildlīmenī ir augstāks decentralizētās organizācijās. Šāds modelis norāda uz centralizāciju un decentralizāciju kā pretējiem stāvokļiem, kas, autoraprāt, viennozīmīgi ir attiecināms uz klasiskām organizācijām. Savukārt slimnīcā vai cita veida organizācijā, kurā darbības pamata process ir ar augstu nenoteiktības pakāpi un kur lēmumi attiecībā uz to ir jāpieņem pašiem šī procesa izpildītājiem, balstoties uz savu profesionālo ekspertīzi, varas sadalījums var būt arī cits (skat. 1.3. attēlu).



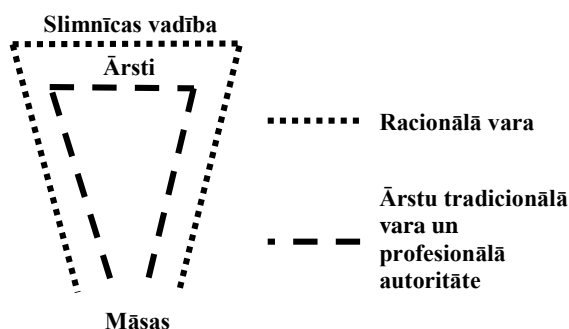
1.3. attēls. Varas sadalījums slimnīcas darbības pamata procesos

Avots: Autors veidots attēls

Attiecībā uz klīnisko procesu, kas ir arī slimnīcas darbības pamata process, ārsta profesionālās autoritātes nodrošinātās varas pārsvaru pār slimnīcas vadības racionālo varu nosaka jau iepriekš minētā profesionālās darbības autonomija un personīgā atbildība par ārstēšanas rezultātu. Šāds darba izpildītāju un vadības varas disbalanss ļauj paredzēt, ka organizāciju teorijas, kas pamatā apskata klasiskas organizācijas ar skaidru varas sadalījumu, var nebūt pilnībā pielietojamas tādā organizācijā kā slimnīca. Slimnīcas gadījumā daudzi gan operatīvi, gan stratēģiski lēmumi organizācijas attīstībai ir saistīti ar pārmaiņām klīniskajos procesos, par kuriem ikdienas lēmumu pieņemšanā ārstiem ir lielāka vara nekā vadītājiem. Savukārt ekonomikas pamatjautājums par nepieciešamību vēlmes saskaņot ar iespējām, šajā gadījumā – dažādu resursu pieejamība slimnīcā, nosaka ārstu varas robežas. Lēmumus par tādu resursu kā pieejamais personāls, tā apmaksāts darba laiks, infrastruktūra, zāles, medicīnas aparatūra pieejamību tomēr pieņem

slimnīcas vadība. Līdz ar to tādu lēmumu pieņemšana, kas maina ierasto klīnisko procesu gaitu slimnīcā, neizbēgami prasa abu pušu varas līdzsvara sasniegšanu.

Iepriekš aprakstītās slimnīcas vadības un ārstu varas komplicētās attiecības nav vienīgā, ar varas sadalījumu saistītā, slimnīcas un klasiskas organizācijas atšķirība. Klīniskajā procesā ārsti ir ne tikai izpildītāji, bet attiecībā uz konkrēta pacienta ārstēšanu ārstu pieņemtie profesionālie lēmumi ir jāizpilda medicīnas māsām un citam ārstniecības personālam (skat. 1.4. attēlu).



1.4. attēls. Slimnīcas vadības un ārstu vara klīniskajā procesā

Avots: Autora veidots attēls

Tātad vara slimnīcas vadībai un ārstiem attiecībā uz citiem ārstniecībā iesaistītiem darbiniekiem pārklājas. Turklāt ārstu vara klīniskā procesa ietvaros attiecībā uz personālu, kas nodrošina konkrētā pacienta ārstēšanu, var būt arī tuvu absolūtai, jo atkal – ārsts, nevis māsa ir atbildīgs par ārstēšanas iznākumu. Šajā ārstu varā attiecībā uz medicīnas māsām ir iespējamās variācijas – jo vairāk pacientam ir nepieciešama aprūpe, nevis aktīva ārstēšana, jo lielāka kļūst māsu iespēja lēmumus pieņemt patstāvīgi. **Šādas komplicētas dažādu varu mijiedarbības dinamiskas pārmaiņas organizācijas pamata darbības procesa gaitā nav raksturīgas klasiskā organizācijā.** Tas norāda uz to, ka slimnīca kā organizācija un arī vadīšana tajā ir būtiski atšķirīga no klasiskas organizācijas un ka atšķirībā no klasiskas organizācijas slimnīcā vienai nodarbināto grupai (ārstiem) pieder ne tikai tiem deleģētā racionālā vara, bet tās pārstāvjiem ir iespējams izmantot arī tradicionālo un harizmātisko varu.

Tātad, apkopojot veikto varas sadalījuma analīzi slimnīcā, ir jāsecina, ka tās sadalījums būtiski ietekmē to, kādām ir jābūt slimnīcas kā organizācijas vadīšanā izmantojamām metodēm. Vēl kāds aspekts, kas nosaka vadīšanas raksturu organizācijā, ir tās darbības raksturs – uzdevumu, kurus tā veic, komplicētība un to izpildē iesaistīto darbinieku nepieciešamās kompetences. Šajā aspektā darba turpinājumā autors analizē intelektuālas organizācijas un kompleksas sociāli tehniskas sistēmas jēdzienu vadīšanas konceptu izmantošanas piemērotību slimnīcas gadījumā.

1.2. SLIMNĪCAS KĀ INTELEKTUĀLAS ORGANIZĀCIJAS ĪPATNĪBAS

Līdz šim noskaidrotās slimnīcas atšķirības no klasiski strukturētas un birokrātiski vadītas organizācijas liecina par to, ka slimnīca ir intelektuāla organizācija (*intelligent organization*), ko Pinšo (*Gifford Pinchot, Elizabeth Pinchot*) savā bieži citētajā grāmatā „*The end of bureaucracy and the rise of the intelligent organization*” min kā birokrātiskai organizācijai pretēju organizācijas veidu (Pinchot & Pinchot, 1993). Slimnīcu kā intelektuālas organizācijas piemēru savā darbā piemin arī Babris (Babris, 2007), minot, ka „*intelektuālā organizācija [...] ir tāda tipa organizācija, kuras pastāvēšana ir pilnībā atkarīga no organizācijas darbinieku zināšanām un garīgajām spējām*” un ka „*šī definīcija palīdz nošķirt intelektuālo organizāciju veidu no tradicionālajām organizācijām, kuru pastāvēšana vairāk ir atkarīga no fiziskā kapitāla (iekārtas, tehnika, ēkas u.c.), ko tā izmanto, nevis no cilvēkiem, kas tajās strādā*”. Industriāla ražošanas uzņēmuma un intelektuālas organizācijas atšķirības ir apkopojis Kotelnikovs (Котельников, В. Ю) (skat. 1.4. tabulu).

1.4. tabula.

Pāreja no ražošanas uzņēmuma uz intelektuālu uzņēmumu

Avots: (Котельников, 2007)

Industriāls (ražošanas) uzņēmums Korporatīvie kritēriji	Intelektuāla organizācija Korporatīvie kritēriji
Lielizmēra jaudīga ražošana	Mazas biznesa vienības
Darbu standartizācija	Darba adaptēšana
Darbaspēka standartizācija	Elastīgs darbaspēks
Galvenā vērtība – finanšu resursi	Galvenā vērtība – cilvēkresursi
Galvenais pārvaldītājs – kontrolieris	Galvenais pārvaldītājs – līderis un padomnieks
Hierarhiska piramīdveida organizatoriskā struktūra	Elastīga tīklveida organizatoriskā struktūra
Darbinieki – izmaksas	Darbinieki, kā investīcijas
Vadīšana notiek intraverti no augšas uz leju	Ekstraverta – sazarota vadīšana
Orientācija uz individuālu darbošanos	Orientācija uz komandas darbu
Informācija ir pieejama tikai pēc pieprasījuma	Informācija – kā atvērta sistēma
Lēmumu pieņemšanā – vertikāla sistēma	Sazarota lēmumu pieņemšanas sistēma
Tiekšme pēc stabilitātes	Tiekšanās pēc pārmaiņām
Tiekšme uz vertikālo līderību	Visu darbinieku pārveidošana par līderiem

Autors uzskata, ka daudzas, tomēr ne visas iepriekš minētās intelektuāla uzņēmuma pazīmes var attiecināt uz slimnīcu. Tā apgalvojums, ka intelektuāla organizācija ir maz atkarīga no fiziskā kapitāla, nevar tikt viennozīmīgi attiecināts uz mūsdienu slimnīcu un moderno tehnoloģiski ietilpīgo medicīnu. Autoraprāt, arī **darba standartizēšanu un darba adaptēšanu konkrētām vajadzībām slimnīcas gadījumā**

nedrīkst uzskatīt par savstarpēji izslēdzošām vadīšanas metodēm, jo viens no veidiem, kā slimnīcās tiek uzlabota efektivitāte un kvalitāte, ir pacientu ar kopīgām vienveidīgam vajadzībām grupēšana, ieviešot vadlīnijas un standartus, mazinot ārstēšanas nepamatotas variācijas.

Daži no intelektuālas organizācijas kritērijiem, piemēram, ekstraverta, sazarota vadīšana, orientācija uz komandas darbu, informācija – kā atvērta sistēma, tiekšanās pēc pārmaiņām un darbinieku pārveidošana par līderiem, autoraprāt, ir uzskatāmi par slimnīcas ilgtspējīgas attīstītas vadīšanas mērķiem, uz kuriem ir jātiecas. Tomēr pagaidām slimnīcās šīs intelektuālas organizācijas pazīmes vēl tikai attīstās.

Ir jāuzsver, ka slimnīcā bez klīniskā procesa, kura daļa ir ar augstu nenoteiktības pakāpi, pārējie procesi tomēr ir stingri reglamentēti, un birokrātija tās pozitīvā nozīmē nekur nezudīs. Šajā aspektā autors piekrist Robina (Robbins, Millett, & Marsh, 2004) teiktajam: „*Neraugoties uz dažām pārmaiņām, birokrātija vēl ir dzīva [...]. Tā turpina būt dominējošā strukturālā forma ražošanā, pakalpojumu uzņēmumos, slimnīcās, skolās un augstskolās [...] tāpēc, ka vēl aizvien tas ir efektīvākais veids liela mēroga aktivitāšu organizēšanai*”. Tajā pašā laikā ir jāņem vērā medicīnas profesionāļu viedoklis, kuru precīzi ir noformulējis latviešu ķirurgs un veselības aprūpes organizētājs Pauls Stradiņš, uzsverot, ka „*medicīna reizē ir amats, zinātne un māksla*”. Tāpēc slimnīcas vadības sistēmai ir jāņem vērā procesa daudzveidība tajā.

Apkopojot iepriekš minēto, autors secina, ka **slimnīcu nevar uzskatīt arī par viendabīgu un tipisku intelektuālu organizāciju**. Ja slimnīca kopumā atbilst būtiskākai intelektuālas organizācijas pazīmei – t.i., „*tās pastāvēšana ir pilnībā atkarīga no organizācijas darbinieku zināšanām un garīgajām spējām*”, tad sava īpatnā darba satura dēļ ļoti plašs ir pamatprocesus apkalpojošo darbinieku un struktūrvienību klāsts. Savukārt pamatprocesu gaitu lielā mērā nosaka salīdzinoši autonomi darbojošies profesionāļi – dažādu specialitāšu ārsti, un šādā vienas profesijas organizācijā dominances kontekstā ir arī jāvērtē iespējas slimnīcā attīstīt tādas intelektuālai organizācijai raksturīgas iezīmes kā darba adaptēšana, elastīgs darbaspēks, elastīga tīklveida organizatoriskā struktūra, ekstraverta – sazarota vadīšana, orientācija uz komandas darbu, informācija – kā atvērta sistēma, tiekšanās pēc pārmaiņām. Daudzas no šīm intelektuālas organizācijas pazīmēm, kas būtu mērķtiecīgi attīstāmas slimnīcas ilgtspējīgas attīstības nodrošināšanai, zināmā mērā ietekmē līdzšinējo slimnīcā dominējošās profesijas autonomiju un statusu.

Uzskatot, ka **slimnīcas saimnieciskā sistēma, kas nodrošina palīgprocesus, varētu tikt vadīta tradicionāli, autoraprāt, pamatprocesu – klīnisko procesu nodrošinošo intelektuālo struktūrvienību un darbinieku vadīšanā atbilstoši intelektuālas organizācijas principiem ir jārada sistēma, kas organizācijas kopējo mērķu sasniegšanā izmanto, nevis ierobežo ārstu profesionālo autonomiju un varu.**

To, ka ilgtspējīgai slimnīcas attīstībai tās intelektuālo darbinieku un pirmkārt jau ārstu vadīšanas sistēmas efektivitāte ir būtiski svarīga, nosaka fakts, ka, veicot savu profesionālo darbību – slimnīcas pacientu ārstēšanu, ārsts arī nosaka slimnīcas kopējo resursu lielākās daļas izmantošanu. Ir aplēsts, ka līdz pat 85 % no visiem izdevumiem veselības aprūpē tieši vai netieši nosaka ārsti (Sager & Socolar, 2005).

Lai arī atsevišķu profesionālo grupu lielāka ietekme uzņēmumā arī ārpus savas profesionālās sfēras ir salīdzinoši labi aprakstīts fenomens socioloģijā, tomēr šis ietekmes pielietojums slimnīcu vadīšanā ir nepilnīgi izpētīta joma.

ASV socioloģijas profesors un daudzu profesionālisma tēmai veltītu zinātnisku darbu un grāmatu autors E. Freidsons (*Eliot Freidson*) atzīmē, ka pati darba dalīšanas loģika nosaka to, ka veidojas profesijas, kuras nosaka kopējo darba saturu un kurām tādējādi ir iespējas būt vairāk pašregulējošām un to pārstāvjiem darboties autonomāk nekā lielākajai daļai citu nodarbošanās veidu pārstāvju. Šajā sakarā, autoraprāt, ir jāuzsver tas, ka ārstu profesija ir veidojusies pirms to kopprakses organizatoriskās formas – slimnīcas. Līdz ar to slimnīcas gadījumā **ārsta profesijas vēsturiskās iespējas būt pašregulējošai un autonomai mazina tieši vēl tālākā darba dalīšana slimnīcas vidē, ārstiem specializējoties aizvien šaurākās medicīnas nozarēs.** Autoraprāt, šis ir būtisks aspekts, kas rada dziļāku izpratni par ārsta lomu vadīšanā slimnīcā – ārstu profesijas attīstība, tiem specializējoties, pēc būtības samazina viņu iespēju darboties autonomi, un to pašregulācijai ir jāspēj būt efektīvai aizvien sarežģītākā organizatoriskā vidē.

Freidsons, balstoties uz saviem un arī citu pētnieku novērojumiem, apraksta īpašas profesionālās grupas, tostarp arī ārstus, kuru kopīgā īpašība ir tik specifisku zināšanu un kompleksu prasmju pārvaldīšana, ka par to sniegto pakalpojumu kvalitāti laji jeb nespeciālisti, ne-profesionāļi nemaz nevar objektīvi spriest. Atbilstoši izvīrītājai teorijai, lai sabiedrības intereses tiktu aizsargātas un šo pakalpojumu standarts būtu augsts, sabiedrības un šo profesionāļu attiecības balstās uz neformālu sabiedrisku līgumu (*social contract*). Profesionālās grupas apņemas nodrošināt to biedru vidū augstus morāles un ētiskos standartus un viņu sniegto pakalpojumu iespējamo augstāko kvalitāti, pretī no sabiedrības sagaidot zināmas tirgus privilēģijas – iespēju ierobežot konkurenci savas profesijas darba tirgū, nosakot iespēju tajā piedalīties tikai personām, kas ieguvušas attiecīgu izglītību un ir nokārtojušas citas profesionālas sertifikācijas prasības (Conrad, 2007; Krogt, 2007; Wolfe, 1986).

Slimnīcā, kurā šie profesionāļi ir algoti darbinieki, pastāv noteikumi, ierobežojumi un formāla kontrole; autoraprāt, **ir sagaidāms, ka racionālā vara tiks mazāk respektēta kā profesionālā vara.**

Profesionālo grupu pārstāvji, kā likums, ir apvienojušies profesionālās organizācijās, kurām, kā atzīmē daudzi autori (Kumana & Kay, 2006; Noordegraaf, 2007; Schafer, Park, Woody, et al., 2002; Wass, 2005) ir divējāda funkcija – gādāt par augstu profesionālo standartu saglabāšanu, novērtējot savu biedru

profesionalitāti un lemjot par jaunu biedru uzņemšanu atbilstoši stingri vērtētiem kritērijiem, un pārstāvēt savas profesijas intereses sabiedrībā un tās pārvaldes institūcijās. Medicīnā vēsturiski ir izveidojusies un lielā mērā saglabājas sistēma, ka tikai ārstu profesionālajām organizācijām ir autoritāte vērtēt savu biedru sniegumu, eksaminēt to zināšanas, piešķirt tiesības praktizēt. Šīs autoritāte parasti ir nostiprināta attiecīgās valsts likumdošanā, nosakot, ka ārsts savā profesionālajā darbībā ir neatkarīgs. Atbilstoši Eiropas Parlamenta un Padomes direktīvā lietotajai definīcijai, brīvās profesijas ir profesijas, kurās, pamatojoties uz atbilstīgu profesionālo kvalifikāciju, atbildīgi un profesionāli neatkarīgi darbību veic personas, kuras sniedz intelektuālos un konceptuālos pakalpojumus klienta un sabiedrības interesēs (“Eiropas Parlamenta un padomes direktīva 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu,” 2005). Citas profesijas, kuras mēdz tikt pieskaitītas brīvām, ir arī juristi, notāri, inženieri, arhitekti, grāmatveži, kas darbojas nozarēs, kas ir stingri reglamentētas Eiropā un citur pasaulē (Eiropas Komisija, 2012). Arī Latvijas Ārstniecības likums nosaka to, ka ārsts savā profesionālajā darbībā ir brīvs (LR Ministru kabinets, 2014a), praktizējot tajā specialitātē, kurā tas ir saņēmis Latvijas Ārstu biedrības izsniegtu sertifikātu.

Kā secināms no iepriekš minētā, profesionālo organizāciju uzdevums, tostarp arī veselības aprūpes jomā, nav to dalībnieku vispārēja augsta kompetences līmeņa nodrošināšana efektīvai darbībai organizācijās, un profesionālās darbības brīvība netiek saistīta ar konkrētu organizāciju, kurā profesionālis strādā.

Lai arī ārsta profesija ir tipisks piemērs gan profesionālajai autonomijai, gan profesijas statusam un prestižam, gan arī profesijas spēkam un ietekmei, ir jāatzīmē, ka katrai profesijai ir arī zināma vara. Kā atzīmē Larkins (Larkin, 1983), katrai profesijai zināmā mērā piemīt vēlme dominēt, uzraudzīt un aizsargāt tās ekspertīzes jomu, tās locekļu veikumu, un, ja iespējams, izmantot dominējošo un bieži monopolistisko ietekmi attiecīgajā nozarē. Autoraprāt, šī profesijai piemītošā ietekme var izpausties dažādi. Ietekme aizsargāt savas profesijas darba tirgu, no vienas puses, sniedz garantiju sabiedrībai, ka šīs profesijas pārstāvju sniegtie pakalpojumi būs kvalitatīvi, bet, no otras puses, pārmērīga kādas jomas monopolizēšana var būt arī šķērslis sabiedrībai saņemt, iespējams, tikpat kvalitatīvu, bet izmaksu ziņā efektīvāku pakalpojumu no radniecīgas profesijas pārstāvjiem. Par piemēru šai kontraversijai autors uzskata situācija medicīnas jomā, kur Pasaules Medicīnas asociācija, kas starptautiski pārstāv nacionālās ārstu profesionālās organizācijas, ieņem skaidri negatīvu pozīciju attiecībā uz pienākumu pārdali (*task shifting*) – tiesībām atsevišķas, līdz šim tikai ārstu veiktas, profesionālās darbības ļaut veikt medicīnas māsām vai citiem speciāli apmācītiem darbiniekiem. Minētā Pasaules Medicīnas asociācija un arī citas ārstu organizācijas lieto ar pakalpojuma kvalitāti saistītus argumentus, pamatojot nepieciešamību saglabāt ārstu profesijas kontroli pār jomām, kurās sakarā ar ārstu trūkumu vai saprotamu vēlmi efektīvāk izmantot publiskos resursus valstis autorizē praktizēt ne-ārstiem (CPMA, 2010; WMA, 2009). Tā Latvijā, sekojot daudzu Eiropas valstu piemēram, profesiju klasifikatorā nesen ir definēta jauna profesija radiografers –

speciālists, kas veiks pacientu standarta radioloģisko izmeklējumu vērtēšanu – darbu, ko līdz šim veica tikai ārsti (LR Ministru kabinets, 2010).

Situācijā, kad dažādās valstīs jau gadiem eksistē praktiski piemēri, kur šī pienākumu pārbīde ir izrādījusies ilgtspējīga, pārāk klaja profesijas interešu aizstāvība liecina gan par šīs iespējas ietekmēt izpausmēm sabiedrībai nevēlamā virzienā, gan par pozitīvo potenciālu, kas slēpjas šajā ietekmē, ja tā tiek virzīta sabiedrībai vai atsevišķam uzņēmumam vēlamā virzienā.

Profesijas ietekmes potenciāla piemērs lielākā vai mazākā mērā tikpat labi var tikt attiecināts arī uz citām jomām. Izklāstot profesionālisma teoriju savā grāmatā „Profesionālā dominance: medicīnas sociālā struktūra”, Freidsons bez ārstiem min arī citas „īpašas” profesionālās grupas, kā, piemēram, juristus, inženierus un arhitektus (Freidson, 1979), citi autori šajā aspektā min arī medicīnas māsas, skolotājus un augstskolu pasniedzējus (Haddock, 1987; Lait, 2011; Schafer, Park, Woody, et al., 2002; Shafer, 2002). Šie dažādie viedokļi norāda uz to, ka strikta robeža starp „īpašām” profesijām un „parastām” profesijām vai arodiem nav skaidri definējama, un daudz kas ir atkarīgs no vēsturiskajām tradīcijām un lokālajiem apstākļiem katrā atsevišķā valstī vai pat katrā atsevišķā lielā, tradīcijām bagātā organizācijā.

Ekonomiskajai darbībai aizvien vairāk un vairāk balstoties uz zināšanām, līdzšinējie arodi profesionalizējas, un rodas jaunas profesijas, kuru pārstāvji pārvalda ļoti specifiskas zināšanas un kompleksas prasmes jomās, kurās nespeciālisti, tajā skaitā organizācijas vadītāji, objektīvi nevar spriest par sniegtā pakalpojuma kvalitāti un izmantoto resursu apjoma pamatotību.

Nemot vērā profesionālisma būtību, ir jāsecina, ka pieaug tādu organizāciju skaits, kuru eksistence ir atkarīga ne tikai no tajās nodarbināto intelektuālo darbinieku profesionālajām spējām, līdz ar to arī citās profesijās pieaug nepieciešamība pēc kompetences savu profesionālo darbību saistīt ar organizācijas ilgtspējīgas attīstības mērķiem. Tāpēc vadīšanas sistēmas elementus, kas nodrošinātu slimnīcas ilgtspējīgu attīstību, panākot tās ārstu profesionālās varas izmantošanu resursu pārvaldei un procesu pārveidei atbilstoši mainīgām prasībām ārējā vidē, varētu pielietot arī citās nozarēs.

Identificējot ārstu profesionālo autonomiju un varu kā organizācijas resursu tās vadīšanas efektivitātes uzlabošanai, autors iesaka to skatīt plašākā nekā tikai organizācijas kontekstā un uzskatīt to par šai profesijai piemītošu **cilvēkkapitālu**, un tā **attīstības sistēmu – par slimnīcas ilgtspējīgas attīstības vadīšanas sistēmas neatņemamu sastāvdaļu**. Turklāt ārstu kompetences to profesionālo autonomiju un varu pielietot organizācijas resursu pārvaldē un tās procesu pārveidē attīstība ir princips, kuram piemīt universālas izmantošanas potenciāls arī citās nozarēs.

Šo cilvēkkapitāla dimensiju ārsta profesijā autors dēvē par „**organizacionālo**” cilvēkkapitālu, zināmā mērā to pretstatot „**individuālajam**” cilvēkkapitālam, kas saistīts ar ārsta profesionālo kompetenci savā profesijā.

Slimnīcas ārstu „organizacionālā” cilvēkkapitāla dimensija nav saistīta ar viņu profesionālo kompetenci, bet gan ar to ietekmi un varu, kas sniedzas pāri profesionālu uzdevumu izpildei. Šī cilvēkkapitāla dimensija, kas ārstiem ļauj potenciāli kļūt par nepieciešamo pārmaiņu slimnīcā vadītājiem, nav tieši saistīta ar viņu profesionālajām zināšanām, prasmēm un spējām, bet gan ar ietekmi organizācijā.

Ekonomikas zinātnē jēdziens „cilvēkkapitāls”³ ir viens no veidiem, kā apzīmēt indivīda spēju dot sabiedrībai kādu labumu, un pasākumi, kas veicina ārsta iespēju papildus attīstīt kompetenci ne tikai ārstēt individuālus pacientus, bet nodrošināt arī organizācijas darbības efektivitātes palielināšanos, ir uzskatāmi par investīciju cilvēkkapitālā.

Aplūkojot dažādās definīcijas jēdzienam „cilvēkkapitāls”, var secināt, ka tās vairāk vai mazāk viena otru papildina, aptverot gan šī kapitāla kā investīciju objekta nozīmi, gan kopējo ekonomisko vērtību indivīda zināšanām un prasmēm, gan ekonomisko potenciālu, ko jācensas izmantot iespējami pilnīgāk.

Idejas par cilvēka kapitālu un vēlāk arī par investīciju tajā nozīmi ekonomiskajā domāšanā ir attīstījušās jau sen. Teorija par cilvēka kapitālu kā atsevišķa ekonomiskās analīzes joma veidojās pagājušā gadsimta piecdesmitajos un sešdesmitajos gados ar tādu zinātnieku kā Teodora Šulca (*Theodore Schultz*) un Garijs Bekera (*Gary Becker*) ieguldījumu, kuru abu sasniegtais ekonomikas jomā vēlāk tika novērtēts ar Nobela prēmijām – par pamatojumiem, kas lika apšaubīt līdzšinējo ekonomiskās attīstības pieredzi uzņēmumu vērtības palielināšanā, par svarīgākajam uzskatot investīcijas tādos taustāmos aktīvos kā zeme, rūpnīcas un iekārtas. Šulcs jau 20. gadsimta 60. gados piedāvāja uzskatīt, ka cilvēka kapitāls, līdzīgi kā jebkura cita veida kapitāls, ir iespēja investīcijai, kas atgriezīsies labākas kvalitātes un produkcijas veidā. Kā galvenos veidus šādai investīcijai viņš uzskatīja izglītību, apmācību darbavietā un papildus bonusus par labu darbu. Savukārt Bekers, analizējot plašā mērogā sakarības starp investīcijām izglītībā un veselības aprūpē un vēlāko indivīdu atalgojuma struktūru, deva mikroekonomisku skaidrojumu tam, kā tieši investīcijas cilvēku kapitālā vēlāk veido ekonomisko atdevi. Kā vadošo motīvu, kas nodrošina atdevi no investīcijām cilvēkkapitālā, viņš uzskatīja cilvēku pašu intereses, kas tiem liek darboties racionāli un līdz ar to – arī organizācijas interesēs. Bekera piešķirtā nozīme cilvēku novērtējumam uzņēmuma attīstības nodrošināšanā nostiprināja jēdziena „cilvēkkapitāls” aizvien plašāku pielietojumu. Izvirzītā cilvēkkapitāla

³ Atbilstoši LZA Terminoloģijas komisijas datu bāzē reģistrētajam, autors lieto apzīmējumu „cilvēkkapitāls” (angliski – *human capital*), vienlaikus literatūrā latviešu valodā ar šo pašu nozīmi tiek lietots arī apzīmējums „cilvēka kapitāls”.

teorija paredz to, ka izglītība un apmācības ceļi strādājošo produktivitāti, attīstot zināšanas un prasmes, kas savukārt nodrošina tiem iespēju tikties pēc lielākiem ienākumiem nākotnē (Becker, 1964). Šis klasiskais pieņēmums par investīcijām cilvēkkapitālā balstās uz novērojumu, ka, katram indivīdam vadoties pēc pašam svarīgām ekonomiskām interesēm, tā uzvedība brīvi konkurējoša tirgus apstākļos būs racionāla un lietderīga arī sistēmai kopumā. Tomēr šeit autors uzskata, ka šāda pieeja ir par daudz vienkāršota un tajā nepilnīgi tiek novērtēti indivīdu rīcības citi motīvi, tostarp arī gadījumos, kad runa ir par investīcijām profesionālās grupās, kurām sabiedrība nodrošina zināmas tirgus privilēģijas. Šajos gadījumos pastāv arī iespēja, ka indivīdi būs motivēti ne tikai rīcībai atbilstoši paša svarīgām ekonomiskām interesēm, bet arī rīcībai, kas atbilst to izpratnei par profesionāliem standartiem. Autors uzskata, ka **atbilstoši ārsta kā brīvas profesijas pārstāvja statusam, viņa paša ekonomiskajām interesēm nevajadzētu būt primārajam tā uzvedības noteicējam** un tām būtu jābūt pakārtotām profesionālām interesēm sniegt katram konkrētajam pacientam iespējami labāko un efektīvāko palīdzību. Līdz ar to autors uzskata, ka, ja tiek investēts ārsta „organizatoriskajā” cilvēkkapitālā, ir sagaidāms, ka tā turpmākā racionālā rīcība paša interesēs, veicinās arī rīcību, kas atbilst organizācijas kopējām interesēm vairāk nekā investīcija ārsta „individuālajā”, jeb profesionālajā cilvēkkapitālā.

Teorētiskais apsvērumus par slimnīcai kā organizācijai iespējamām divām alternatīvām, investējot ārstu cilvēkkapitālā, raksturo slimnīcu kā visai komplicētu sistēmu, kurā mijiedarbojas sociālie un tehniskie apstākļi. Tāpēc autors slimnīcu kā organizāciju piedāvā analizēt arī, atsaucoties uz organizāciju teorijā pētītās sarežģītas sociāli tehniskas sistēmas konceptu.

Vēl pagājušā gadsimta vidū tika aprakstīti sociāli tehniskas sistēmas teorētiskie pamati, pētot iemeslus novērojumam – darba produktivitātes un strādājošo motivācijas paradoksālam kritumam pēc tam, kad liela rūpniecības uzņēmuma darbībā tika ieviesti ievērojami tehnoloģiski un procesu uzlabojumi, kas vienlaikus lika mainīties arī individuālajiem darba uzdevumiem un mazināties autonomijai to izpildē (Trist, 1981). Arī slimnīcā var konstatēt līdzīgas situācijas – ārstu aizvien šaurākā specializācija un apgūtās jaunas un efektīvākas ārstēšanas tehnoloģijas (kā rezultāts investīcijai ārsta cilvēkkapitāla profesionālajā dimensijā) liek vadītājiem mainīt līdzšinējos darba uzdevumus, procesus, turklāt nereti samazinot strādājošo līdzšinējo autonomijas pakāpi, jo ārstu profesionālā kompetence bieži nav piemērota pārmaiņu vadīšanai, pārveidojot slimnīcu nodaļas, personāla plānojumu, darba organizāciju jauniem apstākļiem. Savukārt šo pārmaiņu veikšana bez ārstu atbalsta ir grūta un bieži – gandrīz neiespējama, ja iesaistītie profesionāļi tās aktīvi noraida, vai arī tā negatīvi ietekmē viņu motivāciju un lojalitāti organizācijai.

Tātad viens no stimuliem izcelt organizāciju kopīgo tehnoloģisko un sociālo kompleksitāti ir sākotnējam cerībām neatbilstoši efekti, ieviešot jaunas tehnoloģijas pienācīgi nenovērtējot cilvēcīgos elementus – organizācijā strādājošo vēlmi un spēju adaptēties jauniem apstākļiem. Balstoties uz iepriekš aprakstīto,

autors uzskata, ka Trista sociāli tehniskas sistēmas novērojums rūpniecības uzņēmumā ir attiecināms arī uz tādu specifisku organizāciju kā slimnīca, kurā, nodrošinot klīniskos procesus, cilvēki aktīvi un cieši mijiedarbojas ar tehnoloģijām. Uz slimnīcu arī ir attiecināms vadīšanas koncepts, kas paredz to, ka organizācijas attīstības risinājumi ir jāsaista vienlaikus gan ar pārmaiņām tehnoloģijās, gan organizācijas sociālajā vidē. Tāpēc arī slimnīcas kā sociāli tehniskas kompleksas organizācijas attīstības risinājumi būs veiksmīgi, ja tiks ievēroti sekojošie principi: (1) atbildīgas autonomijas pieļaušana un veicināšana, (2) spējas adaptēties attīstīšana, (3) tādu mērķu un uzdevumu izvirzīšana, kuru izpildes mehānisms ir jānosaka pašiem izpildītājiem, (4) uzdevuma mērķa izpratnes veicināšana.

Ja sociāli tehniskas sistēmas teorētiskās pieejas sākotnēji tika attiecinātas uz ražojošo sfēru, tad tagad aizvien biežāk tās tiek attiecinātas arī uz pakalpojumu industrijām, tajā skaitā arī uz veselības aprūpi, jo tajā mijiedarbojas dažādu personāla grupu, pacientu, to tuvinieku un sabiedrības kopumā sociālie aspekti, un tehnoloģiski ietilpīgi procesi.

Apkopojot iepriekš minēto, autors secina, ka **slimnīca kā vadāmais objekts ir atvērta, sarežģīta sociāli tehniska sistēma, kurā darbojas liels skaits savstarpēji saistītu apakšsistēmu. Slimnīca ir intelektuāla organizācija, jo tās pastāvēšana un attīstība ir pilnībā atkarīga no darbinieku zināšanām un garīgajām spējām, tomēr ne visas slimnīcas struktūrvienības veic intelektuālu darbu. Tā ir arī uz profesionālu autonomiju orientēta organizācija, tomēr slimnīca ir arī komercdarbību veicošs uzņēmums, kura racionāla un ilgtspējīga funkcionēšana balstās uz organizācijas darbinieku, finanšu, materiālu un informācijas resursu iespējami pilnīgāku izmantošanu.**

Vienlaikus ir arī jāsecina, ka kompleksu sociāli tehnisku sistēmu vadīšanas pieeja, nodrošinot slimnīcu vadīšanu, palielinot ārstu „organizacionālo” cilvēkkapitālu, pagaidām ir maz pētīta joma. Izpratne par slimnīcu kā sociāli tehnisku sistēmu ļauj pieņemt to, ka attīstības pārmaiņu, tajā skaitā jaunu un citās nozarēs efektīvu vadīšanas sistēmu ieviešana slimnīcā var būt iespējama tik tālu, cik to kā akceptējamu profesionālajai autonomijai pieņem tajā strādājošie ārsti. Tomēr ārstu īpašā loma tieši slimnīcā nav saistīta tikai ar profesijas statusu. Mūsdienu medicīnas zinātnes un ārstu profesijas attīstība ir notikusi slimnīcās un pašas slimnīcas, kādas mēs tās pazīstam šodien, sākotnēji ir veidojušās, ārstiem izvēloties praktizēt kopīgi, un arī šodien to darbība tiek organizēta, lielā mērā ņemot vērā tieši ārstu profesionālās intereses. Līdz ar to arī iezīmējas viens no vadīšanas slimnīcā būtiskiem uzdevumiem – ārstu profesionālo vajadzību un slimnīcas kā organizācijas ilgtspējīgas attīstības un tās klientu vajadzību saskaņošana. Darba turpinājumā tiek analizēts slimnīcas vadīšanas saturs, nodrošinot slimnīcas kā klientu orientētas organizācijas attīstību.

1.3. SLIMNĪCAS VADĪŠANAS SATURS

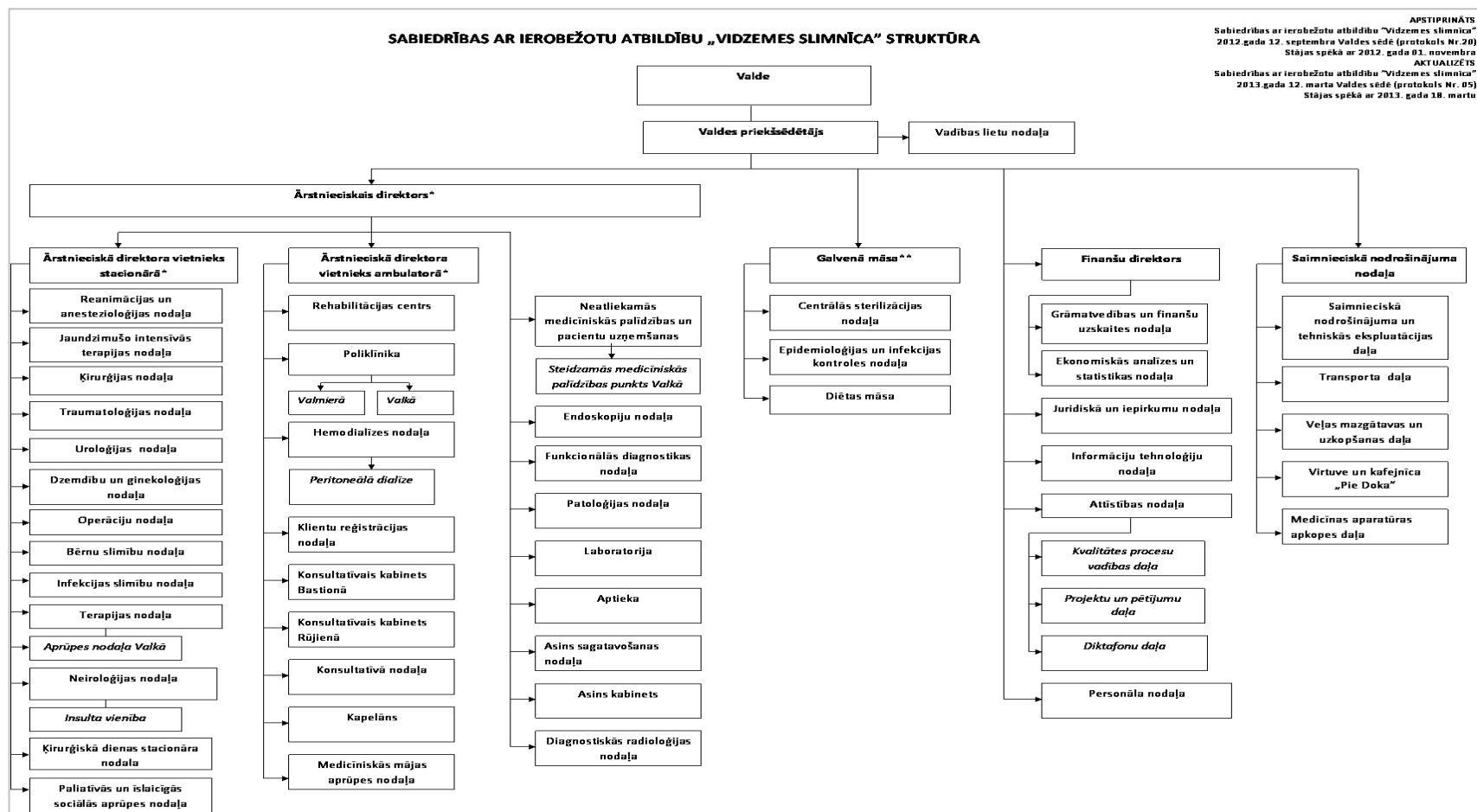
No vēsturiskās „*medicīnu pie pacienta gultas*” (*bedside medicine*), kur ārsts darbojās kā neatkarīgs profesionālis un sniedza savus pakalpojumus saslimušo mājās, attīstītākās pasaules valstīs pagājušā gadsimta sākumā sāka virzīties uz centralizētāku veselības aprūpes nodrošināšanas veidu – slimnīcu medicīnu (Armstrong, 1995). Slimnīcas veidojās kā individuālu ārstu kopprakses, un to tālākajā attīstībā raksturīga ir pakāpeniska ārstu specializācija kādā atsevišķā medicīnas nozarē. Līdz ar to lielākajā daļā slimnīcu veidojās funkcionāla, ārstu centrēta organizatoriskā struktūra, kas bija balstīta uz specializācijas disciplīnām, kas veidoja savstarpēji neatkarīgas struktūras (Lega, 2004; Shortell & Kalunzny, 2000). Slimnīcu struktūrvienību funkcionāla specializācija un pacientu ar viena veida vai vienas anatomiskās vienības slimībām koncentrēšana tajās ap viena veida speciālistiem, ļāva strauji attīstīties medicīnas pieredzei un zinātnei (Mintzberg, 1983). Tomēr autors uzskata, ka **jebkura uz funkcijām orientēta organizatoriskā struktūra lielā mērā ir veidojusies, balstoties uz izpildītāja, nevis patērētāja vajadzību analīzi**. Slimnīcu attīstības gaita arī iezīmē slimnīcu vadīšanas sākotnējos uzdevumus – slimnīcas kopējo mērķu (nodrošināt pacientu kompleksu aprūpi dažādās specialitātēs un efektīvu resursu izmantošanu) un specializēto klīnisko struktūrvienību lokālo mērķu (iespējami labākā kvalitātē ārstēt konkrētas specialitātes jomas pacientus) saskaņošanu, informācijas apmaiņas nodrošināšanu, dažādo procesu koordināciju. Šāda, vairāk koordinējoša un administratīva, veidojās arī sākotnējā vadītāju loma slimnīcās. Tālākajā evolūcijā, ārstu funkcionālajai specializācijai aizvien sašaurinoties, palielinājās slimnīcu strukturālā sadrumstalotība, savukārt kopējā pārvaldība kļuva aizvien centralizētāka. Šādas attīstības sekas ir situācija, kad pacienti ārstējas nelielās specializētās nodaļās, kuras atbalsta daudz palīgdienestu (Lathrop, Seufert, MacDonald, & Martin, 1991). Šāda slimnīcas organizācija rada „*daudzas darbojošās personas, kurām ir nepilnīga informācija, atšķirīgi (lokāli) mērķi un ierobežotas komunikācijas iespējas*” (Kumar, Ow, & Prietula, 1993). Ir saprotams, ka, jo kompleksāka ir organizācija, jo lielākus papildu resursus prasa atsevišķo procesu koordinācija un lielāka kļūst efektīvas vadīšanas nozīme. Darba efektivitātes palielināšana nodaļas ietvaros bieži nozīmē vēl tālāku darba dalīšanu tajā, tādējādi panākot, ka katrs indivīds veic specializētas un atkārtoto darbības. Tomēr, autoraprāt, šāda **specializācija attiecībā uz veicamo funkciju bieži var nesaskanēt ar organizācijas klientu – pacientu aprūpes komplekso vajadzību apmierināšanas virzienu: specializējoties konkrētām darbībām, katram ārstam individuāli nav iespēju kontrolēt ar pacientu saistīto darbību plūsmu**, kad tā šķērso vienas nodaļas robežas, un tādējādi koordinēt aprūpes procesus atbilstoši pacienta vajadzībām. Attiecīgi funkcionālā organizācijā plānošanu nosaka dažādās darbības veikšanas vietu kapacitātes. Katrai funkcionālajai struktūrvienībai neatkarīgi darbojoties, tiek radītas sarežģītas pacientu, medicīniskās informācijas un aprūpes resursu plūsmas, kurām ir jāšķērso to robežas. Nodaļām novirzot pacientu uz citu

funkcionālu nodaļu, kas vēl nav tam gatava, neizbēgami ir plūsmu sastrēgumi. Šīs koordinācijas trūkums vai šādas koordinācijas resursu ietilpība pati par sevi noved pie tā, ka funkcionālas organizācijas parasti cīnās ar aprūpes procesu saskaņošanas un efektivitātes problēmām, kas attiecīgi ietekmē pakalpojuma kvalitāti un gaidīšanas laikus. Pieaugot medicīnas komplikētībai un līdz ar to arī dārdzībai un attiecīgi nepieciešamībai ievērot noteiktus budžeta apjomus, pilnvērtīgas vadīšanas kā „*darbības, kas nodrošina to, ka indivīdi sadarbojoties iespējami efektīvākajā veidā, izmantojot pieejamos resursus, sasniedz iecerētu mērķi un izpilda noteiktus uzdevumus*” nozīme pieaug, un slimnīcas pakāpeniski ir kļuvušas no ārstu pārvaldītām par profesionālu vadītāju pārvaldītām (Glouberman & Mintzberg, 2001; McKee, Healy, Edwards, & Harrison, 2002).

Atzīstot, ka vadīšanas funkcijām – plānošanai, organizēšanai, personāla resursa veidošanai, motivēšanai un kontrolei – nozīme slimnīcā ir tāda pati, kas cita veida organizācijās, autoram tomēr ir jāsecina, ka, vērtējot darba plūsmu un to loģikas biznesa procesos aspektā, vadīšanas mērķi slimnīcā ir kompleksi. Tāpat ir jāsecina, ka funkcionālā organizatoriskā struktūra nav arī viendabīga visās slimnīcās. Organizatoriskā modeļa attīstībā lielu lomu spēlē ārējie sociālie ekonomiskie un tiesību faktori dažādās valstīs, un var uzskatīt, ka ir izveidojušies divi modeļi. Pirmajā, biežāk Eiropas slimnīcās sastopamajā gadījumā, kur slimnīcu attīstībā lielu lomu spēlēja valsts un konkurence to starpā bieži ir visai nosacīta, un otrajā gadījumā, kas pārsvarā sastopams ASV, kur slimnīcas ir konkurējoša veselības aprūpes tirgus dalībnieces, funkcionālā organizācija atšķiras.

Pirmā, funkcionālā modeļa būtiskākā pazīme ir ārsts kā algots slimnīcas darbinieks un pastāvoša vienota pārvaldības hierarhija (gan attiecībā uz ārstiem, gan slimnīcas struktūrvienībām), kurā resursi jau centralizēti tiek sadalīti starp specialitātēm un specializētās struktūrvienības ietvaros tos lielā mērā neatkarīgi pārvalda tās vadītājs – ārsts (Lega, 2004; McKee et al., 2002). Vienotas hierarhijas pārvaldības modeļa slimnīcā resursu sadalīšana atbilstošām specialitātēm un pārdale starp tām notiek centralizēti, un to sadalījumu bieži ietekmē ne tikai vajadzības, kas izriet no pacientu plūsmas, bet arī attiecīgās specialitātes uztvertā nozīmība un tās vadošo ārstu autoritāte slimnīcā (J. M. H. Vissers, 1998).

Vienotas pārvaldības hierarhijas modelis ir raksturīgs arī slimnīcām Latvijā, un kā vienotas pārvaldības slimnīcas tipveida struktūras piemēru autors lieto SIA „Vidzemes slimnīca” struktūrshēmu (skat. 1.5. attēlu).



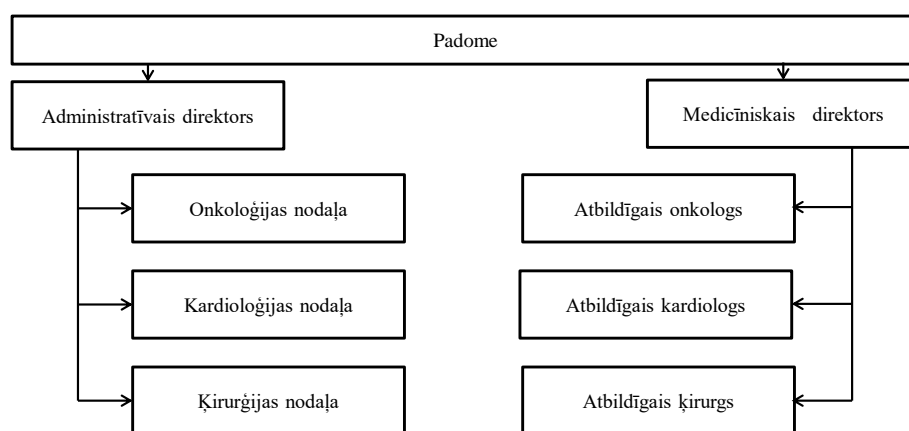
1.5. attēls. Vienotas pārvaldības hierarhijas slimnīcas struktūras piemērs – Vidzemes slimnīca

Avots: Vidzemes slimnīcas mājas lapa⁴

⁴ <https://www.vidzemes slimnica.lv/index.php/par-mums/reionl-slimnca/struktra> (skatīts 2014. g. 3. martā).

Vienotas hierarhijas gadījumā, kā tas ir redzams arī šajā piemērā, klīnisko procesu un arī ārstu vadība nav nodalīta no nodaļu administratīvās un aprūpes vadības – ārstniecības direktoram vai tā vietniekiem ir tieši pakļauti visi darbinieki nodaļās un medicīnas māsu administratīvā loma nodaļu līmenī nav izcelta.

Otrais (ASV) modelis raksturojas ar to, ka lielākā daļa ārstu nav slimnīcas darbinieki, bet viņu kā ārēju konsultantu pakalpojumi tiek apmaksāti atbilstoši veiktajam darbam. Slimnīcas resursus (gultas, operāciju zāles, aprūpes personālu, tehnoloģijas) lielā mērā starp specialitātēm pārdala administratori un medicīnas māsas atbilstoši aktuālajai vajadzībai, savukārt paralēlā pārvaldības struktūrā ārsti – vienību vadītāji vada ārstu darbu. Šādā vadības modelī ir vismaz divas skaidras hierarhijas – ārstu vadīšanā un slimnīcas pārējo resursu vadīšanā (skat. 1.6. attēlu).



1.6. attēls. Divu pārvaldības hierarhiju slimnīcas modeļa piemērs

Avots: Autors veidots attēls atbilstoši aprakstam (Lega, 2004; McKee et al., 2002)

Šajā modelī pacienti turpina būt grupēti atbilstoši ārstējošā ārsta specialitātei, tomēr ārsts nodaļā tiek uzaicināts piedalīties klīniskajā procesā, izpildot daļu funkciju – veikt augsti specializētu pacienta novērtēšanu un specifiskas ārstēšanas nozīmēšanu, tomēr katram pacientam ir sava par klīniskā procesa norisi atbildīgā māsa ar salīdzinoši lielākām pilnvarām patstāvīgi ietekmēt procesa norisi. ASV slimnīcās māsas, kas atbild par pacienta klīniskā procesa norisi, tiek sauktas par prakses māsām (*nurse practitioners*) (NP). Atšķirībā no vienkāršas medicīnas māsas, kuras primārais uzdevums ir nodrošināt pacientu aprūpi un ārsta ordināciju izpildi, NP vada akūtu un hronisku pacientu klīnisko procesu, t.sk. ievāc slimības vēsturi, veic fizikālu izmeklēšanu un nozīmē izmeklējumus un ārstēšanu savas kompetences robežās un, gadījumos, kad tās kompetence ir nepietiekama, tiek piesaistīts ārsts – speciālists. Atkarībā no štata lokālās likumdošanas, NP darbību var uzraudzīt un var arī neuzraudzīt ārsts. Pieaugot primārās aprūpes un internās medicīnas ārstu deficītam, tendence piešķirt tiesības NP darboties neatkarīgi (definētas kompetences ietvaros) pieaug, tas savukārt vairo atsevišķu ārstu organizāciju (piemēram, AMA

(*American Medical Association*) un AAFP (*American Association of Family Physicians*)) iebildumus (Brown, 2007).

Lai arī šis modelis nemazina tradicionālo uz specialitāti centrēto attiecību modeli, un ārstu specialitāšu funkciju atbilstības vajadzību pārsvars citu vajadzību starpā saglabājas, tomēr ir plašākas iespējas darbu organizēt tā, lai pārējo resursu izmantošana būtu iespējami efektīvāka un finansiāli orientēta kultūra tiktu labāk pieņemta (Godlee & Walker, 1990; Heyssel, 1989; Nauert, 1995). Tāds slimnīcas darbības modelis, vienlaikus ar ASV pastāvošo slimnīcu tirgus orientāciju uz apdrošināšanu balstītā veselības aprūpes sistēmā un ārsta darba atsevišķā apmaksā efektīvi ietekmē ārstu rīcību un izturēšanos.

Tomēr ir jāsecina, ka abos gadījumos slimnīca ir stingri hierarhiski strukturēta un funkcionāli nodalīta un orientācija uz izpildītāja vajadzībām kā primārajām saglabājas – līdz ar to saglabājas iepriekš jau aprakstītā problemātiskā sadarbība starp funkcionālām struktūrvienībām, nodrošinot vienotu klīnisko procesu pacientam tajos gadījumos, kad tas šķērso vienas struktūrvienības robežas. Nereti šīs sadarbības problēmu sistēmiska risināšana ilgtermiņā tiek uzskatīta par mazāk svarīgu nekā īstermiņa mērķi atsevišķas struktūrvienības iekšienē. Līdz ar to uzlabošana, kas notiek funkcionālas struktūrvienības iekšienē, ne vienmēr noved pie uzlabojumiem visā organizācijā kopumā.

Pārmaiņas klīniskajā procesā, kuras iniciē profesionāļi, sekojot medicīnas zinātnes un tehnoloģiju attīstībai, bieži liek pakārtot pārējos procesus slimnīcā. Tomēr autoram nākas secināt, ka līdz šim procesu pārkārtošanā ārstu loma funkcionāli organizētā un vadītā slimnīcā nav primāra un saskaņot konkurējošās vajadzības, izdarīt nepieciešamās izmaiņas palīgprocesos, nodrošināt nepieciešamos resursus pamatprocesa norisei ir administratīvo vadītāju ziņā.

Daļa jauno tehnoloģisko risinājumu medicīnā liek būtiski pārskatīt slimnīcas līdzšinējo darbību, jo tie samazina nepieciešamību pēc ārstēšanās slimnīcā, būtiski samazinot izmeklēšanas un ārstēšanas ilgumu slimnīcā, vai vispār radot iespēju ārstēšanu veikt, pacientam nemaz nenonākot slimnīcas gultā (piemēram, standarta operācijas aizvietojojot ar mazināzīvām endoskopiskām operācijām). Šāda veida inovācijas rada būtiskas izmaiņas pacientu plūsmā – slimnīcā ārstējamo pacientu skaits samazinās, to atrašanās laiks slimnīcā samazinās, savukārt ārstu darba vietas pārvietojas no slimnīcu nodaļām uz ambulatoras prakses vietām. Ņemot vērā, ka tehnoloģijas attīstās visās slimnīcās, autors secina, ka šī pacientu plūsmas samazināšanās ietekmē visu slimnīcu sektoru un **spiediens mainīt līdzšinējo pakalpojumu sniedzēju struktūru pastāv ne tikai vienas organizācijas ietvaros, bet arī visā veselības aprūpes sistēmā.**

Slimnīcu vadīšanā un veicot organizatoriskās pārmaiņas atbilstoši tehnoloģiskām izmaiņām, vadītājam bez iesaistīto ārstu viedokļa jāņem vērā, ka vadīšanas saturu papildina vēlmes un vajadzības, kas piemīt arī citām slimnīcu darbībā **ieinteresētām un/vai iesaistītām pusēm.**

Šī darba ietvaros autors iesaistīto pušu⁵ (*stakeholders*) jēdzienam lieto Frīmana (Freeman, 1984) doto skaidrojumu: „*jebkura grupa vai indivīds, ko var ietekmēt un kas var ietekmēt organizācijas mērķu sasniegšanu*”. Dažādu pušu ieinteresētība organizācijas darbībā ietekmē veidu, kā organizācija var tikt vadīta. Klarksons, (Clarkson, 1995) un arī citi autori norāda, ka vadītāji mūsdienās nevar būt atbildīgi tikai par peļņu un ieguldījumu atdevi bez iesaistīto pušu vajadzību ievērošanas. Iesaistīto pušu koncepta kontekstā ir arī jāvērtē organizācijas sniegums, jo katrai iesaistīto pušu grupai iespējamie atšķirīgie mērķi mazina iespēju atrast vienotus organizāciju darbības vērtēšanas kritērijus (Connolly, Conlon, & Deutsch, 1980). Frīmens un Makvea (Freeman & McVea, 2001) arī sistēmu teorijas kontekstā atzīmē, ka iesaistīto pušu un to savstarpējo saišu identifikācija ir ilgtspējīgas attīstības vadīšanas sastāvdaļa. No sistēmas perspektīvas, problēmas tikai tad var tikt atrisinātas, kad risinājumu atbalsta visas iesaistītās puses.

Iesaistīto pušu koncepts pietiekami plaši tiek attiecināts arī uz slimnīcām un to vadīšanu. Lai arī gan ārējo, gan iekšējo iesaistīto pušu ietekmes uz slimnīcas vadīšanu un attīstību nozīmi ir pētījuši vairāki autori (Griffith et al., 2005; Langabeer & Worthington, 2010; Rechel, Wrigh, Edwards, Dowdeswell, & McKee, 2009), autors uzskata, ka šajos darbos ne vienmēr ir pietiekami skaidrota saistība starp iesaistīto pušu mērķu savstarpējo iedarbību. Tādēļ, lai novērtētu iesaistīto pušu atšķirīgo mērķu mijiedarbības ietekmi uz vadīšanu slimnīcā, autors veic slimnīcas iesaistīto pušu analīzi, balstoties uz organizācijas snieguma vērtējuma četriem modeļiem, kurus organizāciju teoriju analīzei piedāvā Minvielle (Minvielle et al., 2008). Slimnīcas darbībā iesaistītās puses autors vērtē pēc: (1) racionālā mērķa modeļa, kas ir balstīts uz instrumentālu un racionālu darbības izvērtēšanu, nosakot, ka organizācija ir efektīva tad, kad tā sasniedz specifiskus mērķus; (2) atvērtas sistēmas modeļa, kas definē ārējās saites kā katras organizācijas neatņemamu sastāvdaļu, kas nodrošina organizāciju ar darbiniekiem, klientiem un piegādātājiem un nosaka arī likumus un regulācijas, kas ir jāievēro; (3) iekšējā procesa modeļa, kas uzsver iekšējo procesu norises nozīmi – organizācijas snieguma vērtējams atbilstoši tās iekšējo procesu norisei; (4) personāla attiecību modeļa, kas nosaka to, ka organizācijas sniegums ir labs, ja tās locekļi netiek stingri kontrolēti, darbā var realizēt savu potenciālu un ir uzticīgi organizācijas veiksmīgas darbības nodrošināšanai.

Izmantojot veselības aprūpes politikas plānošanā pielietoto Bruga un Varvazovska (Brugha & Varvasovszky, 2000) aprakstīto veselības aprūpē iesaistīto pušu novērtējuma metodoloģiju un minētos piemērus, Latvijas kontekstā autors kā nozīmīgākās ārējās iesaistītās grupas identificē (1) veselības aprūpes nozares pārvaldi, (2) pašvaldību, (3) pacientu organizācijas, (4) galvenos medicīnas preču un tehnoloģiju piegādātājus un (5) ārstu profesionālās organizācijas (6) medicīnas profesionāļu izglītības un zinātnes institūcijas, (7) primārās aprūpes (ģimenes) ārstus, (8; 9) slimnīcas īpašnieku – privātu īpašnieku,

⁵ Latviešu valodā ar šo pušu nozīmi plaši lieto arī apzīmējumu „interesētās puses”.

vai valsti / pašvaldību, (10) masu informācijas līdzekļus, savukārt kā nozīmīgāko iekšējo iesaistīto pusi – (11) slimnīcas ārstus un (12) slimnīcas pacientus.

Iesaistīto pušu mērķu savstarpējā saistība un atbilstība mūsdienu mainīgajā vidē būtiski ietekmē slimnīcu ilgtspēju. Iesaistīto pušu mērķu savstarpējās saistības noskaidrošanai autors piedāvā īpašu **iesaistīto pušu analīzes sistēmu**.

Lai iegūtu iespējami pilnīgāku un strukturētu slimnīcas darbībā iesaistīto un tās vadīšanā svarīgo pušu raksturojumu, autors vērtē šādus iesaistīto pusi raksturojošos faktorus: (1) vispārējos mērķus, (2) mērķus sadarbībā ar slimnīcu, (3) ietekmes mehānismus šo mērķu sasniegšanā, (4) slimnīcas snieguma vērtējuma kritērijus un (5) savstarpējās sadarbības iespējas (skat. 1.5. tabulu).

1.5 tabula.

Slimnīcas darbībā iesaistīto pušu analīzes sistēma

(Avots: autora izveidota tabula, izmantojot literatūras avotus (Brugha & Varvasovszky, 2000; Minvielle et al., 2008; Mladovsky et al., 2012; Rechel et al., 2009; Saltman & Dubois, 2011))

N.p. k.	Iesaistītā puse	Iesaistītās puses vispārējie mērķi	Iesaistītās puses mērķi attiecībā uz slimnīcu	Iesaistītās puses ietekmes mehānismi	Iesaistītās puses vērtējuma kritēriji slimnīcas sniegumam	Slimnīcas un iesaistītās puses sadarbības iespējas
1.	Veselības aprūpes nozares vadība	Universālā veselības aprūpes sistēmas darbības nodrošināšana pieejamā finansējuma ietvaros. Sociāla stabilitāte	Slimnīcā kā izmaksu ietilpīgākajā veselības aprūpes sistēmas daļā ārstē tikai tos pacientus, kuriem nav iespējama palīdzība zemākā aprūpes līmenī. Slimnīcā tiek sniegts integrēts kvalitatīvs, bet iespējami izmaksu efektīvs pakalpojums	Likumdošanas piemērošana, normatīvo aktu izdošana, iespēja ietekmēt pakalpojuma pirkšanas cenu, kvalitāti un izvietojumu. Atkarībā no īpašuma un darbības formas var būt lielāka vai mazāka tieša ietekme uz slimnīcas vadību un organizācijas ikdienas darbību	Organizācijas racionālu mērķu sasniegšana (budžets, pacientu skaits, vidējais ārstēšanas ilgums, atkārtotas hospitalizācijas biežums, iepriekš definēti kvalitātes kritēriji)	Slimnīcas vadības kā nozares politikas realizēšanas pārstāvja autoritātes stiprināšana. Slimnīcas kā ekspertīzes centra izmantošana nozares politikas realizācijas nodrošināšanai
2.	Pašvaldība	Vietējās kopienas labklājības nodrošināšana	Slimnīca kā viens no lielākajiem darba devējiem. Pašvaldības sociālo funkciju veikšanas atvieglošana, izmantojot slimnīcas resursus	Atkarībā no īpašuma un darbības formas var būt lielāka vai mazāka tieša ietekme uz slimnīcas vadību un organizācijas ikdienas darbību.	Saglabātās, izveidotās darba vietas slimnīcā. Slimnīcas integrācija pašvaldības sociālo funkciju izpildē (vecu cilvēku aprūpe, veselības veicināšana u.c.)	Slimnīcas vadības, ārstu u.c. darbinieku līdzdalība pašvaldības darbā vēlētos amatos. Slimnīcas kā lokālā ekspertīzes centra izmantošana integrētas sociālās un medicīniskās aprūpes nodrošināšanā iedzīvotājiem

N.p. k.	Iesaisītā puse	Iesaisītās puses vispārējie mērķi	Iesaisītās puses mērķi attiecībā uz slimnīcu	Iesaisītās puses ietekmes mehānismi	Iesaisītās puses vērtējuma kritēriji slimnīcas sniegtumam	Slimnīcas un iesaisītās puses sadarbības iespējas
3.	Pacientu organizācijas	Pacientu vai ar atsevišķām slimībām slimojošo interešu aizstāvība	Iespējami rūpīga ārstēšana un aprūpe, t.sk. izmantojot jaunākos medicīnas zinātnes un tehnoloģiju sasniegumus. Iespējami zemi pacienta līdzmaksājumi	Tieši ietekmēt nevar, netieša ietekme iespējama caur pašvaldībām, ārstu profesionālajām organizācijām, svarīgākajiem medicīnas preču, tehnoloģiju piegādātājiem un medijiem	Iekšējā procesa atbilstība konkrētu slimību pacientu vajadzībām	Pacientu organizāciju iesaiste slimnīcas procesu kvalitātes novērtēšanā
4.	Medicīnas preču un tehnoloģiju piegādātāji	Iespēja pārdot, gūstot peļņu	Pārdošanas apjomi palielinās, jo slimnīca intensīvi izmanto medicīnas tehnoloģijas, tajā tiek ieviestas jaunas ārstēšanas metodes	Vadītāju un ārstu informēšana par piedāvātā produkta priekšrocībām. Atbalsts tālākizglītības pasākumiem. Personīgu attiecību veidošana ar ārstiem – viedokļa veidotājiem slimnīcā un ārpus tās. Pacientu organizāciju atbalsts	Slimnīca attīsta jaunu tehnoloģiju izmantošanu, tās ārsti apgūst jaunas ārstēšanas metodes	Piegādātāja ekspertīzes izmantošana slimnīcas tehnoloģiskai attīstībai būtisku lēmumu pieņemšanā
5.	Ārstu profesionālās organizācijas	Celt ārstu profesionalitāti, aizstāvēt ārsta profesionālo autonomiju. Noteikt pietiekami stingrus profesionālos standartus ārstēšanas kvalitātes nodrošināšanai un konkurences ierobežošanai. Nodrošināt labākos iespējamus apstākļus ārstu darbam	Iespēja ārstiem pilnībā realizēt savas profesionālās spējas, t.sk. izmantojot medicīnas zinātnes un tehnoloģiju sasniegumus. Ārstu darba apstākļu uzlabošana un atalgojuma palielināšana slimnīcā	Tiešas iedarbības uz slimnīcu nav. Iesaiste profesionālu pieejamības nodrošināšanā (sertificē ārstus darbībai kādā no specialitātēm). Netieša ietekme caur slimnīcā strādājošajiem ārstiem. Ietekme uz nozares pārvaldes lēmumiem, kas var iespaidot arī slimnīcas darbību	Kvalitatīvs ārstēšanas process, pacientu ārstēšanas rezultāti dažādās slimību grupās, medicīnas profesionālu darba apstākļi, t.sk. iespējas izmantot jaunas medicīnas tehnoloģijas	Sadarbība medicīnisko zināšanu un profesionālo prasmju nodrošināšanai slimnīcā strādājošiem ārstiem
6.	Izglītības un zinātnes organizācijas	Medicīnas profesionālu izglītība un medicīnas zinātnes attīstība	Iespēja slimnīcā apmācīt topošos medicīnas profesionāļus (ārstus, māsas). Iespēja klīniskos procesus adaptēt apmācībai vai pētniecībai	Atbalsts ārstu ar akadēmiskiem sasniegumiem izvirzīšanai klīnisko procesu noteicošos amatos	Kvalitatīvs apmācības process, slimnīcas līdzdalība pētniecībā	Sadarbība medicīnisko zināšanu un profesionālo prasmju nodrošināšanai slimnīcā strādājošiem ārstiem

N.p. k.	Iesaistītā puse	Iesaistītās puses vispārējie mērķi	Iesaistītās puses mērķi attiecībā uz slimnīcu	Iesaistītās puses ietekmes mehānismi	Iesaistītās puses vērtējuma kritēriji slimnīcas sniegumam	Slimnīcas un iesaistītās puses sadarbības iespējas
7.	Ģimenes ārsti	Iedzīvotāju veselības primārā aprūpe un profilakse. Privātprakses darbības stabilitāte un ienākumu nodrošināšana	Iespēja nosūtīt uz slimnīcu tos pacientus, kuriem ārstēšana mājās nav piemērota. Pēc ārstēšanās slimnīcā saņemt informāciju par paveikto un norādījumus tālākai aprūpei	Var veicināt vai kavēt ambulatoro pacientu plūsmu uz slimnīcu	Slimnīca uzņem ārstēšanai visus pacientus, kas tajā pēc palīdzības griežas paši, vai nosūta ģimenes ārsts. Pacienti no slimnīcas tiek izrakstīti iespējami labā veselības stāvoklī	Abpusēja informatīva sadarbība integrētas veselības aprūpes nodrošināšanā. Slimnīcas iesaistīšanās ambulatorās un mājās aprūpes nodrošināšanā
8.	Slimnīcas īpašnieki (privātipašums)	Gūt atdevi no investīcijām	Palielināt slimnīcas kā uzņēmuma vērtību un gūt peļņu	Slimnīcas vadītāju darba apmaksas saistīšana ar īpašniekiem svarīgu mērķu sasniegšanu	Uzlabojas klientu vērtējums, pieaug pacientu plūsma, palielinās apgrozījums, peļņa	Investīciju piesaiste pakalpojumu kvalitātes un apjoma palielināšanai
9.	Slimnīcas īpašnieki (pašvaldības, valsts īpašums)	Nodrošināt pakalpojumu pieejamību iedzīvotājiem	Strādāt bez zaudējumiem un nodrošināt pietiekamu veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti	Slimnīcas vadītāju izvēle, uzraudzība	Organizācijas racionālu mērķu sasniegšana (budžets, pacientu skaits, vidējais ārstēšanas ilgums, atkārtotas hospitalizācijas biežums, iepriekš definēti kvalitātes kritēriji)	Iespēja piesaistīt investīcijas no publiskiem līdzekļiem, papildus finansējumu operatīvās darbības zaudējumu gadījumā (dotāciju vai citā veidā)
10.	Masu informācijas līdzekļi	Iespējami lielāks auditorijas apjoms un reklāmdevēju interese	Ar informēšanu par slimnīcas problemātiku saglabāt un palielināt lietotāju interesi par attiecīgo mediju	Spēja iegūt un izplatīt informāciju par slimnīcu, spēja veidot sabiedrisko viedokli par slimnīcu, spēja mobilizēt citas iesaistītās puses savu interešu realizācijai attiecībā pret slimnīcu	Neatkarīgs žurnālista vērtējums, paša izvēlēti kritēriji	Iespēja informēt sabiedrību par slimnīcai svarīgāko, iespēja piesaistīt papildus līdzekļus, iespēja palielināt pieprasījumu pēc slimnīcas pakalpojumiem
11.	Slimnīcas ārsti		Veikt savu profesionālo darbību, ievērojot tikai pacienta intereses, labos apstākļos, nodrošinātam ar iespēju pielietot nepieciešamās medicīnas tehnoloģijas un saņemt par darbu pienācīgu atalgojumu	Ārstu izvēle nosaka klīniskā procesa gaitu, resursu piesaisti un ārstēšanas izmaksas. Iespēja mainīt klīnisko procesu norisi tikai ar ārsta piekrišanu	Kvalitatīvs ārstēšanas process, pacientu ārstēšanas rezultāti dažādās slimību grupās, medicīnas profesionāļu darba apstākļi, t.sk. iespējas izmantot jaunas medicīnas tehnoloģijas	Ārstu vispārējo kompetenču attīstīšana iesaistei klīnisko procesu vadībā un pārveidē atbilstoši slimnīcas ilgtspējīgas attīstības vajadzībām

N.p. k.	Iesaistītā puse	Iesaistītās puses vispārējie mērķi	Iesaistītās puses mērķi attiecībā uz slimnīcu	Iesaistītās puses ietekmes mehānismi	Iesaistītās puses vērtējuma kritēriji slimnīcas sniegunam	Slimnīcas un iesaistītās puses sadarbības iespējas
12.	Slimnīcas pacienti		Saņemt iespējami labāko ārstēšanu un aprūpi	Ierosinājumi, pateicības, sūdzības slimnīcas vadībai, veselības aprūpes kvalitāti nodrošinošiem dienestiem, masu medijiem. Neoficiāli maksājumi, pateicības tiešajam ārstniecības un aprūpes personālam privilēģēta stāvokļa iegūšanai	Subjektīvs vērtējums par ārstēšanas kvalitāti un servisu. Personīgi veikto iemaksu apjoms	Pacienta līdzdalības ārstēšanas procesā veicināšana, atbildības par ārstēšanas rezultāta saglabāšanu veicināšana

Autora veiktā slimnīcas darbībā iesaistīto pušu analīze rāda, ka iesaistīto pušu daudzveidīgums un pretrunas starp dažādu pušu interesēm neļauj slimnīcu vērtēt pēc kāda no iepriekš definētajiem modeļiem. Lai arī gan Latvijā, gan daudzviet pasaulē slimnīcu darbības forma ir komercuzņēmums, slimnīcas snieguma vērtēšana atbilstoši peļņas–zaudējuma aprēķinam vai citam **racionālā mērķa modelī** fiksētam specifiskam mērķim ir iespējama tikai daļēji. Šī mērķa sasniegšana var būt pretrunā ar citu iesaistīto pušu – piemēram, individuālu pacientu – vajadzībām saņemt tādu aprūpi un ārstēšanu, ko neierobežo limitēti resursi. Savukārt mērķi, kas būtu svarīgi **iekšējā procesa modelī** attiecībā uz pacientu, ārstu un cita slimnīcas personāla apmierinātību, var būt mazāk aktuāli citām iesaistītajām pusēm. Ņemot vērā ārstu īpašo lomu slimnīcā un ārstu profesijas autonomiju slimnīcas darbības raksturojumā, salīdzinoši lielāka kā citās organizācijās ir **personāla attiecību modeļa** mērķu nozīme. Ir skaidrs, ka vērtējums tikai pēc šī modeļa nav aktuāls lielākajai daļai citu iesaistīto pušu.

Tātad slimnīca no interesēto pušu analīzes viedokļa nav vērtējama izolēti pēc kāda viena no modeļiem, un tas apliecina slimnīcas kā sistēmas atvērtību un atkarību no ārējās vides. Tomēr attiecībā uz slimnīcu iesaistītajām pusēm var būt arī kopēji mērķi un, ņemot vērā slimnīcas sociālo nozīmīgumu, visas puses ir iesaistītas tās ilgtspējīgā attīstībā un resursu piesaistē tās nodrošināšanā.

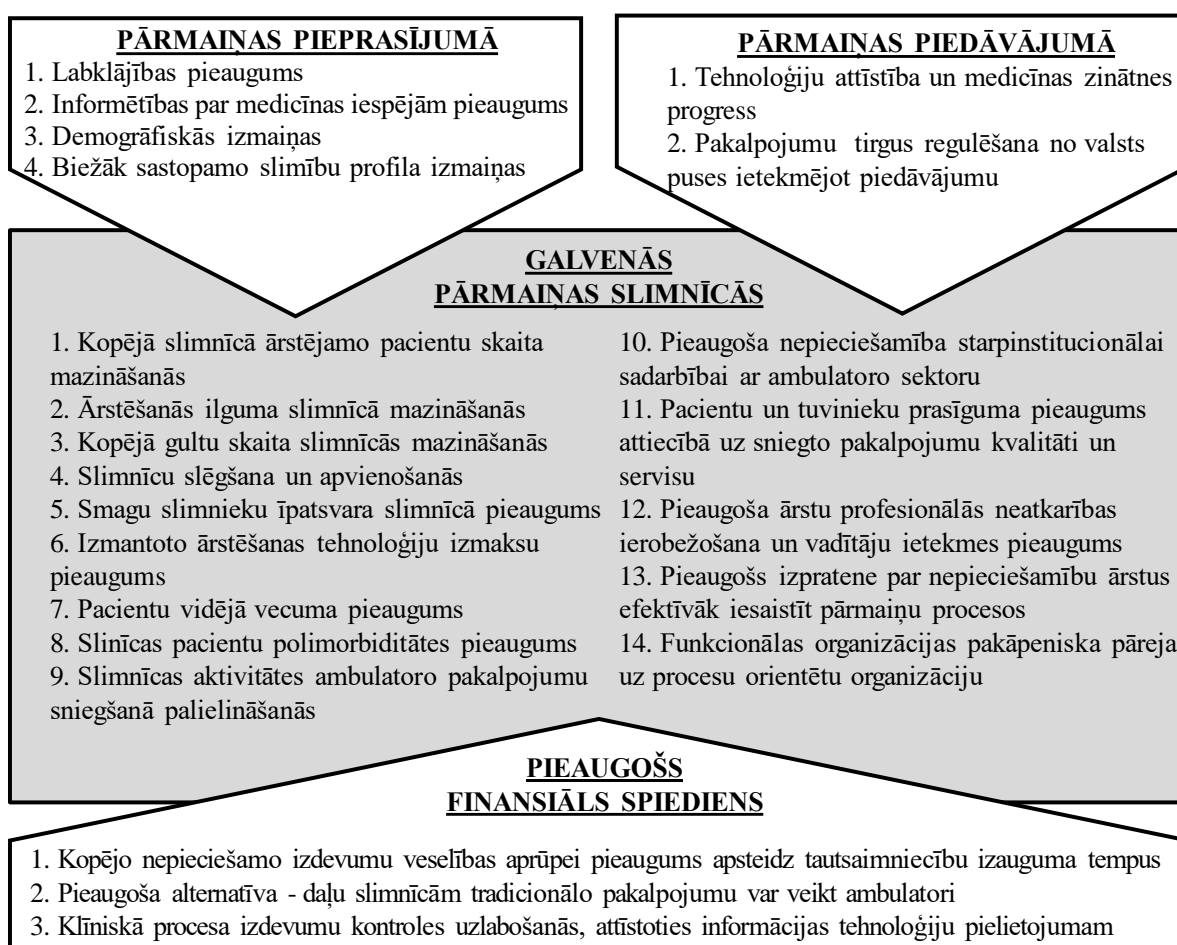
Ņemot vērā iepriekš minēto, ir jāsecina, ka **slimnīca ir atvērta sistēma un tā ir izteikti atkarīga no ārējās vides, un par slimnīcas kā organizācijas labu sniegumu liecina tās spēja iegūt nepieciešamos resursus izaugsmei.**

Tātad vēl viena slimnīcas kā atvērtas un izteikti atkarīgas no ārējās vides sistēmas specifiska iezīme ir nepieciešamība tai operatīvi mainīties atbilstoši pārmaiņām apkārtējā vidē. Tādēļ darba turpinājumā autors pēta slimnīcas ārējās vides pārmaiņu virzienus un slimnīcas vadīšanas saturu mainīgajā vidē.

2. SLIMNĪCAS VADĪŠANAS METODES MAINĪGAJĀ VIDĒ

2.1. VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMU UN SLIMNĪCU IETEKMĒJOŠIE FAKTORI UN TO DARBĪBAS SEKAS

Slimnīca kā veselības aprūpes sistēmas apakšsistēma mainās atbilstoši pārmaiņām, kas skar sistēmu kopumā. Pārmaiņas slimnīcā, kas ir atbilstoši arī jāvada, pamatā nosaka tie paši faktori, kuru dēļ mainās visa veselības aprūpes sistēma un arī ārstu profesija. Ārējā vidē darbojošos faktoru ietekme slimnīcās izpaužas ar zināmu laika nobīdi un ietekmes stiprumu salīdzinot ar visu veselības aprūpes sistēmu. Visbūtiskāk slimnīcu un tās vadīšanas uzdevumus ietekmē trīs faktoru grupas: **pārmaiņas pieprasījumā, pārmaiņas piedāvājumā un finanšu nodrošinājums** (skat. 2.1. attēlu).



2.1. attēls. Veselības aprūpi un slimnīcas darbību ietekmējošie ārējās vides faktori un to radītās pārmaiņas slimnīcā

Avots: Autora veidots attēls balstoties uz dažādu autoru darbiem (*Dormont & Grignon, 2006; Lubitz, 2005; Thomson et al., 2010; Lubitz 2005, Hensher & Edwards, 2002, u.c.*)

Slimnīcu darbības ārējās vides pārmaiņas pamatā nosaka tie paši faktori, kuru dēļ mainās visa veselības aprūpes sistēma un arī ārstu profesija. Liela daļa šo pārmaiņu ir globāla rakstura, un tās ir plaši aprakstītas

gan specializētajā nozares literatūrā, gan stratēģiskos dokumentos, kurus ir sagatavojušas tādas autoritatīvas organizācijas kā Pasaules Veselības organizācija, Pasaules Banka u.c.

Autors uzskata, ka slimnīcu spēju adaptēties izmainītā vidē var pamatoti vērtēt, noskaidrojot šo trīs galveno pārmaiņu grupu ietekmi ne tikai uz slimnīcu, bet arī uz veselības aprūpi kopumā kā sistēmu, kurā slimnīca ir tās apakšsistēma.

Kā galvenos faktoros, kas tieši ietekmē **pārmaiņas pieprasījumā** pēc veselības aprūpes un tātad arī pēc slimnīcas pakalpojumiem, ir jāmin četrus faktoros: (1) sabiedrības labklājības pieaugumu, (2) sabiedrības gaidu pieaugumu attiecībā uz modernās medicīnas iespējām, (3) demogrāfiskās tendences un (4) biežāk sastopamo slimību un to gaitas maiņu, uzlabojoties iedzīvotāju sociālajiem apstākļiem un attīstoties ārstēšanas iespējām.

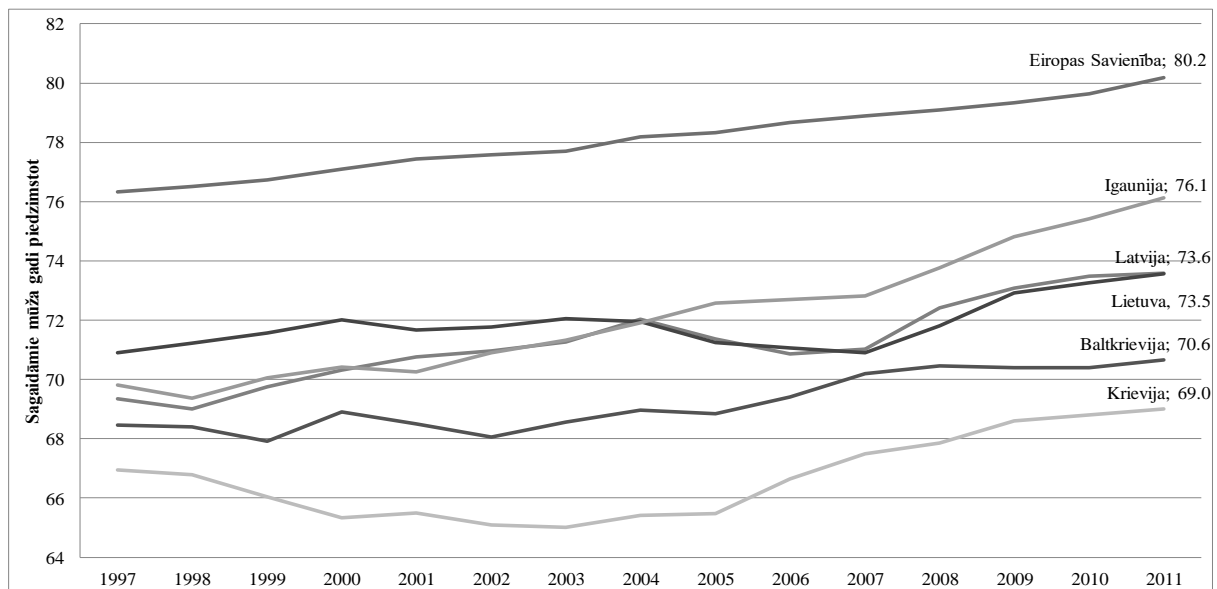
Labklājības palielināšanās, ko raksturo iekšzemes kopprodukta (IKP) pieaugums, tiek uzskatīta par vienu no pamata cēloņiem tam, ka palielinās pieprasījums pēc veselības aprūpes, tajā skaitā arī slimnīcā realizējamiem pakalpojumiem. Ir uzskatāmi pierādīts (Przywara, 2010), ka valstīs, kurās uz vienu iedzīvotāju ir augstāks IKP, veselības aprūpei vairāk tiek tērēts ne tikai absolūtos skaitļos, bet arī relatīvi attiecībā pret veselības aprūpei atvēlēto IKP daļu un, pieaugot labklājībai, šī daļa pieaug. Pēdējo piecpadsmit gadu laikā kopējie izdevumi veselības aprūpei, pielīdzināti pēc valūtas pirkjspējas paritātes, pasaules attīstītajās valstīs kopumā ir pieauguši vairāk kā par 220%, Baltijas valstīs tie ir vairāk kā trīskāršojušies un konkrēti Latvijā šajā periodā tie ir pieauguši par 243% (The World Bank, 2012a).

Ar ienākumu līmeni saistīta pieprasījuma elastība liecina, ka veselības aprūpei, kas ekonomikas literatūrā reizēm kalpo par piemēru nepieciešamības precei (*necessity good*), zināmā mērā piemīt arī luksusa preces īpašības (*superior, luxury good*) – pie lielākiem ienākumiem veselības aprūpes pakalpojumi tiek izmantoti vairāk un gatavība par tiem maksāt vairāk palielinās, un izdevumu daļa veselības aprūpei kopējā patēriņā pieaug (Gerdtam & Jönsson, 2000; Newhouse, 1987). Ņūhausa veiktā 13 attīstīto valstu patēriņa analīze apliecina, ka 92% no veselības aprūpes patēriņa variācijām var tikt izskaidrotas ar IKP uz vienu iedzīvotāju variācijām – tātad tikai 8% no veselības aprūpes patēriņa palielinājuma, pieaugot labklājībai, var izskaidrot ar objektīviem demogrāfiskiem, epidemioloģiskiem vai citiem iemesliem intensificēt veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu. Šī **veselības aprūpes kā preces divējādā daba raksturo iespējas slimnīcai reaģēt dažādos veidos, mainoties pieprasījumam ārējā vidē – atbilde uz pieprasījuma palielināšanos vai samazināšanos var nebūt tikai attiecīgi līdzšinējā piedāvājuma palielināšana vai samazināšana, bet arī piedāvājuma satura maiņa.**

Pieprasījumu ietekmē arī **sabiedrības gaidu palielināšanās** attiecībā uz medicīnas zinātnes sasniegumu doto iespēju dzīvot labāk un ilgāk, ko savukārt rada aizvien pieejamāka informācija par tiem. Zināšanas

par cilvēka organismu, slimībām, ārstēšanas iespējām vairs nav medicīnas profesionāļu monopols – tās ir pieejamas jebkuram globālajā tīmeklī. Pieaugošo paļaušanos uz medicīnas iespējām un prasīgumu pret to rada globalizācija medicīnas ziņu izplatībā, sensacionāli ziņu virsraksti par kārtējiem lieliem sasniegumiem slimību ārstēšanā, un to veiksmīgi izmanto un papildina veselības aprūpes pakalpojumu un zāļu mērķtiecīgs mārketingš. Tā kā veselības aprūpes pakalpojumam kā precei ir divējāda daba (nepieciešamības prece / luksusa prece), ir saprotams, ka sabiedrības gaidu piepildīšana var palielināt pieprasījumu pēc slimnīcā veiktiem pakalpojumiem un var arī likt mainīties pakalpojuma saturam. **Pieaugošas sabiedrības gaidas ir vērtējamas kā viens no vadīšanas komplikētības iemesliem slimnīcā, to sekas ir arī pieaugošā intensitātē pielietotas medicīnas tehnoloģijas** (diagnostiskās metodes, ārstēšanas shēmas, medicīniskais iekārtas, zāles), kas tiek minētas kā galvenais faktors izmaksu pieaugumam veselības aprūpē un tās uzņēmumos (Lubitz, 2005).

Slimnīcas darbību ietekmējošās **demogrāfiskās izmaiņas** izraisa sabiedrības novecošanās gan samazinoties dzimstībai, gan pieaugot vidējam mūža garumam. Tā kopš 1995. gada turpmākos 15 gados pasaules attīstītajās valstīs sagaidāmais vidējais mūža ilgums pieauga vairāk nekā par 4,5 % sasniedzot 79,6 gadus (PVO, 2012). Sasniegtais sagaidāmais jaundzimušo dzīves ilgums Eiropas Savienībā kopumā 2011. gadā jau bija 80,1 gads, un tam no Latvijai kaimiņos esošajām valstīm visvairāk ir pietuvojusies Igaunija (76,1 g.) (skat. 2.2. attēlu).

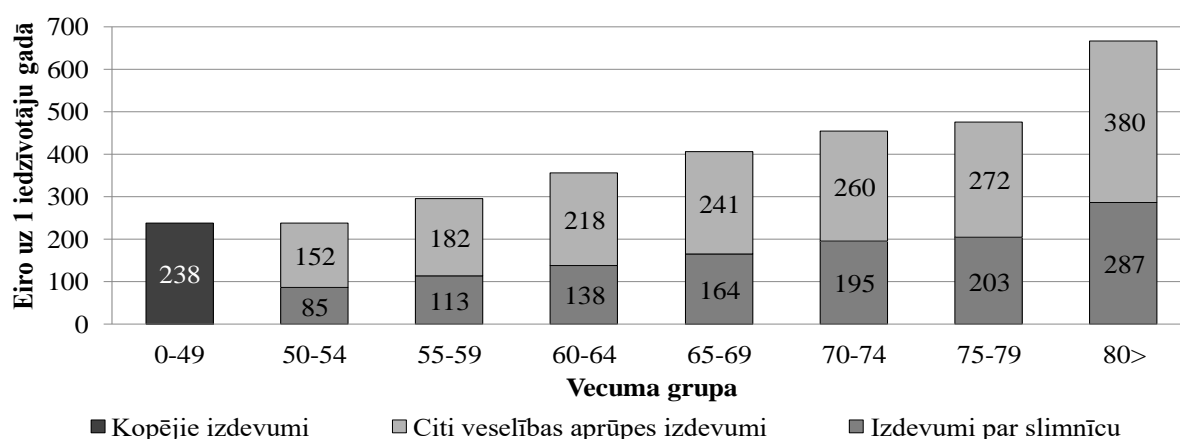


2.2. attēls. Sagaidāmā mūža ilguma piedzimstot dinamika Latvijā, tās kaimiņvalstīs un Eiropas Savienībā

Avots: Autors veidots attēls pēc Pasaules Bankas datiem (The World Bank, 2012b)

Demogrāfiskās izmaiņas ir viens no iemesliem tam, ka palielinās vidējais slimnīcu klientu vecums. Tā, Lielbritānijas slimnīcās tikai desmit gadu laikā kopš 2000. gada vidējais pacientu vecums pieauga par 5

gadiem, un pacientu skaits vecuma grupā virs 75 gadiem pieaug par 66% (NHS Information Centre, 2010). Daudzi pētījumi, kas balstīti uz makroekonomisko datu analīzi, apliecina vecuma un veselības aprūpes resursu izmantošanas intensitātes pozitīvu saistību. Tā vidēji veselības aprūpes izmaksas personai pēc 65 gadiem pārsniedz attiecīgās izmaksas vecuma grupā no 0 līdz 64 gadiem 2,7 līdz 4,8 reizes industriālās valstīs (Anderson & Hussey, 2000), 2,8 reizes Vācijā un 5,3 reizes Japānā (Reinhardt, 2000). Atbilstoši nesēn veikta Pasaules Bankas pētījuma Latvijā (Mitenbergs, Barzdins, Taube, Konstante, & Rozentāle, 2013) datiem tik liela atšķirība veselības aprūpes izmaksās dažādās vecuma grupās Latvijā gan nav novērojama, tomēr tā pastāv (skat. 2.3. attēlu), un vecu cilvēku īpatsvara pieaugums sabiedrībā arī Latvijā palielina vecāku un attiecīgi dārgāk ārstējamu pacientu īpatsvaru slimnīcās.



2.3. attēls. Veselības aprūpes pakalpojumu patēriņš (izmaksas uz 1 iedzīvotāju) dažādās vecuma grupās Latvijā

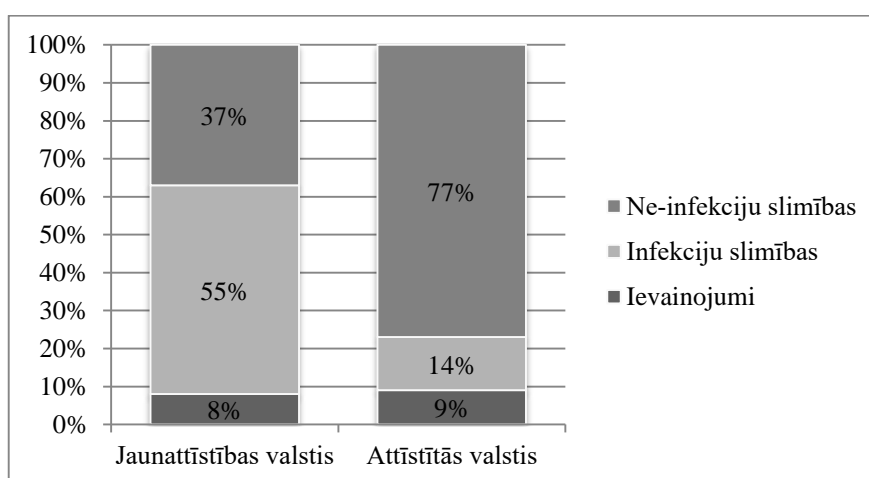
Avots: Mitenbergs U., Barzdins J., Taube M., et al. 2013. „Health Policy for Older Adults with Special Attention to Elderly Patients and Practices in Discharging Older Acute Care Patients” The World Bank, 2012 (nepublicēts)

Tomēr veiktie pētījumi attiecībā uz slimnīcu darbību un arī uz veselības aprūpes organizāciju kopumā apliecina to, ka sabiedrības novecošanās nav nedz vienīgais, nedz arī galvenais faktors, kas maina pieprasījumu pēc veselības aprūpes slimnīcā. Ņemot vērā to, ka, neskaitot pirmo mūža gadu, visintensīvāk veselības aprūpes resursi tiek izmantoti mūža pēdējos gados, vecums pats par sevi, atsevišķi skatīts no indivīda vispārējā veselības stāvokļa, nav pārliecinošs arguments apgalvojumam, ka slimnīcu pakalpojuma pieprasījumam kopumā būtu jāpalielinās, palielinoties iedzīvotāju vidējam vecumam. Sabiedrības novecošana nosaka arī to, ka relatīvi mazāk pieprasīti kļūst pakalpojumi, kas biežāk nepieciešami bērniem, cilvēkiem reproduktīvā un darbaspējīgā vecumā, savukārt palielinās pieprasījums pēc vecākiem cilvēkiem raksturīgo stāvokļu ārstēšanas.

Tātad sabiedrības novecošanās, lai arī viennozīmīgi nepalielina pieprasījumu pēc slimnīcu pakalpojuma, tomēr vistiesākā veidā ietekmē veselības aprūpes pieprasījuma struktūru. Relatīvi samazinoties pieprasījumam pēc vairāk jaunākiem cilvēkiem raksturīgas izolētu akūtu slimību ārstēšanas, palielinās

pieprasījums ārstēt biežāk gados vecākiem raksturīgas vienlaikus vairākas hroniskas un ar vecumu saistītas slimības. Ja pirmajā gadījumā pacienta ārstēšana slimnīcā smagākos gadījumos ir vienīgā pareizā izvēle, tad otrajā gadījumā hospitalizācijas nepieciešamību biežāk nosaka hroniska stāvokļa paasinājums, kas ir sekas ne līdz galam izmantotām iespējām uzturēt indivīdam iespējamo labāko veselības stāvokli ārpus slimnīcas. Akūti slimnīcās ārstējamu pacientu un pacientu ar hroniskām slimībām attiecību maina ne tikai sabiedrības novecošanās. Kopš 19. gs. otrās puses un 20. gs. sākuma, kad attīstījās modernā medicīna ar universālu pamata veselības aprūpes pieejamību, organizatoriski un tehniski sasniegumi sanitāro, higiēnas un drošības apstākļu uzlabošanā cilvēku dzīves un darba vietās nosaka to, ka agrāko galveno cilvēces apdraudējumu – infekciju slimības un citas akūtas saslimšanas – ir nomainījušas tās, kuras tiek iegūtas dzīves laikā un kuru aizvien biežāko sastopamību nosaka mazkustīgais urbānais dzīvesveids, kā arī medicīnas iespējas apturēt agrāk fatālas slimības, nodrošinot uzturošu ārstēšanu visu atlikušo mūžu (WHO, 2010).

Biežāk sastopamo slimību un to gaitas maiņa, uzlabojoties iedzīvotāju sociālajiem apstākļiem un attīstoties ārstēšanas iespējām, nosaka veselības aprūpes pieprasījuma struktūras maiņu – tās dinamiku laika gaitā netieši ilustrē arī atšķirības starp galvenajiem nāves cēloņiem valstīs ar dažādu attīstības pakāpi (skat. 2.4. attēlu).



2.4. attēls. Veselības aprūpes pieprasījuma sadalījums, mainoties valsts attīstības līmenim (atbilstoši nāves cēloņu sadalījumam)

Avots: Autora rekonstrukcija pēc PVO *World Health Report, 2002 (WHO, 2002)*

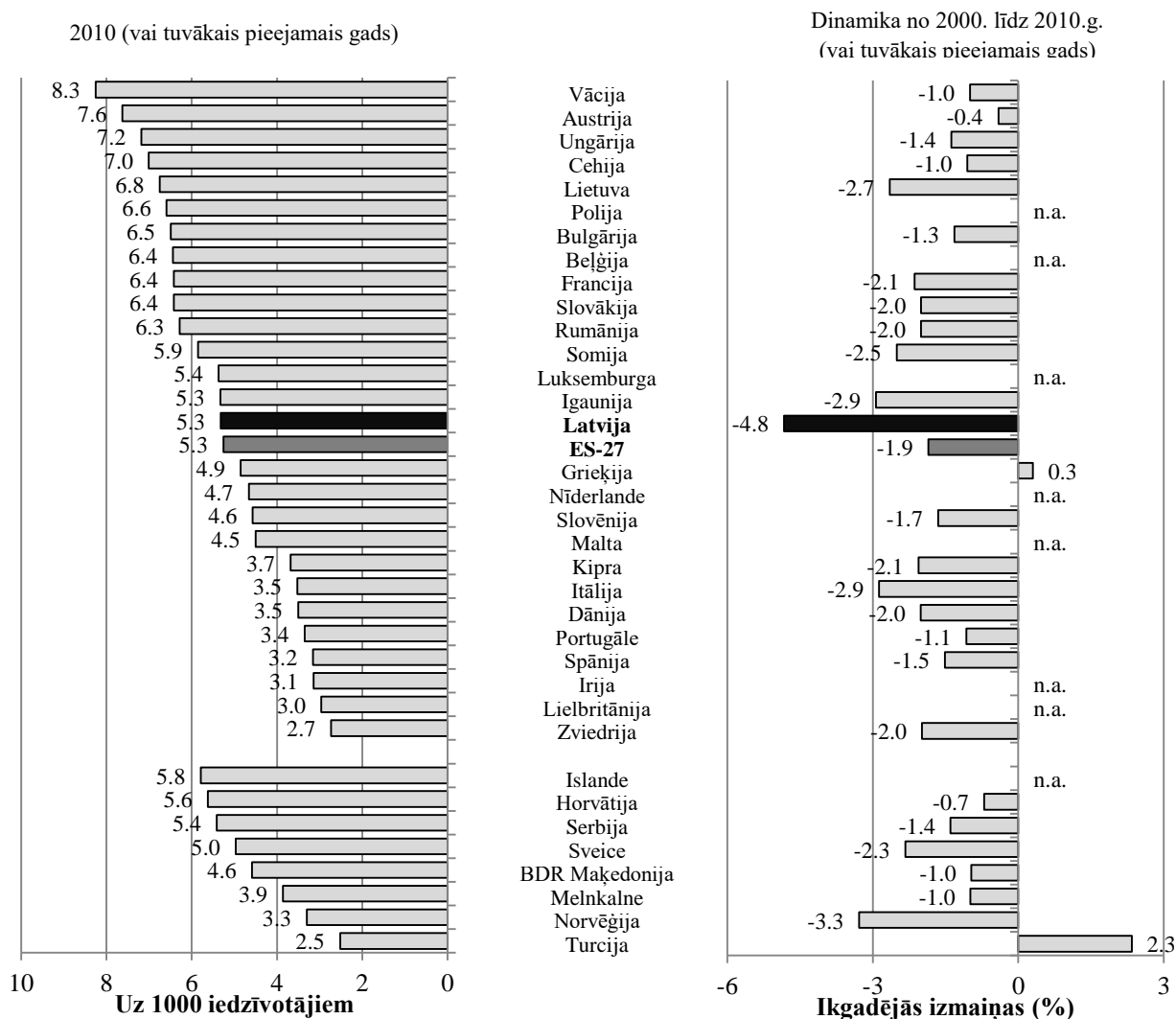
Slimnīcas darba organizācija, nodrošinot klīniskos procesus, kas ir vērsti uz salīdzinoši jaunāku pacientu ar akūtām slimībām pilnīgu izārstēšanu, nav atbilstoša aizvien lielākam tādu gados vecāku pacientu īpatsvaram, kuriem pilnīga izārstēšana nav panākama. Nemainot procesus un to mērķi, tie veicina nevajadzīgi intensīvu un resursu ietilpīgu diagnostiku un ārstēšanu arī tad, kad pacienta dzīves kvalitātes uzlabošanai svarīgāka būtu zemas intensitātes uzturoša ārstēšana kombinācijā ar vienkārši labu aprūpi

(kuru bieži kvalitatīvāk un izmaksu efektīvāk varētu nodrošināt ārpus slimnīcas). Pacienti, visbiežāk gados veciem cilvēkiem, bieži ir vajadzīga palīdzība vienlaikus vairāk kā vienā medicīnas specialitātē, bieži ir nepieciešama specializēta medicīnas māsu līmeņa aprūpe un bieži, jau ārstēšanu uzsākot, ir zināma arī diagnoze. Tas mazina līdzšinējo, uz ārstu specializāciju balstīto funkcionālo nodaļu lietderīgu pielietojumu. Gados vecu pacientu īpatsvara pieaugums slimnīcā liek pārskatīt tradicionālos klīniskos procesus, pastiprināti gan attīstīt sadarbību starp dažādas specialitātes pārstāvošajām funkcionālajām struktūrām slimnīcā, gan arī nodrošinot tālāko aprūpi, kas ir nepieciešama pacientam, no slimnīcas izrakstoties. Hroniskas slimības paasinājuma vai komplikācijas ārstēšana slimnīcā ir tikai viens posms kopējā aprūpes procesa gaitā, un tā veiksmīgs iznākums ir atkarīgs no tā, cik efektīva būs ārstēšana, pacientam atgriežoties mājās, un cik labi viņš pats būs sagatavots atbildēt par to.

Tātad, apkopojot iepriekšminēto, **pārmaiņas pieprasījumā nosaka nepieciešamību slimnīcas ilgtspējīgu attīstību saistīt ar tādu klīnisko procesu attīstību slimnīcā, kas nodrošinātu ne tikai stāvokļa uzlabošanu slimnīcā esošam pacientam, bet arī slimnīcas posma aprūpes integrāciju ārpus slimnīcas veselības un sociālajā aprūpē.**

Slimnīcu loma mūsdienu veselības aprūpes sistēmā mainās. Daudzi autori uzskata, ka vairumā gadījumu slimnīcu medicīna vairs ne tuvu nav piemērotākā un izmaksu efektīvākā lielākajai daļai pacientu. Pārmaiņas pieprasījumā pēc veselības aprūpes pakalpojuma un pieejamās medicīnas tehnoloģijas ļauj lielu daļu slimnīcu pacientu efektīvi ārstēt citos apstākļos (Hensher & Edwards, 2002), un atsevišķi autori, piemēram, Čadi (Chadi, 2009) pat uzskata, ka slimnīcu nozīme veselības aprūpē samazinās. Autoraprāt, slimnīcas nozīme veselības aprūpē samazinās tikai tad, ja tā nespēj adaptēties mainīgām prasībām ārējā vidē. Pieprasījums pēc ārstēšanās slimnīcas gultā samazinās vienlaikus ar alternatīvu veselības aprūpes pakalpojumu attīstību – efektīvāku farmakoloģisko ārstēšanu, primāro aprūpi ģimenes ārsta līmenī, medicīnisko aprūpi mājās, slimnīcu speciālistu ambulatoru konsultāciju pieejamību, neatliekamās palīdzības nodrošināšanu pacientu nehospitalizējot, bet ārstējot līdzšinējās slimnīcu uzņemšanas nodaļās izveidotās t.s. observācijas, jeb novērošanas gultās. Minēto alternatīvo piedāvājumu attīstībā slimnīca var piedalīties, bet, ja tā nenotiek, tad šie pakalpojumi attīstās ar slimnīcu nesaistīti, un slimnīcas iespējas attīstīties tiek vēl tālāk ierobežotas.

Analizētās tendences sabiedrības veselībā, veselības aprūpē un slimnīcu sektorā nekādā ziņā nav unikālas tikai Latvijai. Tā atbilstoši Eiropas Slimnīcu federācijas datiem (HOPE, 2013) desmit gadu laikā Eiropas Ekonomiskās zonas (EEZ) valstīs slimnīcas gultu skaits izteikts uz vienādu iedzīvotāju daudzumu ir samazinājies vidēji par 15%. Slimnīcu gultu skaits samazinās visās šīs zonas valstīs, un Latvijā, Lietuvā un Igaunijā, kurās gultu skaits 2000. gadā bija viens no lielākajiem Eiropā, šis samazinājums attiecīgi ir bijis viens no straujākajiem (OECD, 2012) (skat. 2.5. attēlu).



2.5. attēls. Slimnīcu gultu skaita uz 100 000 iedzīvotājiem izmaiņas Eiropas valstīs periodā no 2000. līdz 2010. gadam

Avots: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO European Health For All Database (OECD, 2012)

Tomēr slimnīcas vieta veselības aprūpes sistēmās vēl aizvien ir centrāla, un paralēlo iespēju attīstība ne tikai nemazina, bet bieži palielina to vadīšanas komplikētību. Līdz ar gultu skaitu samazinās arī slimnīcu skaits, un atlikušās parasti kļūst lielākas. Pacientu koncentrēšanas lielākās slimnīcās iemesls ir ne vien iespējamā resursu ekonomija, palielinoties apjomam, bet arī pierādījumi par lielāka ārstēto pacientu apjoma un attiecīgi lielākas ārstu pieredzes saistību ar mazāku mirstību un labākiem citiem kvalitātes rādītājiem dažādu gadījumu ārstēšanā (Bartels, Wypij, Wenzlaff, Dammann, & Poets, 2006; Birkmeyer et al., 2002; Finlayson, Goodney, & Birkmeyer, 2003; Halm, Lee, & Chassin, 2002; Mayer, Bottle, & Darzi, 2010). Pieaugoša iespēja salīdzinoši vieglākus gadījumus ārstēt bez hospitalizācijas nozīmē arī to, ka tagad slimnīcās ārstētie pacienti kopumā ir smagāki un komplikētāki, savukārt to slimības visbiežāk bez ārstēšanas epizodes slimnīcā prasa arī turpmāku rīcību attiecībā uz ambulatoru ārstēšanu, rehabilitāciju, medicīnisku un sociālu aprūpi mājās. Šie apstākļi, kuru pamatā ir hronisku slimību īpatsvara

pieaugums, visai skaidri norāda slimnīcas ilgtspējīgas attīstības iespējamāko virzienu – tās transformāciju organizācijā, kurā slimnīcas klīniskais process ir integrēts veselības aprūpes citos posmos, un slimnīca no funkcionālas organizācijas, kas balstīta uz ārstu specialitātēm, pakāpeniski kļūst par uz procesu orientētu un tāpat arī uz pacientu orientētu organizāciju, kura efektīvi reaģē uz pieprasījuma maiņu apkārtējā vidē.

Konkrētās būtiskās pārmaiņas pieprasījumā slimnīcām liek rast iespēju iekšēji pārveidoties, mainīt ierasto darbības veidu – samazināt neefektivitātes līdzšinējos klīniskajos procesos, atbildot uz pieaugošo izmaksu spiedienu, attīstīt tos pakalpojumus, kas agrāk tai nebija raksturīgi, vai vispār samazināt savu darbības apjomu, apvienoties ar citām slimnīcām vai pilnībā pārtraukt līdzšinējo pakalpojumu sniegšanu. Ilgtspējīga slimnīcas attīstība ir saistīta ar tās spēju pārveidot savu darbību, lai klīniskie procesi nodrošinātu iespējami kvalitatīvu, bet vienlaikus izmaksu efektīvu ārstēšanu stacionārā, un tie būtu integrēti ar aprūpi gan pirms, gan pēc stacionāra posma.

Medicīnas zinātnes un tehnoloģiju progress, kas sniedz jaunas iespējas slimnīcas ārstu profesionālajā darbībā un iespējā agrāk tikai slimnīcā ārstējamiem pacientiem efektīvi palīdzēt arī ambulatoros apstākļos, un valsts rīcība veselības aprūpes pakalpojumu tirgus regulācijā, nodrošinot veselības aprūpes universālu pieejamību limitētu resursu apstākļos, ir minami kā divi galvenie faktori, kas nosaka **pārmaiņas veselības aprūpes, t.sk. arī slimnīcas piedāvājumā.**

Veselības aprūpe, tajā skaitā slimnīcas pakalpojumi, literatūrā bieži tiek minēta kā klasisks piemērs tirgus fiasko situācijai un **iespējai piedāvājuma pusei palielināt pieprasījumu.** Veselības aprūpē tirgus liberalizācijas ierobežošanas nepieciešamību ir pamatojuši daudzi pētnieki (Hsiao & Heller, 2007; Meller-Herbert & Gubb, 2009; Mitenbergs et al., 2012a; Purdy, 2010; Rechel et al., 2009; J. M. Vissers, 1998). Mākslīgi palielinātā pieprasījuma iespēja veselības aprūpē ir saistīta ar **informācijas asimetriju** starp indivīdu, kam nepieciešams (vai, kas uzskata, ka nepieciešams), reizēm ļoti ierobežotā laikā un vietā, veselības aprūpes pakalpojums, un ilgstoši specialitāti apguvušo profesionāli, kas šo pakalpojumu piedāvā, turklāt nereti daļēja vai pilna monopola apstākļos. Piedāvājuma inducēto pieprasījumu palielina arī sabiedrības informētība par veselību un slimībām, kas palielina tās prasījumu un gaidas attiecībā pret veselības aprūpi. Minētie apstākļi ir jāņem vērā, arī analizējot **medicīnas zinātnes un tehnoloģiju progressa** ietekmi uz pārmaiņām slimnīcā. Ar jēdzienu ‘medicīnas tehnoloģijas’ saprot kopumu, ko veido „zāles (t.sk. vakcīnas), medicīnas aparatūra, ārstēšanas un diagnostikas procedūras, atbalsta un administratīvās sistēmas, kas savieno šos atsevišķos elementus kopā” (OECD, 2010). Neapšaubot medicīnas tehnoloģiju progressa lomu cilvēku dzīvildzes un kvalitātes palielināšanā, zinātniskajā literatūrā apkopotā pierādījumu bāze liek secināt, ka medicīnas tehnoloģiju evolūcija un to izmantošanas intensitātes pieaugums ir pārliecinoši vadošais faktors, kas vairo veselības aprūpes izdevumus (Dormont

& Grignon, 2006; Lubitz, 2005; Thomson et al., 2010) un attiecīgi palielina prasības slimnīcām īpašu nozīmi piešķirt pasākumiem, kas varētu bremsēt to izdevumu pieaugumu.

Jaunu tehnoloģiju ietekme uz piedāvājuma palielināšanos nav tieša, jo visbiežāk jaunas tehnoloģijas ieviešana nomaina tikai iepriekš lietoto metodi, un tādējādi tam nevajadzētu ietekmēt kopējo piedāvājumu veikt kāda noteikta veida pacientu ārstēšanu. Tomēr, analizējot dinamiskā jaunu tehnoloģiju ienākšanu praktiskajā medicīnā, tā līdz šim gandrīz vienmēr ir palielinājusi sniegto pakalpojumu kopējos apjomus. Šo fenomenu ir pētījuši un aprakstījuši vairāki autori, secinot, ka patēriņa pieaugumu nosaka ne tik daudz strauja jauno tehnoloģiju izplatība, cik esošo tehnoloģiju aizvien plašāka pielietošana, it sevišķi apstākļos, kad tā kļūst finansiāli pieejamāka (Cutler & Maera, 1999). praksē Tātad lielā mērā pierādās tas, ka jauna tehnoloģija, ja arī samazina vienas vienības izmaksas, visbiežāk palielina kopīgās veselības aprūpes izmaksas, palielinoties attiecīgās ārstēšanas vienību skaitam. Tas savukārt apstiprina būtisko lomu, ko piedāvājuma veidošanā veselības aprūpē spēlē ārsti. Plašā astoņus gadus aptverošā pētījumā Francijā tika secināts, ka ārstu izvēle, nosakot pārmaiņas piedāvājumā – līdzšinējā ārstēšanas praksē, kopējos izdevumus palielināja 3,8 reizes vairāk nekā šajā pašā periodā mainījās objektīvais veselības aprūpes pieprasījums pacientu novecošanās dēļ (Dormont & Grignon, 2006). Šis aspekts vēlreiz norāda uz vienu no lielākajiem izaicinājumiem vadītājam slimnīcā – visbiežāk neesot speciālistam konkrētajā medicīnas nozarē, spēt novērtēt medicīnas tehnoloģiju attīstības radītā piedāvājuma ietekmi gan uz uzņēmuma finansiālajiem rādītājiem, gan vērtību pacientam, ko šis piedāvājums varētu radīt. Minētajā pētījumā tika arī secināts, ka kopējais izmaksu pieaugums šajā periodā neatsvēra aprēķinātos ieguvumus, samazinoties pacientu saslimstībai. Šī situācija labi ilustrē veselības aprūpē strādājošo vadītāju ierobežoto iespēju bez ārstu līdzdalības kontrolēt resursu patēriņu un ietekmēt papildus pieprasījumu, ja to veicinošā piedāvājuma stimulēšanu vai kavēšanu nosaka ārsti izvēloties ārstēšanas metodes un apstākļus.

Gan sabiedrības pieaugošanas gaidas attiecībā uz veselības aprūpes iespējām, gan medicīnas zinātnes progress un tehnoloģisko sasniegumu izmantošanas pieaugoša intensitāte nosaka veselības aprūpes nepārtrauktu sadārdzināšanos. Ņemot vērā apstākli, ka pastāvošās informācijas asimetrijas dēļ tirgū dominē profesionālā puse, un attiecīgi piedāvājums dominē pār pieprasījumu, veselības aprūpes politikas mērķu sasniegšanai regulēt veselības aprūpes tirgu ir daudz efektīvāk, ietekmējot piedāvājumu, nekā mēģinot regulēt pieprasījumu (Hsiao & Heller, 2007). Tāpēc **valsts veselības aprūpes politika piedāvājuma regulēšanā ir uzskatāma par vienu no būtiskākajiem ārējās vides apstākļiem, kas slimnīcām liek mainīties.**

PVO kā veselības aprūpes politikas mērķus universālā veselības aprūpes sistēmā definē sekojošos: (1) pieejamības vienlīdzība – veselības aprūpes pakalpojumus saņem visi, kam tos vajag, ne tikai tie, kas par tiem var samaksāt, (2) indivīda aizsardzība no pārmērīga finansiāla riska, panākot, ka saslimšanas

gadījumā māsaimniecības izdevumi nebūs tai katastrofāli, (3) veselības aprūpes kvalitāte nodrošina tās saņēmējiem veselības uzlabojumu (WHO, 2010). Latvijas un citu Eiropas Savienības valstu veselības aprūpes sistēmas ir universālas – t.i., tādas, kurās veselības aprūpes pieejamība tiek nodrošināta ikvienam, kam tā ir nepieciešama.

Veselības aprūpei kļūstot aizvien dārgākai, biežāk iezīmējas pretrunas starp sabiedrības vēlmi turpināt saņemt pakalpojumus atbilstoši jaunākajiem medicīnas zinātnes sasniegumiem un tās vēlmi to segt ar kopīgi savāktajiem publiskajiem līdzekļiem, piemēram, palielinot nodokļus (Griffin, 1988).

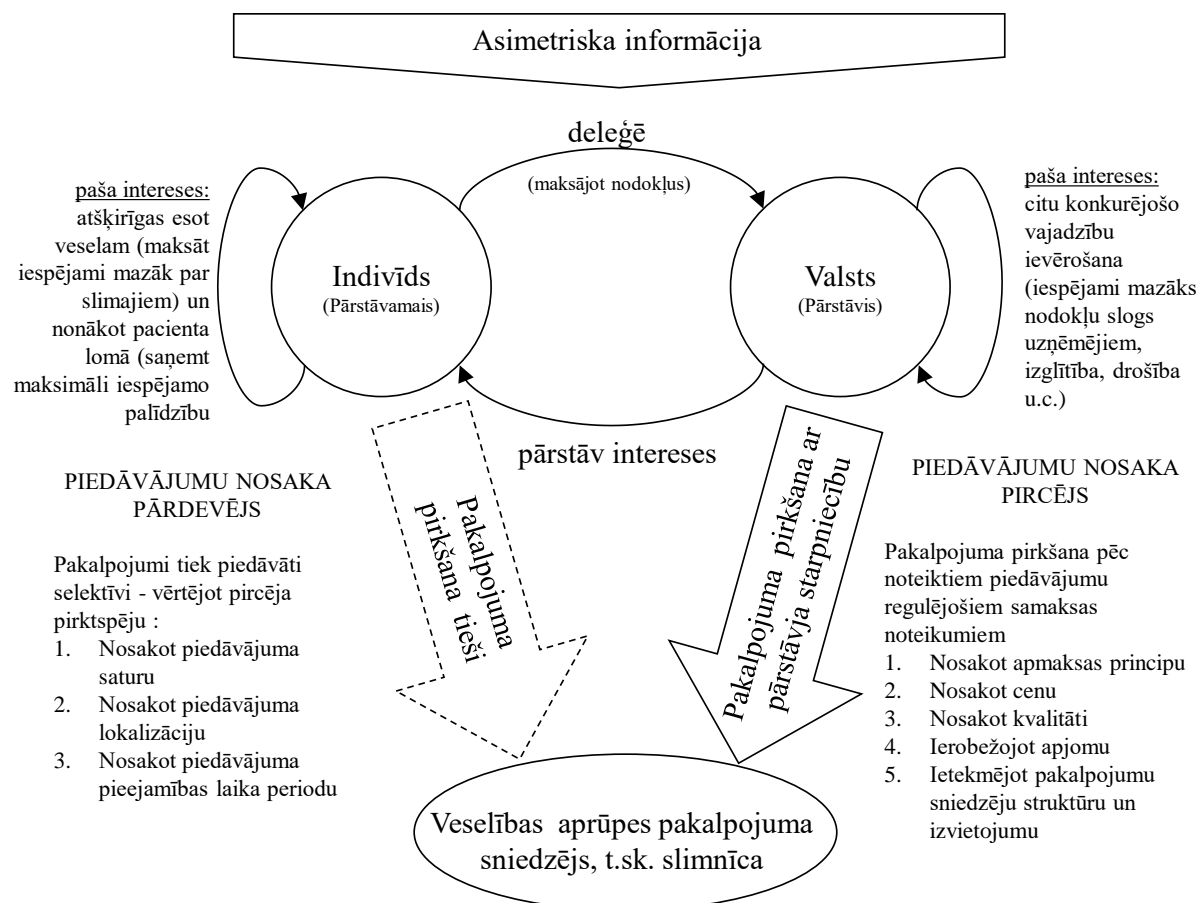
Arī situācija Latvijā skaidri iezīmē pieaugošo pretrunu starp sabiedrības vēlmi turpināt saņemt augsti kvalitatīvus medicīnas pakalpojumus un tās nespēju to segt ar kopīgi savāktajiem publiskajiem līdzekļiem. To uzskatāmi apliecina arī situācija valstīs, kurās ekonomiskas krīzes apstākļos ir nācies samazināt veselības aprūpes publiskā finansējuma apjomu – tiem, kas savā veselības aprūpē mazāk var ieguldīt personīgos līdzekļus, tā ir kļuvusi mazāk pieejama. Tādējādi, nesamazinot prasības pret veselības aprūpi (nesamazinot pieprasījumu un piedāvājumu), tiek pārkāpts viens no universālas veselības aprūpes mērķiem – pieejamības vienlīdzību visiem, ne tikai tiem, kas par to var samaksāt. Tā, piemēram, Latvijā, valsts budžeta izdevumiem veselības aprūpei 2010. gadā atgriezoties 2005. gada līmenī (Stratēģiskās analīzes komisija, 2011), tikai oficiāli reģistrēto privāto maksājumu īpatsvars sasniedza gandrīz 40% (The World Bank, 2012a). Likumsakarīgi, vairāk kā 80 % iedzīvotāju 2011. gadā veiktā aptaujā pauda neapmierinātību ar veselības aprūpi valstī (DNB Bank & SKDS, 2011).

Nemot vērā tirgus mehānismu neoptimālu darbību fiasko veselības aprūpē, attīstītajās valstīs veselības aprūpes politika dažādos veidos regulē pakalpojumu tirgu un pakalpojumu pieejamību, tātad arī vidi, kurā darbojas slimnīcas. Pieejamība var tikt regulēta tieši (valsts budžeta finansētās un nacionālā līmenī organizētās veselības aprūpes valstīs, t.sk. Latvijā) vai netieši valsts uzdevumā neatkarīgas slimo kases un apdrošināšanas sabiedrības (valstīs ar obligāto veselības apdrošināšanu).

Veselības aprūpes tirgus fiasko kompensēšanas mehānisms ir uzskatāms par vadīšanas sistēmas sastāvdaļu. Ar šī mehānisma palīdzību tiek vadīta veselības aprūpes sistēma kopumā, un tā elementi ir pielietojami arī slimnīcā, panākot pārmaiņas, kas nepieciešamas tās ilgtspējai esošajā veselības aprūpes sistēmā. Piemēram, specifisks samaksas modelis gan pakalpojuma sniedzējam – organizācijai vai samaksas modelis individuālam ārstam slimnīcā ļauj attiecīgi gan valsts veselības aprūpes sistēmai kopumā, gan slimnīcas vadībai panākt sasniedzamajam mērķim vēlāmāku pakalpojuma sniedzēja rīcību.

Veselības aprūpes tirgus fiasko kompensēšanas mehānismu kā vadīšanas sistēmas sastāvdaļu autors piedāvā skatīt kā paveidu klasiskām pārstāvamā – pārstāvja attiecībām, kur valsts (pārstāvis) caur ieviestiem pakalpojumu pirkšanas, apmaksas, izvietojuma un citiem noteikumiem pārstāv tās indivīda

(pārstāvamais) intereses, tam kā pacientam informācijas asimetrijas apstākļos saņemot veselības aprūpes pakalpojumus. Vērtējot brīvā tirgus fiasko regulāciju šādā aspektā, uzskatāmas ir pieprasījuma pušu spēku samēra atšķirības gadījumā, ja indivīds pakalpojumu pērk tieši, vai tā uzdevumā to pērk pārstāvis (skat. 2.6. attēlu).



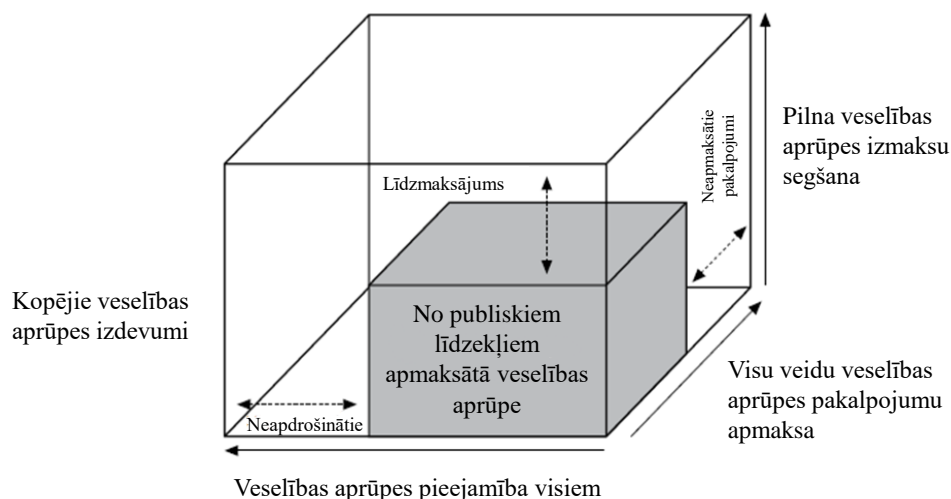
2.6. attēls. Pārstāvamā – pārstāvja attiecību modelis veselības aprūpes pakalpojumu tirgus regulācijā

Avots: Autora veidots attēls

Ja veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs, piemēram, slimnīca vai individuāls ārsts ir tiešās pircēja – pārdevēja attiecībās ar pacientu, tad pastāv iespēja, ka profesionālā puse dominēs, mākslīgi palielinot pieprasījumu vai cenu, kā arī selektīvi piedāvājot tikai tos pakalpojumus, par kuriem indivīds ir gatavs un spējīgs maksāt. Savukārt zināmā monopola stāvoklī esošam pārstāvim iepērkot un apmaksājot indivīdiem nepieciešamos pakalpojumus, iespējas profesionālajai pusei dominēt ir ievērojami mazākas – pakalpojuma cenu, kvalitāti un izvietojumu lielā mērā varēs kontrolēt pircējs (līdzīgi arī slimnīcas gadījumā – ārsti nevar izvēlēties ārstēt tikai tos pacientus vai slimības, kurām ir labāks apmaksas tarifs, ja kopējos slimnīcas ienākumus pārdala tās vadība). Tātad ārējā ietekme – pakalpojumu tirgus regulēšana, indivīda pārstāvim zināmā mērā diktējot noteikumus pakalpojumu sniedzējam, mazina iespēju, viņam veidojot piedāvājumu, izmantot informācijas asimetrijas priekšrocības.

Tomēr indivīdu un valsts attiecības veselības aprūpē (tāpat kā pacientu un slimnīcas vadības attiecības) raksturo arī abu kopīgās un atšķirīgās intereses attiecībās ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju. Indivīda kā pacienta interesēs ir iespējami zems (vai neesošs) līdzmaksājums par pakalpojumu, tā iespējami augstākā kvalitāte (arī subjektīvi vērtētā), iespējami labākā pieejamība laika un attāluma ziņā, visu veidu veselības aprūpes pakalpojumu apmaksā no publiskajiem līdzekļiem. Savukārt pārstāvja (un arī indivīda kā nodokļu maksātāja) intereses šajās attiecībās ar pakalpojumu sniedzēju tikai daļēji pārklājas ar indivīda kā pacienta interesēm. Pakalpojumu pirkšanas pēc noteiktiem piedāvājumu regulējošiem noteikumiem mērķis ir nodrošināt universālas veselības aprūpes sistēmas kopējos mērķus to resursu ietvaros, kas ir pieejami. Iepriekš jau minētā sistēmas mērķa – veselības aprūpes pieejamības vienlīdzības nodrošināšana visiem, kam tā ir nepieciešama, nosaka to, ka individuāla pacienta intereses (kas šajā gadījumā saskan gan ar ārsta kā profesionāļa, gan slimnīcas kā uzņēmuma, gan arī ietekmīgas iesaistītās puses – medicīnas tehnoloģiju un zāļu industrijas interesēm) tiks ievērotas tikai līdz kādam noteiktam līmenim. Pakalpojuma sniedzējam noteiktie apmaksas principi (Latvijas Republikā veselības aprūpes apmaksas no publiskajiem līdzekļiem kārtību nosaka Ministru kabineta noteikumi Nr. 1046 (no 2006. gada 19. decembra) „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”) var nozīmēt nepieciešamību individuālam pacientam vienai pakalpojumu daļai to izmaksas daļēji segt pašam, citus pakalpojumus pirkt no personīgiem līdzekļiem pilnībā. Tāpat veselības aprūpes apmaksā no publiskiem līdzekļiem var tikt pilnīgi vai daļēji ierobežota kādām iedzīvotāju grupām. Tā valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas ierobežojumu personām, kas nav veikušas iemaksas nodokļu iemaksas valsts budžetā, paredz Latvijas Republikas Veselības ministrijas sagatavotais „Konceptijas projekts par veselības aprūpes sistēmas finansēšanas modeli”.

Kopējo veselības aprūpes vajadzību un veselības aprūpes sistēmas nodrošināto veselības aprūpes apjoma attiecības raksturo PVO piedāvātais modelis, kas vienlaikus arī labi raksturo slimnīcas pakalpojuma pieejamību iedzīvotājiem (WHO, 2010) (skat. 2.7. attēlu).



2.7. attēls. Veselības aprūpes, t.sk. slimnīcas pakalpojumu pieprasījuma segums

Avots: *Health Systems Financing. The path to universal coverage* (WHO, 2010), 12. lpp.

Dažādu veselības aprūpes pakalpojumu piederība pie tiem, kas tiek apmaksāti pilnībā vai daļēji no publiskiem līdzekļiem, ietekmē pakalpojuma sniedzēja vēlmi un iespējas nodrošināt pakalpojumus, kas atbilstu visām indivīda kā pacienta gaidām (Thomson, Foubister, & Mossialos, 2009).

Atkarībā no veida, kā valsts ietekmē piedāvājumu slimnīcā, būtiski mainās arī tās vadīšanas aspekti. Dažādi pakalpojuma pirkšanas noteikumi nosaka atšķirīgu motivāciju gan ārstiem, gan vadītājiem attiecībā uz sniedzamo pakalpojumu apjomu, izmaksām, pieejamību un kvalitāti. Šos būtiskos veselības aprūpes piedāvājumu ietekmējošos mehānismus ir pētījuši dažādi autori (piem., (McKee et al., 2002; Porter, 2009; Thomson et al., 2009)).

Ja slimnīca saņem fiksētu tāmes finansējumu (pēdējos gados Latvijā tiek atjaunots slimnīcu bijušo uzņēmšanas nodaļu finansējums pēc fiksētas tāmes), tad, izejot no slimnīcas saimnieciskajām interesēm, tai nav izdevīgi attīstīt jaunus, kvalitatīvākus, bet augstākas pašizmaksas pakalpojumus – pieaug pretruna starp vadītāju vēlmi sekot uzņēmuma interesēm un ārstu profesionālo interesi pacientiem nodrošināt labāko iespējamo ārstēšanu. No otras puses, tā kā finansējums nav atkarīgs no pacientu skaita, pakalpojuma sniedzēji nav motivēti attīstīt klientu aprūpes servisa līmeni, pastāv motivācija izvairīties no smagāku slimnieku ārstēšanas (un izmantot iespēju tos pārvest uz augstāka līmeņa slimnīcu), izrakstīt pacientu ātrāk nekā vēlams. Šāda veida finansējums bija bijušā padomju bloka valstu slimnīcās. Arī Latvijā tāds darba samaksas veids pastāvēja līdz pagājušā gadsimta deviņdesmito gadu vidum un pēdējos gados tiek atjaunots slimnīcu uzņēmšanas jeb neatliekamās palīdzības nodaļu finansēšanā.

Ja slimnīca saņem finansējumu par katru pacientu proporcionāli laikam, ko tas slimnīcā ir pavadījis (gultas dienas), uzņēmuma saimnieciskajās interesēs nav veicināt intensīvāku ārstēšanu un straujāku pacientu apriti, pieaug iepriekšējā piemērā minētā pretruna starp uzņēmuma saimnieciskajām un ārstu profesionālajām interesēm. Samaksa par gultas dienām slimnīcām Latvijā nomainīja iepriekšējo tāmes finansējumu, mēģinot sasaistīt finansējuma apjomu ar padarīto darbu. Šāds samaksas veids atsevišķos gadījumos vēl pastāv arī pašreiz spēkā esošajos finansēšanas noteikumos (LR Ministru kabinets, 2006).

Turpretim, ja slimnīca saņem finansējumu atbilstoši veiktā darba apjomam (noteikta samaksa par katru no uzskaitītajām manipulācijām) (*fee for service*), tad vadītāju, kas pārstāv slimnīcas saimnieciskās intereses, un ārstu profesionālās intereses sakrīt – uzņēmums aktīvi ievieš un izmanto jaunas tehnoloģijas (ja tās tiek apmaksātas) un intensīvāk izmanto jau esošās, kā arī rūpējas par to, lai klientu būtu vairāk un tie būtu apmierināti ar pakalpojumu un servisu. Šāds apmaksas veids arī veicina uzņēmuma kopīgo ienākumu līmeņa celšanos un maksātājam attiecīgi aizvien pieaugošus izdevumus par veselības aprūpi. Latvijā un citās valstīs šī ir plaši pielietota apmaksas sistēma, tā veidojās vienlaikus ar informācijas tehnoloģiju attīstības sniegto iespēju aizvien detalizētāk uzskaitīt veiktā darba apjomu. Daļēji šis samaksas veids pastāv arī Latvijā, tiesa, kopējā veselības aprūpes budžeta iespēju ierobežojuma apstākļos tas tiek izmantots mazāk – slimnīcām tiek noteikti kopējā budžeta griesti („kvota”), un to sasniegšanas gadījumā papildus veiktais darbs netiek apmaksāts.

Cits samaksas mehānisms par veikto darbu ir fiksētas cenas noteikšana par „produktu” grupām – pacientu ar līdzīgām diagnozēm ārstēšanas gadījumiem, neņemot vērā lietotās manipulācijas un ārstēšanas ilgumu. Fiksēta samaksa par noteiktu pacientu grupu ārstēšanu (angliski saīsinājumā – DRG (*diagnosis related groups*)), attiecināta uz uzņēmuma saimnieciskajām interesēm, nozīmē motivāciju samazināt pacientu ārstēšanas gadījumu pašizmaksu, saīsinot ārstēšanas ilgumu, centienus daļu ārstēšanas uzticēt ambulatorajai aprūpei. Šis samaksas veids veicina tikai izmaksu efektīvu jaunu tehnoloģiju ieviešanu un nestimulē intensīvāku esošo pielietojumu. Tas ir plaši lietots ASV, Skandināvijas valstīs un citur. DRG sistēmas var būt starptautiskas, veidotas, aprēķinot reālās gadījuma izmaksas daudzās slimnīcās dažādās valstīs. Sistēmas dalībvalstīs konkrētajā valstī attiecīgi veic korekciju atbilstoši lokālajiem apstākļiem, nemainot relatīvās izmaksu attiecības starp „produktu” grupām. Latvijā arī tiek pielietota samaksa par diagnožu grupām, taču pagaidām tā nav saistīta ar kādu no starptautiskajām sistēmām un attiecīgi plašiem reālo izmaksu aprēķiniem dažādos uzņēmumos. Tomēr arī Latvijā tiek plānots pakāpeniski ieviest Ziemeļvalstīs lietoto DRG sistēmu (LR Ministru kabinets, 2014b).

Jauna, pagaidām vairāk teorētiska pieeja samaksai par veselības aprūpes pakalpojumiem ir Hārvarda biznesa skolas profesora, stratēģijas teorētiķa Maikla Portera aizstāvētā virzība uz samaksu atbilstoši skaidri definēta veselības ieguvuma vērtībai (Porter, 2009). Porters, vērtējot līdzšinējo veselības aprūpes

sistēmu attīstību, atzīmē, ka katrs no iepriekš minētajiem un līdz šim lietotajiem principiem pakalpojuma apmaksā ir tikai īslaicīgs kompromiss pacienta, sabiedrības un pakalpojuma sniedzēju konfliktējošajās interesēs. Pēc koncepcijas autora domām, samaksa par pievienoto vērtību veselības stāvoklim ļautu saskanēt gan ar pacienta interesēm sasniegt reālu un iespējami ilgstošu uzlabojumu savai veselībai, gan ar sabiedrības interesēm maksāt tikai par reālu ieguvumu tās locekļu veselībā, gan ar pakalpojuma sniedzēja interesēm sasniegt pēc iespējas labāku ārstēšanas rezultātu ilgtermiņā. Piekrītot šai tēzei, darba autors saredz vislielākās grūtības veselības ieguvuma definēšanā un mērīšanā, kā arī atbildību un samaksas sadalījuma realizēšanā, viena pacienta aprūpē esot iesaistītiem dažādiem veselības aprūpes uzņēmumiem un ārstu praksēm dažādos veselības aprūpes līmeņos.

Atgriežoties pie šobrīd praksē pielietotajiem samaksas par veselības aprūpes pakalpojumiem veidiem, ir gan pozitīvie, gan negatīvie efekti, gan arī tādi, kas ir izdevīgi kādai no iesaistītajām pusēm, bet nav izdevīgi citām (skat. 2.1. tabulu).

2.1. tabula

Piedāvājuma regulēšanai izmantoto dažādo samaksas metožu pozitīvie un negatīvie efekti

(Avots: autora sastādīta tabula, izmantojot literatūras avotus (McKee et al., 2002; Porter, 2009; Thomson et al., 2009))

Samaksas veids, metode	Mērķis, pozitīvie efekti	Negatīvie efekti
Fiksēta alga (ārstam)	Ieinteresēts, lai pacients būtu vesels, lai pacientu būtu mazāk. Iespējama stingra kontrole Paredzami izdevumi	Nav ieinteresēts samazināt izmaksas Nav ieinteresēts palielināt darba kvalitāti un ražību – veidojas rindas Ir ieinteresēts samazināt sniegtos pakalpojumus Palielinās iespēja pieņemt / pieprasīt neoficiālus maksājumus
Fiksēts budžets (slimnīcai)	Viegla izdevumu kontrole un administrēšana	Nav motivācijas investēt tehnoloģijās, ir vēlme atlasīt ārstēšanai tikai pacientus ar mazākām izmaksām
Samaksa par gultsdienām (slimnīcai)	Paredzami, viegli administrējami izdevumi Pacientam tiek veltīta lielāka uzmanība	Pastāv motivācija palielināt uzņemto pacientu skaitu un hospitalizācijas ilgumu. Iespēja lietot mazāk efektīvu ārstēšanu
Samaksa atbilstoši pašizmaksai (slimnīcai)	Nekāds risks pakalpojuma sniedzējam Attīsta inovācijas	Nav iespējams plānot izmaksas Nav ieinteresētības samazināt izmaksas Paplašina piedāvājumu Sarežģīti aprēķināmas, pārbaudāmas un starp dažādiem pakalpojumu sniedzējiem unificējamas izmaksas
Maksājums pēc kapitācijas principa (g.k. primārajā aprūpē)	Ieinteresēts, lai pacients būtu vesels. Ārstē izmaksu efektīvi. Mazas administrēšanas izmaksas Paredzami izdevumi Nav pakalpojumu sniedzēja intereses ģenerēt pieprasījumu	Pacientu selekcija pēc riska. Ieinteresētība pārbīdīt smagākos pacientus un izmaksas. Ir ieinteresētība samazināt sniegtos pakalpojumus Ja nav ierobežojumu, tad pieaug pacientu nosūtīšanas biežums uz slimnīcu vai pie speciālistiem Nepietiekama motivācija aprūpes kvalitātes paaugstināšanai
Samaksa par padarīto (F4S - fee for service) (ārstam, slimnīcai)	Ieinteresēts strādāt vairāk, uzlabot pieejamību, kamēr par katru nākamo pacientu / pakalpojumu tiek maksāts papildus Ārstē izmaksu efektīvi	Paplašina piedāvājumu → ģenerē pieprasījumu, izmaksas Pakalpojumu selekcija (piem., <i>high-tech</i> procedūras) Augstas kontroles izmaksas
Samaksa par gadījumu (DRG – diagnosis related groups) (slimnīcai)	Nav ieinteresēts paplašināt piedāvājumu Ārstē izmaksu efektīvi	Minimālā kvalitāte Ieinteresēts pārbīdīt smagākos pacientus un izmaksas. Īsti nav piemērots ambulatorā aprūpē
Samaksa pēc iznākuma (F4P - fee for performance) (ārstam, slimnīcai)	Uzlabo kvalitāti Vienoti mērķi pacientam un pakalpojuma sniedzējam	Grūti izmērīt Augsti kontroles izdevumi Ļoti grūti izmantojama, ja ārstēšanas gaitā pacients pārvietojas no viena veselības aprūpes līmeņa uz citu, mainot pakalpojuma sniedzēju

Tātad veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanā brīva tirgus regulācija ir mazspējīga, savukārt šo mazspēju kompensējošie mehānismi arī bieži ir nepilnīgi. Kā liecina samaksas metožu salīdzinājums,

neviens no tām nav vienlīdz izdevīga visām galvenajām iesaistītajām pusēm – ārstiem, slimnīcām, pacientiem un trešajai pusei, kas sedz ārstēšanas izmaksas. Apjoms, kvalitāte un izmaksas ir trīs veselības aprūpes pakalpojuma dimensijas, starp kurām dažādiem maksājuma veidiem ir jāpanāk lielāko daļu iesaistīto pušu apmierinošs rezultāts. Maksājuma metodes koriģēšana attiecīgi maina arī pakalpojuma sniedzēja ekonomisko motivāciju veikt pārmaiņas organizācijā tādā virzienā, kurā tās ilgtspējīga attīstība būtu visizdevīgākā. **Dažādi apmaksas principi ir izmantojami arī kā instruments slimnīcas intelektuālo struktūrvienību un darbinieku, pirmkārt jau ārstu profesionālās darbības vadīšanā atbilstoši organizācijas un tās klientu interesēm.**

Liela daļa no izpētītajām samaksas metodēm ir attīstījušās salīdzinoši neseno, slimnīcās ienākot informācijas tehnoloģijām un uzsākot klīniskā procesa elementu un pacienta iznākumu kodēšanu un elektronisku reģistrēšanu. **Pieaugoša iespēja analizēt klīniskos procesus, attīstoties medicīnas informācijas sistēmām, ir vērtējama kā veicinošs faktors ārējo faktoru ietekmes uz visu veselības aprūpes sistēmu kopumā straujākai pārnesi arī uz slimnīcu.** Visu iepriekš analizēto ārējo faktoru ietekme uz vadāmo objektu, t.i., slimnīcu, kļūst aizvien tiešāka un izteiktāka. Līdz ar to šādā izmainītā objektā ir jāmaina vadīšanas metodes.

Pētījumā noskaidrotās slimnīcas kā organizācijas īpašās pazīmes un ārsta darba profesijas specifika **apstiprina pirmo no pētījumā izvirzītajām tēzēm: mainīgā vidē slimnīcas vadīšanas pilnveidošanā jāizmanto metodes, kas dod iespēju vadāmajam objektam operatīvi pielāgoties jaunajai vides situācijai.**

Kā viena no vadīšanas metodēm, kas nodrošina ātru reaģēšanas iespēju uz vides izmaiņām un paredz iespēju arī pašam vadāmajam objektam pielāgoties jaunajai vides situācijai, ir procesu vadīšana.

2.2. SLIMNĪCAS PĀREJAS UZ PROCESU ORIENTĒTU VADĪŠANU NOZĪME

Nemot vērā būtiskās izmaiņas vidē, kurā slimnīcas darbojas, un pārmaiņas gan pieprasījumā, gan piedāvājumā, var teikt, ka vēsturiski izveidojusies slimnīcu funkcionālā organizatoriskā struktūra – slimnīca kā ārstu specialitātēm pielāgotu nodaļu apvienojums, kurus apkalpo liels skaits palīgdienestu, neizmainītā veidā vairs nav piemērota tām veselības nozares vajadzībām, kādas tās ir šodien. Vienlaikus, pieaugot hronisku slimību īpatsvaram, konkrēta pacienta ārstēšana aizvien retāk ir viena ārsta atbildībā un pārraudzībā. Medicīnā strādājošo aizvien dziļāka profesionālā specializācija kādā noteiktā jomā pacienta ārstēšanu ir pārvērtusi par procesu, kurā dažādā secībā iesaistās vairāki ārsti un citi medicīnas profesionāļi, turklāt nereti pat strādājoši dažādos veselības aprūpes līmeņos un organizācijās. Lai arī specializācijas process medicīnā sasaucas ar līdzīgām norisēm citās nozarēs, kurās darba dalīšana un specializācija

nodrošina labāku kvalitātes, izpildes laika un izmaksu attiecību (Rechel et al., 2009), tikai iepriekš jau aprakstītās būtiskās izmaiņas slimnīcu ārējā vidē liek **slimnīcām mazināt līdzšinējo strikti funkcionālo orientāciju un attīstīt orientāciju uz procesu, kura centrā ir slimnīcas klients – pacients.**

Izmaiņas slimnīcu ārējā vidē rada pieaugošu nepieciešamību slimnīcām uzlabot pakalpojumu efektivitāti un kvalitāti, vienlaikus samazinot līdzšinējo izmaksu pieaugumu tempu. Apstākļos, kad slimnīcā ārstējamo pacientu skaits samazinās, bet tās turpina patērēt vairāk par pusi ārstniecībai paredzēto līdzekļu (Mckee & Healy, 2002), tieši slimnīcu izmaksu efektivitātes uzlabošanās var atstāt vislabvēlīgāko ietekmi uz veselības aprūpes sistēmu kopumā.

Mainoties pieprasījumam un piedāvājumam veselības aprūpē kopumā un palielinoties prasībām pēc iespējami augstākas pakalpojumu kvalitātes, vienlaikus ar mēģinājumiem palēnināt veselības aprūpes izdevumu pieauguma tempus, vairāk politiski motivētas un administratīvi uzspiestas nekā vadītāju vai ārstu iniciētas ir organizatoriskās pārmaiņas visā sistēmā – atsevišķu slimnīcu slēgšana, apvienošana un ambulatorā sektora attīstīšana, veicot finanšu pārdali par labu izmaksu efektīvākajiem risinājumiem. Ārējais spiediens slimnīcām liek mainīties – tajās notiek nodaļu apvienošana, stacionāra gultu skaita samazināšana, ārstēšanas ilguma samazināšana. Pieaugot medicīnas iespējām daļu līdzšinējo slimnīcu pakalpojumu veikt ambulatori, slimnīcām aizvien vairāk nākas konkurēt ar ambulatoru veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, un par svarīgiem konkurētspējas kritērijiem kļūst pakalpojumu kvalitāte, pacientu apmierinātība, resursu (finanšu, darbinieku, telpu un aprīkojuma, laika, informācijas, zināšanu) pārvaldīšanas efektivitāte. Tā rezultātā slimnīcu ilgtspējīga attīstība kļūst atkarīga no to spējas līdzšinējā funkcionālā slimnīcā nodrošināt klientiem pielāgotus un kopējā veselības aprūpes sistēmā integrētus ārstniecības procesus, gatavības pielāgot un ieviest ražošanas un servisa industrijās pārbaudītas uz procesu orientētas vadīšanas metodes, kā arī veidot jauna tipa uz procesu orientētas starpspecialitāšu komandas, kas darbojas ārpus līdzšinējo funkcionālo struktūrvienību robežām.

Pirms par procesu vadīšanas nozīmi sāka runāt arī slimnīcās, citu nozaru uzņēmumos tika novērots, ka, lai arī funkcionāla organizācija darbiniekiem ļauj aizvien dziļāk specializēties un gūt augstu ekspertīzi specifiskās jomās, šāda darba organizācija nav atbilstoša klienta vajadzībām. Līdz ar to pēdējās desmitgadēs uzskati par uzņēmumu ir mainījušies – funkcionālu struktūrvienību kopā prioritārāki kļūst veicamie biznesa procesi, kas šķērso formālās struktūrvienību robežas. Šo uzskatu pārbīdi labi raksturo pētnieciskās literatūras apjoms, kas veltīts biznesa procesu vadībai (Pritchard & Armistead, 1999). Arī praktiskajā uzņēmumu vadīšanā procesa orientācijas nozīmes atzišanu apliecina pieaugošais piedāvājums vadības konsultāciju tirgū taupīgās vadīšanas jeb *lean* metodes un ar to saistītu līdzekļu – tādu kā 5S un vizuālā darba vietu vadība, *Kaizen*, vērtības plūsmas kartēšana u.c. apmācībā.

Atbilstoši amerikāņu vadības zinātņu un informātikas profesora Tomasa Davenporta (*Thomas Davenport*) – biznesa procesiem, to pārveidei un zināšanu vadīšanai veltītu grāmatu autora – piedāvātajai definīcijai biznesa process ir „strukturētu, izmērāmu aktivitāšu kopums specifiska rezultāta (*output*) sasniegšanai konkrētam klientam tirgū”. Tātad pretēji produkta fokusētam skatījumam uz to, **kas ir izdarīts**, procesu skatījums stingri uzsver nozīmi tam, **kā darbs tiek organizācijā paveikts**.

Tātad process ir specifisku darbību secība laikā un vietā, ar noteiktu sākumu un beigām, un skaidri definētu ievadi (*inputs*) un sagaidāmo rezultātu (*outputs*) – tā ir struktūra darbībai. Procesa pieeja sevī ietver arī klienta redzējumu par to. Procesi ir struktūras, ar kurām organizācija dara to, kas nepieciešams vērtības radīšanai klientiem (Davenport, 1993). Organizācijai ieviešot biznesa procesu vadību, rezultātā bieži notiek to organizatoriskās struktūras pakļautības pakāpju skaita samazināšanās – darbiniekiem tiek palielināta atbildība un iespējas pieņemt lēmumus neatkarīgi, darboties daudz autonomāk un, kad situācija to prasa – būt darbībā elastīgam. Maz pakāpēs veidota organizācijas struktūra liek un ļauj vadītājam būt nepastarpināti tuvāk klientiem, to vajadzībām un biznesa realitātei. Vienlaikus šādas struktūras veidošana nosaka pārmaiņas darbinieku lomās un veidā, kā zināšanas tiek iegūtas un izplatītas tālāk organizācijā (Hammer & Champy, 1993). Klasiskā, uz procesiem orientētā organizācijā, šie procesi ir definēti, un darbinieku atbildība tiek aprakstīta, balstoties uz tiem. Šāda atbildība, kas pārsniedz funkcionālās robežas, veicina dažādu struktūrvienību darbinieku sadarbošanos un nosaka to vajadzību strādāt komandā. Procesu redzējums un orientācija uz tiem ir spēcīgs instruments fragmentācijas un funkcionālās integritātes trūkuma mazināšanai, kas ir tipiska problēma daudzās organizācijās (Garvin, 1998).

Lai noskaidrotu būtiskākos virzienus, kuros jāvada pārmaiņas slimnīcas kā funkcionālu organizāciju pakāpeniskai pārveidei par organizāciju, kas orientēta uz klientu un procesu, ir svarīgi saprast šo pārmaiņu vadīšanas virzienu daudzveidību. Veicot biznesa procesu vadībai veltītās pētnieciskās literatūras analīzi (Indulska, Green, Recker, & Rosemann, 2009; Kovacheva, 2010; Pritchard & Armistead, 1999; Rebuge & Ferreira, 2012), autors par svarīgiem pārmaiņu virzieniem uzskata pārmaiņas organizācijas struktūrā, veidā, kā darbojas komandas, kā notiek darba koordinēšana, vadītāja lomā un uzdevumos, darbinieku motivācijā, veicot darba uzdevumus, veidā, kā notiek ikdienas darba optimizācija organizācijā, veidā, kā notiek visas organizācijas attīstība, plānošanā, zināšanu izplatībā un kultūrā (skat. 2.2. tabulu).

Funkcionālas un uz procesiem orientētas organizācijas atšķirības

(Avots: autora sastādīta tabula, balstoties uz literatūras avotiem (Indulska, Green, Recker, & Rosemann, 2009; Kovacheva, 2010; Pritchard & Armistead, 1999; Rebuge & Ferreira, 2012))

Pazīmes	Funkcionāla organizācija	Uz procesiem orientēta organizācija
Organizatoriskā struktūra	Hierarhiska, katrai struktūrvienībai ir atbildība par kādas funkcijas izpildi. Tas ļauj specializēties un nodrošina optimālu funkcijas izpildi, bet ir šķērslis dažādu funkciju integrācijai, jo tā notiek hierarhiski augstākā līmenī	Struktūra, kas veicina dažādu funkciju veicēju sadarbību – piemēram, matricas tipa organizatoriskā struktūra
Komandas darbojas	Neatkarīgi	Sadarbojoties
Darba koordinēšana	Ir sarežģīta starp funkcionālām struktūrvienībām. Struktūrvienību vadības uzdevums ir koordinēt katras aktivitātes iznākuma saskaņošanu ar nepieciešamo aktivitātes uzsākšanu citā struktūrvienībā	Tiek veicināta tieša sadarbība starp struktūrvienībām iespējami zemākā līmenī. Struktūrvienības vadības augstākā prioritāte ir sadarbības koordinēšana.
Menedžeri vada	Resursus un darbu	Procesu un rezultātu
Darbinieki veic savu darbu	Lai izpildītu prasības	Lai sasniegtu labākus rezultātus
Optimizācija	Organizācijas darba optimizācija notiek katrā funkcionālajā struktūrvienībā atsevišķi. Nelīdzsvarota optimizācija var apgrūtināt darba koordinēšanu starp struktūrvienībām	Organizācijas darba optimizācija ir vērsta uz procesu optimizāciju – funkcionālās struktūrvienības to veic kopīgi
Organizācijas attīstība	Lēni adaptējas, reorganizācija notiek reti	Spējīga ātri mainīties, reorganizējas darba procesā
Plānošana	Augstākā vadība nosaka mērķus struktūrvienībām, balstoties uz to funkcijām. Virzība uz mērķu sasniegšanu katrā struktūrvienībā notiek, neņemot vērā citu struktūrvienību mērķus. Ja kāda no struktūrvienībām mērķi nenasiedz, cieš visa organizācija.	Plānošana ir fokusēta uz aktivitātēm, kas veido procesu. Struktūrvienības darbojas kopā kopīgu mērķu sasniegšanai
Zināšanu izplatīšana	Informācijas „salas”. Virzība uz specializāciju	Integrēta visā organizācija. Virzība uz starpfunkcionālu kompetenču apguvi
Kultūra	Slēgta	Atvērta

Procesu pieeja vadīšanā (vienlaikus tā ir arī uz klientu jeb pacientu orientēta pieeja ar klīnisko procesu kā organizācijas galveno procesu) ir alternatīva līdzšinējam funkcionālajam slimnīcas vadīšanas veidam. Tas nozīmē vairāk nekā līdz šim horizontālu vadības principu ieviešanu, šķērsojot barjeras starp departamentiem, tādējādi fokusējoties uz organizācijas kopējiem mērķiem un klientu prasību izpildi. Adaptējoties būtiskām pārmaiņām ārējā vidē, tās noteikto prasību akceptēšana nozīmē virzību uz slimnīcu, kurā secīgs un raīts pacienta ārstniecības process ar iespējami labāko klīnisko rezultātu un pacienta kā klienta apmierinātību tiek vērtēts augstāk par starprezultātu. **Orientācija uz procesu nozīmē**

to, ka pacienta ārstēšana tiek aprakstīta kā secība, kurā dažādu profesionālo disciplīnu aktivitātes tiek uztvertas kā ieguldījums, kuram jārada definēti rezultāti – ieguvumi. Filinghems (Fillingham, 2008) uzskata, ka slimnīcas pārveides procesu orientācijas virzienā būtiskāka ir izpratne, ka lielākajai daļai kompleksu organizāciju piemītošā attiecība starp darbībām, kas reāli rada pievienoto vērtību pacientam (sniedz tam to, kas nepieciešams), un darbu, kas tiek veikts bez vērtības pievienošanas, labākajā gadījumā ir 1:10. Tas savukārt nozīmē, ka, pat par 50% uzlabojot vērtību pievienojošās aktivitātes efektivitāti, kopējais process uzlabosies tikai par 5% vai mazāk, ja uzlabojuma rezultātā ietaupītais laiks tiks zaudēts nevērtīgā gaidīšanā laikā, kad vērtību pievienojošas darbības netiek veiktas. Tādēļ uz procesu orientēta darbības modeļa ieviešanas slimnīcā rezultātam, autoraprāt, būtu jābūt slimnīcas virzībai uz „vienas pieturas” pakalpojumiem, aizvien lielākas pakalpojumu daļas nodrošināšanai ambulatora servisa veidā, samazinātam gultu skaitam un lietoto telpu sadalījumā aizvien skaidrāk iezīmētai nošķirtībai starp aktīvās medicīniskās darbības zonu un viesnīcai līdzīgās darbības zonu. Tomēr nereti slimnīcās, kurās bieži ir sastopami vismodernākie medicīnā pielietojamie tehnoloģiskie sasniegumi, darba organizācija var būt visai atpalikusi. Šis ir literatūrā salīdzinoši bieži aprakstīts fenomens, un novērojumi liecina, ka citās jomās jau gadiem efektīvi vadības un darba organizācijas risinājumi medicīnā ienāk 10–15 gadus vēlāk (Mcalearney, 2006).

No orientācijas uz klienta vajadzībām būtu jāizriet gan nepieciešamībai pārdalīt resursus un veikt darbinieku krustenisko apmācību universālāku kompetenču iegūšanai, gan nepieciešamībai unificēt, , homogēnu pacientu un klīniskos procesus attiecībā uz iesaistītajiem resursiem. Tomēr, autoraprāt, **atšķirībā no citām nozarēm, slimnīcās pacienta ārstēšanas, kā horizontāla biznesa procesa, izpildījums atpaliek, un tajās vēl aizvien dominē vertikālas funkcionālas struktūras, kas izveidotas atbilstoši tajās strādājošo ekspertīzes jomai un kuru vajadzībām un iespējām tiek pakārtotas pacientu plūsmas slimnīcās.** Būtiski iemesli procesu vadības ieviešanas slimnīcā atpalcībai ir to komplikētība un nepieciešamība iegūt jaunas kompetences šīs komplikētības pārvaldīšanai ārstiem – klīniskā procesa vadītājiem. Šo pārmaiņas kavējošo apstākļu izvērtējumu un pārvarēšanas priekšlikumu sagatavošanu autors skata darba 2. daļas 3. nodaļā.

Nemot vērā, ka arī Latvijas slimnīcās sāk veidoties jauna tipa struktūrvienības, kas balstītas nevis uz ārstu specializāciju, bet uz vienveidīgu pacientu grupu līdzīgo kopējo vajadzību analīzi, ir jāsecina, ka slimnīcās ir uzsāktas pārmaiņas procesu orientācijas virzienā. Līdz ar to ir sagaidāms, ka vismaz vadības līmenī veidojas izpratne par procesu orientācijas nozīmi. Slimnīcas praksē klientu vajadzību atpazīšanas uzlabošanās nozīmē citu grupēšanas principu pacientiem ieviešanu – nevis vairs pēc slimības anatomiskās lokalizācijas atbilstoši ārstu specialitātēm, bet pēc līdzīga tipa vajadzībām attiecībā uz aprūpi un diagnostiskām vai ārstnieciskām manipulācijām, arī aprūpes ilgumu. Līdzšinējos apstākļos, kad pacienti

struktūrvienībās tiek grupēti atbilstoši ārstu specializācijai, attiecīgā nodaļā neizbēgami ārstēsies pacienti ar ļoti dažādām vajadzībām attiecībā uz aprūpes intensitāti, ilgumu, diagnostiku un ārstniecību. Tā nodaļā, kurā strādā traumatologi un ortopēdi, nonāk pacienti, kurus vieno dažādos veidos iegūti defekti kaulos un locītavās, un, visbiežāk, nepieciešamība attiecīgo speciālistu sastapt operāciju zālē.

Veidojot jaunas, universālākas struktūrvienības, tiek ņemts vērā fakts, ka citas vajadzības šiem pacientiem var būt izteikti atšķirīgas – ārstēšanās ilgums, vispārējais veselības stāvoklis, pavadošās slimības vai vienlaicīgi iegūtas citu orgānu traumas, māsu aprūpes intensitāte (tā ir atšķirīga, ja pacients ir pilnīgi nespējīgs vai ar traucētu apziņu un staigājošs, kam speciāla aprūpe nav vajadzīga). Attiecīgi, lai šāda struktūrvienība, kurā atrodas pacienti ar ļoti dažādām vajadzībām, varētu funkcionēt, tajā ir jāuztur resursi to nodrošināšanai maksimālas noslodzes gadījumā (piemēram, salīdzinoši reti gadījumiem, kad lielākā daļa nodaļas pacientu ir smagā vispārējā stāvoklī un prasa intensīvu aprūpi).

Savukārt apstākļos, kad lokālie resursi tomēr nav pietiekami vai nodaļas ārstu kompetence nav pietiekama, salīdzinoši lieli resursi tiek patērēti, saskaņojot iespēju piesaisīt papildus resursus vai pacientu pārvietojot uz citu struktūrvienību. Savukārt vienai nodaļai novirzot pacientu uz citu nodaļu, kas vēl nav tam gatava, neizbēgami tiek radīti plūsmu sastrēgumi. Nepieciešamās koordinācijas nodrošināšanas resursu ietilpība un nereti – šīs koordinācijas trūkums noved pie tā, ka, esot tikai funkcionāli orientētai, slimnīcai parasti nākas cīnīties ar aprūpes procesu saskaņošanas un efektivitātes problēmām un to pieaugošu negatīvu ietekmi uz pakalpojuma kvalitāti un gaidīšanas laikiem.

Nozīmīgi mainoties pacientu plūsmām, kas notiek ārējās vides ietekmes dēļ, resursu sadalīšana atbilstoši specialitātēm un pārdale starp tām kļūst sarežģītāka, un pieaug to neefektīvas izmantošanas risks. Tā, ja resurss – telpas, aprūpes personāla slodzes, tehnoloģijas – tiek izmantots tikai vienas specialitātes ietvaros ārstēto pacientu vajadzībām, tad pie dažādas noslodzes (piemēram, pacientu plūsmas) tas tiek vai nu nepilnīgi izmantots mazākas noslodzes gadījumos, vai apgrūtinā funkciju pildīšanu tad, kad noslodze ir liela. Šāda situācija noved pie tā, ka, visbiežāk, specializētā struktūrvienība pieprasa resursu nodrošinājumu, kāds atbilst augstai noslodzei, nevis vidējai noslodzei.

Veidojoties jauniem apstākļiem ārējā vidē un turpinoties medicīnas specialitāšu tālākas sadrumstalošanās tendencei, slimnīcas sekmīga darbība aizvien vairāk kļūst atkarīga no tās spējas vadīšanā aizvien vairāk orientēties uz procesiem, nevis tikai uz vadīšanu funkciju un struktūrvienību kontekstā.

Slimnīcā funkcionālas darba organizācijas nomaina uz procesu orientētu darba organizāciju prasa būtiskas pārmaiņas personāla darba rutīnā attiecībā uz klīnisko procesu. Būtiski mainās ārstniecības personāla uzdevumi, atbildības un varas sadale, nepieciešamo kompetenču apjoms, darba laiks un motivācijas

principi. Sekojošajā salīdzinājumā (Rechel et al., 2009) ir apkopotas minētās pārmaiņas personāla darbībā, slimnīcā attīstot orientāciju uz klīnisko procesu un pacientu tā centrā (skat. 2.3. tabulu). Šis salīdzinājums iezīmē pāreju uz procesu orientētu vadīšanu veicamās organizatoriskās pārmaiņas.

2.3. tabula.

Personāla darbības rakstura pārmaiņas slimnīcā

(Avots: (Rechel et al., 2009))

Līdzšinējā pieceja	Jaunā pieceja (idealizēti)
Pacientu vispirms novērtē ārstniecības personāla zemāka līmeņa pārstāvis, kas to nodod ārstēšanai tālāk augstāka līmeņa speciālistam	Pacientu novērtē augstāka līmeņa speciālists, kas pieņem lēmumus un deleģē – tādējādi tiek samazināts uzņemto pacientu skaits un samazināts ārstēšanās laiks
Pacientu skata ārsts	Pacientu skata vispiemērotākais profesionālis
Lai taupītu, notiek specializācija konkrētu funkciju veikšanai – samazinās prasmju dažādība	Prasmju dažādība palielinās, lai uzlabotos efektivitāte un rezultāti
Personāls risina aktuālās problēmas	Personāls veic pamata iemeslu analīzi, lai radītu ilgtspējīgus risinājumus
Liels laika apjoms tiek patērēts slikti veidotu darba procesu dēļ	Nevajadzīgas personāla darbības tiek novērstas, izveidojot pareizus darba procesus un darba apstākļus, kā arī pielietojot IT sistēmas
Liela daļa no pakalpojumiem netiek nodrošināti brīvdienās un vakaros	Speciālistu konsultācijas, diagnostika un citi atbalsta dienesti ir iespējami daudz pieejami arī ārpus parastā darba laika
Gultas slimnīcā (arī to skaits) ir prestiža jautājums un ienākumu avots	Gultas ir izmaksu centri un neatliekamu ne-ķirurģisku pacientu uzņemšanas gadījumi ir uzskatāmi par sistēmas nespējas gadījumiem

Tomēr, vērtējot piedāvātās personāla darbības rakstura pārmaiņas uz procesiem orientētā slimnīcā, netiek dotas norādes par to, kā šīs pārmaiņas būtu sasniedzamas. **Lai arī slimnīcu vertikāli organizētās atdalītās struktūras kā šķērslī uz procesu un pacientu orientētas integrētas aprūpes veidošanai ir minējuši daudzi autori** (Gemme et al., 2008; Jonas, Goldsteen, & Goldsteen, 2007; Vos et al., 2011), **tomēr tie nesniedz atbildi par to, kā pāreja uz procesu orientāciju būtu veicama.** Ir saprotams, ka šāda būtiska transformācija slimnīcu un tajās strādājošo darba organizācijā var notikt, tikai mērķtiecīgi vadot gan sociālos, gan tehniskos šo pārmaiņu aspektus.

Viens no iemesliem, kāpēc uz procesu orientētas vadīšanas slimnīcās ieviešana atpaliek, salīdzinot ar citu nozaru organizācijām, autoraprāt, ir saistīts ar informācijas pieejamību par procesu norisi. Vēl ne tik sen lielākā daļa informācijas par pacienta un pakalpojuma sniedzēja mijiedarbību tika uzkrāta tikai papīra veidā (piemēram, ārsta pieraksti, pacientu kartes, medicīniskie nozīmējumi). **Tikai papīra formātā uzkrāta informācija bija praktiski nederīga, lai visaptveroši analizētu līdzšinējo procesu tā**

kvalitātes un efektivitātes palielināšanai. Tikai attīstoties informācijas tehnoloģijām, daudzu profesiju, arī ārstu darbības lauks ir kļuvis pārskatāmāks un analizējamāks, un līdz ar to – objektīvāk vērtējams, pieņemot vadības lēmumus. Aizvien plašāka digitālas ārstēšanas vēstures kartes izmantošana ļauj uzkrāties globāli salīdzināmai un vadīšanā izmantojamai informācijai par pašu klīnisko procesu, kuru vada ārsti, ārstējot katru individuālu pacientu. Līdz ar informāciju tehnoloģijas attīstību un pietiekama apjoma elektroniski apstrādājamu datu uzkrāšanos par slimnīcā notiekošo saistībā ar katru individuālu pacientu ir kļuvusi iespējama slimnīcas vadīšana atbilstoši procesiem, kuru centrā ir pacients, nevis vairs profesionālās struktūrvienības.

Mūsdienu slimnīcā klīnisko procesu raksturojošo datu ievade sākas, jau pacientu reģistrējot, un ārstēšanas gaitā uz katru pacientu atsevišķi tiek attiecinātas un attiecīgi reģistrētas veiktās medicīniskās manipulācijas un izmeklējumi. Lielākajā daļā slimnīcu esošās automatizētās radioloģisko, laboratorisko un citu izmeklējumu sistēmas saglabā visnotaļ detalizētu informāciju par pacientam veiktajiem izmeklējumiem, to laiku un citiem apstākļiem. Dažādas pacientu plānošanas un nodaļu gultu menedžmenta sistēmās saglabājas dati par pacienta pārvietošanos starp nodaļām. Slimnīcās, kurās ir ieviesti elektroniski uz pacientu individualizēti pieprasījumi aptiekai vai medicīnas preču noliktavai, saglabājas arī precīzas ziņas par saņemto ārstēšanu. Slimnīcās aizvien plašāk ienākot arī citās nozarēs efektīvām loģistikas sistēmām, pacienta, aparatūras un citu resursu pielietošana un pārvietošanās slimnīcā tiek fiksēta aizvien intensīvāk. Tāpat tiek aizvien plašāk reģistrēta informācija par aprūpes personāla noslodzi, piemēram, ieviešot datorizētas sistēmas mūsu posteņos, kas reģistrē izsaukumu skaitu katra individuāla pacienta gadījumā. Slimnīcas izmaksas arī iespēju robežās tiek attiecinātas uz individuālu pacientu, kas palīdz aprēķināt ārstēšanas gadījumu pašizmaksas un monitorēt struktūrvienību, diagnožu grupu un pat ārstu rentabilitāti. Informācija par katru pacientu tiek izmantota gan slimības vēstures kopsavilkuma automātiskai veidošanai, pacientam izrakstoties, gan sagatavojot rēķinu maksātājam – pacientam, apdrošināšanas kompānijai vai valsts iestādei.

Datu pieejamība elektroniskā formātā ļauj veidot dažādas atskaites, kas raksturo slimnīcas procesus un tos pētīt. Tomēr ir jāņem vērā, ka datu pārveide jēgpilnā informācijā prasa papildus resursu ieguldījumu – slimnīcās šo datu analīzes nodrošināšanai nodarbina speciāli apmācītus analītiķus, savukārt regulāru atskaišu izveidei piesaista datu bāzu pārziņus un programmētājus to izveidei. Visi šie administratīvie resursi parasti ir pārāk dārgi, lai tie būtu pieejami katram slimnīcas ārstam, kas vēlētos labāk izprast paša un kolēģu kontrolētos klīniskos procesus. Līdz ar to visbiežāk ārstiem ir pieejama maz detalizēta informācija par klīniskajiem procesiem vadības sagatavoto standarta atskaišu veidā.

Tomēr vadīšanai atbilstoši biznesa procesam slimnīcās vairs nav lielu tehnoloģisku šķēršļu, ir kļuvis iespējams tajās veiktās darbības attiecībā uz katru klientu fiksētas elektroniski, un datu detalizācijas pakāpe pārsvarā ir pietiekama tālākai analīzei vadības informācijas iegūšanai.

Uzkrātie dati aizvien labāk ļauj arī vadītājiem gūt priekšstatu par procesu norisi un to variācijām, kontrolēt izdevumus un darba efektivitātes rādītājus. Šajā sakarā ir jāuzsver, ka vadītāji ar informāciju tehnoloģiju palīdzību iegūst iespēju efektīvāk vadīt to pakļautībā esošos palīgprocesus un vadības procesus, un arī kontrolēt pamata biznesa procesu – klīnisko procesu. Tomēr dotās iespējas labāk kontrolēt klīniskos procesus nenozīmē iegūtas iespējas tos vadīt, jo ārsta klīniskie lēmumi, atbildot par katra individuāla pacienta iznākumu šajā procesā, vēl aizvien ir galvenie, un savas profesionālās darbības kontrole var tikt uztverta kā profesionālās autonomijas ierobežojums. Iespējams, ka šis ir arī iemesls, kāpēc apgalvojums, ka informācijas tehnoloģijas uzlabos veselības aprūpes kvalitāti, samazinās izmaksas, uzlabos pārvaldi un palielinās produktivitāti, ir izrādījis tikai daļēji pareizs. Informācijas tehnoloģiju pozitīvais efekts attiecībā uz pacientu aprūpes kvalitāti, drošību, nepārtrauktību gan ir pierādīts, (Chaudhry et al., 2006; Goldzweig et al., 2009), taču pagaidām nav pārliecinošu pierādījumu to lomai slimnīcu izmaksu efektivitātes uzlabošanā, un šī pieredze attiecībā uz investīciju informācijas tehnoloģijās pozitīvu saistību ar darba ražīguma pieaugumu ir būtiski atšķirīga no citām nozarēm.

Arī pašas informācijas tehnoloģiju industrijas pieaugošā pieredze, ieviešot slimnīcās piedāvātos risinājumus, ļauj izdarīt secinājumus, ka ar tehnoloģiju iegādi un sistēmu integrāciju nepietiek. Šie risinājumi fiksē, automatizē un paātrina esošos procesus, tomēr šai investīcijai tikai tad varētu būt patiesa nozīme, ja, izmantojot zināšanas, ko dod uzkrāto datu analīze, tiktu pārskatīts pats process. Daudzi autori, kas pētījuši veselības aprūpes organizācijas vadības jautājumus, norāda, ka būtiskākais faktors, kas jāņem vērā, vadot pārmaiņas, ir tas, ka slimnīcā strādājošie nav raduši domāt procesu orientācijas virzienā un tie arī nav mācīti tādas spējas attīstīt (Gemme et al., 2008) un ir jāsecina, ka **fundamentāla esošo procesu transformācija slimnīcās prasa esošās kultūras maiņu un tieši ārsta loma ir jāizvirza kā vissvarīgākā šo risinājumu ieviešanā.**

Klīniskais process un ar pacientu saistītie palīgprocesu ir tie, kuru gaitā digitāli uzkrātā informācija, kas ir saprotami un ērti pieejama, var kalpot arī ārstiem par sistēmisku zināšanu avotu un atbalstu konceptuālas kompetences attīstībā. Analizējamiem un globāli salīdzināmiem datiem par pašu ārstniecības procesu, tā kvalitāti un patērētajiem resursiem ne tikai katrā individuālā gadījumā, bet arī par pacientu kopumu ir iespēja veidot arī ārstiem un citiem klīniskajā procesā iesaistītajiem procesu vadīšanai nepieciešamās zināšanas.

Tomēr, autoraprāt, **līdz šim informācijas tehnoloģiju attīstības nodrošinātais procesu caurspīdīgums slimnīcā ir vienpusējs – to var izmantot vadītāji, bet pašiem procesā iesaistītajiem tas nav nodrošināts.** Atšķirībā no profesionāliem vadītājiem, kuri ir trenēti biznesa datu analīzē un kuriem ir pieejami arī tādi administratīvi resursi kā profesionāli biznesa un informācijas sistēmu analītiķi, ārstiem iegūt uz datiem balstītas zināšanas par paša pārvaldītajiem klīniskajiem procesiem līdz šim bijušas daudz mazākas. Līdz ar to, pat esot motivētam veikt pārmaiņas pacientu ārstēšanas norisēs, ārstam par šiem procesiem nav pilnas informācijas visas slimnīcas griezumā. Ne tikai vadītājiem, bet arī ārstiem ir nepieciešama uzkrāto datu analīzes iespēja tieši klīniskā procesa kā slimnīcas pamata biznesa procesa griezumā. **Caurspīdīgums attiecībā uz procesiem slimnīcā, kas vairs nebūtu tikai vadītāju monopols, var būt iedarbīgs uz procesu orientētas vadīšanas un pašvadīšanas attīstības instruments.** Iespēja sistēmiski vērtēt savu un kolēģu profesionālās darbības ietekmi uz organizāciju kopumā vadītājiem, nemazinot ārstu profesionālo autonomiju, veicina tādu kolektīvo rīcību, kas atbilst organizācijā izvirzīto mērķu sasniegšanai un kavē tiem pretēju rīcību.

Lai arī caurspīdīguma nozīme organizācijā ilgspējīgā biznesa procesu uzlabošanā vadības un organizāciju teorētiķu darbos nav plaši aprakstīta, tomēr salīdzinoši bieži tas tiek izmantots tajās organizācijās, kurās tiešu direktīvu vadīšanu nepieļauj strādājošo profesionālā autonomija. Kā piemērs būtu minama tādās intelektuālās organizācijās kā augstskolās pielietotā kursu klausītāju vērtējuma par pasniedzēju vizualizācija attiecībā pret vidējo vērtējumu citiem pasniedzējiem. Šāds vadības instruments neprasa vadītāja iejaukšanos, jo abpusējs caurspīdīgums nodrošina to, ka konkrētais pasniedzējs pats var izdarīt secinājumus par sava snieguma atbilstību vēlamajam.

Attiecībā uz procesu optimizāciju caurspīdīgums vadības literatūrā visbiežāk tiek minēts taupīgās vadīšanas (*lean management*) saistībā. Taupīgās vadīšanas teorija atzīst procesu caurspīdīgumu par ilgspējīgas attīstības neatņemamu sastāvdaļu un priekšnoteikumu līderības konversijai no tādas, kas vērsta no augšas uz leju, uz tādu, kas vērsta pretējā virzienā (Womack & Jones, 2010). Par procesu caurspīdīguma nozīmi veselības aprūpē kā iespēju uzlabot uz procesu orientētu vadīšanu ir sākti runāt tikai pavisam nesen. Uz caurspīdīgumu balstīta veselības aprūpes biznesa procesu vadību apraksta Kirhmers un līdzautori (Kirchmer, Laengle, & Masias, 2013), saistot to ar sociālu procesu vadīšanas teorijām un informāciju tehnoloģiju lomu veselības aprūpes procesu raksturojošo datu pieaugošajām analīzes iespējām. Tomēr minētie autori nepiedāvā metodoloģiju tam, kā sistēmiski veicināt uz procesiem, orientētu zināšanu izplatību medicīnas profesionāļu vidū.

Tātad var secināt, ka zinātne piedāvā procesu vadīšanas būtības un nepieciešamības skaidrojumus, un ir arī zināmi vispārējie procesu vadīšanas principi, tomēr nav izstrādāts konkrēts piedāvājums par pāreju uz

procesu vadīšanu – kā tādā organizācijā kā slimnīca šo pāreju mērķtiecīgi vadīt. Tajā pašā laikā, balstoties uz iepriekš veikto procesu vadīšanas slimnīcā izpēti un vadāmo subjektu autonomo lomu klīnisko procesu norisē, ir jāsecina, ka pāreja uz procesu vadīšanu slimnīcā ir sarežģīts uzdevums, kas prasa kompleksus sociālus un tehniskus risinājumus. **Šis secinājums arī apstiprina otro no darbā izvirzītajām tēzēm: pārejai uz procesu vadīšanu slimnīcā ir nepieciešama zinātniski pamatota uz procesu orientētas vadīšanas ieviešanas metodoloģija.**

Pāreja uz procesu vadīšanu, kas liek ieviest jaunas vadīšanas metodes, nozīmē būtiskas pārmaiņas organizācijā, kas skar visas struktūrvienības un darbiniekus. Ņemot vērā slimnīcu kā organizāciju specifiku, veselības aprūpes pārmaiņu fundamentālo raksturu un slimnīcu intelektuālo struktūrvienību un darbinieku vispārējās kompetences nozīmi slimnīcas ilgtspējīgā attīstībā, ir nepieciešams izvērtēt visus iespējamus pārmaiņu modeļus. Veicot literatūras analīzi, ir jāsecina, ka nepastāv vienots viedoklis par pārmaiņām slimnīcā, tomēr tādu būtisku pārmaiņu, kā uz procesu orientētas vadīšanas ieviešana, autoraprāt, prasa veicamo pārmaiņu variantu izpēti.

Lai arī visbiežāk literatūrā tiek apskatīti divi organizāciju pārmaiņu modeļi: vadīto, jeb teleoloģisko pārmaiņu modelis, kurā pārmaiņas nosaka zinātniska pieeja vadīšanai, un pārmaiņu plānošana un evolucionārais, jeb adaptīvo pārmaiņu modelis, slimnīcas sarežģītā varas struktūra un iesaistīto pušu bieži konkurējošās vajadzības liecina par to, ka pārmaiņas tajās varētu būt gan par precīzi un zinātniski vadītas, gan arī brīvi adaptīvās – apstākļos, kad tās tiek veiktas tik tālu, cik ir iespējams saskaņot iesaistīto pušu konkurējošās vajadzības.

Tāpēc autors skata arī citus literatūrā aprakstītos organizāciju pārmaiņu modeļus un pārmaiņu teorijas un vērtē to atbilstību situācijai slimnīcā, ņemot vērā iepriekš aprakstīto slimnīcu specifiku.

Katra no organizacionālo pārmaiņu teorijām balstās uz tajā izvirzītajiem pieņēmumiem par to, kas ir pārmaiņas noteicošais faktors. *Van de Ven* un *Poole* (Van De Ven & Poole, 1995) iesaka lietot sekojošās četras kategorijas: (1) dzīves cikla pārmaiņas, (2) evolucionāras pārmaiņas, (3) dialektiskas pārmaiņas un (4) vadītas (teleoloģiskas) pārmaiņas, savukārt *Kezar* (Kezar, 2001) tās papildina arī ar (5) sociālās apziņas noteiktām pārmaiņām un (6) kultūras vadītām pārmaiņām.

Evolucionāro pārmaiņu modeļa pamatā ir organizācijām piedēvēta bioloģisku būtņu spēja attīstīties, adaptējoties resursu pieejamībai, mainīgiem citiem ārējās vides apstākļiem, kā arī spēja pašorganizēties. Morgans (Morgan, 1987) uzskata, ka diversificētas, savstarpēji atkarīgas un kompleksas sociālas sistēmas laika gaitā attīstās dabiski, attīstība ir apstākļu noteikta, un cilvēku iespējas mainīt pārmaiņu virzienu un ietekmi ir tikai daļējas. Tātad šajā modelī tiek izsvērtā neiespējamība atsevišķai organizācijai plānot tajā veicamās pārmaiņas ilgtermiņā, pretēji nepieciešamībai atvieglot dabisko adopcijas procesu tad, kad

notiek ārējās pārmaiņas. Evolucionāru pārmaiņu modelis paredz, ka **vadītāju loma tajā ir palielināt organizācijas spējas adaptēties un paredzēt sagaidāmās pārmaiņas ārējā vidē** (Kezar, 2001). Vītlijs (Wheatley, 1999) piedāvā vērtēt pārmaiņas organizācijā no haosa teorijas viedokļa, uzskatot, ka iepriekš plānotas pārmaiņas visbiežāk ir neatbilstošas situācijai, kāda tā izveidojas, un, ka organizācijām ir jāspēj pašām dabiski atbildēt uz ārējās vides prasībām.

Evolucionāru pārmaiņu modelis tiek arī kritizēts, it īpaši tā saistīšana ar matemātiskā balstīto haosa teoriju, kas neņem vērā to, ka organizācijas ir sociāls fenomens ar tajās strādājošo psiholoģiju, noteiktu darbības organizāciju un pašas organizācijas vietu sabiedrībā (Collins, 1998). Tomēr, lai arī organizācijas evolucionāru pārmaiņu modelis ir radikāli atšķirīgs no zinātniskā menedžmenta pieejas pārmaiņām klasiskās organizāciju teorijās, empīriski pētījumi apstiprina tā dzīvotspēju, aprakstot pārmaiņas dažādās organizācijās, tajā skaitā universitātēs (Burnes, 1996; Sporn, 1999).

Evolucionāru pārmaiņu būtība slimnīcās līdz šim atsevišķi nav pētīta, lai arī tā ir bieži pretstatīta straujākām revolucionārām pārmaiņām, atzīmējot, ka straujas pārmaiņas slimnīcā ir grūtāk realizējamas, salīdzinot ar citām industrijām (Björnberg, 2005). Vairāki aspekti evolucionāru pārmaiņu modelī sasaucas ar situāciju slimnīcās. Tā kā ārējās ietekmes nozīme pārmaiņām slimnīcās ir ļoti būtiska, tāpat arī slimnīcā strādājošo sagaidāmā reakcija uz ārējiem stimuliem (piemēram, mainot apmaksu par paveiktajām manipulācijām uz samaksu pēc kapitācijas principa) ir viens no veidiem, kā tiek virzītas organizacionālas pārmaiņas veselības aprūpes sistēmā. Līdz ar to **evolucionāru pārmaiņu modeli var uzskatīt par daļēji piemērotu, vadot pārmaiņas slimnīcā**, raksturojot vadītāju lomu tajā un uzsverot pašregulācijas attīstību kā ilgtspējīgai slimnīcas attīstībai nozīmīgu sastāvdaļu.

Vadītu (teleoloģisku) pārmaiņu teorijas kategorijā ietilpst modeļi, kas pārmaiņas organizācijā raksturo kā plānotas, zinātniski vadāmas un racionālas, uzsverot stratēģijas un organizāciju attīstības nozīmi. Vadītu pārmaiņu modeļa pamatā ir pieņēmums, ka organizācijas mainās, pateicoties līderiem un citiem pārmaiņu aģentiem, kas redz nepieciešamību pārmaiņām. Līdzīgi kā evolucionārā modelī, pārmaiņu process ir racionāls un lineārs, bet tajā liela loma ir vadītājiem (Kezar, 2001). Pārmaiņas vairāk motivē aktivitātes organizācijas iekšienē, nevis ārējā vidē, to centrā ir līderis, un pārmaiņu process ietver plānošanu, restrukturēšanu un esošo biznesa procesu reinženieriju (Brill & Worth, 1997; Carnall, 1990; Huber & Glick, 1993). Vadītu pārmaiņu gadījumā tiek izvirzītas tādas svarīgas vadības stratēģijas kā (1) organizācijas vīzijas, misijas un mērķu definēšana, (2) radoša un atbalstoša līderība, (3) darbinieku individuālās attīstības sistēmas izveide, (4) datus un faktus balstīta lēmumu pieņemšana, (5) sadarbības nodrošināšana, (6) lēmumu pieņemšanas deleģēšana un (7) proaktīva pārmaiņu plānošana.

Uz vadītu pārmaiņu modeli attiecas arī dažādas ieteiktās stratēģijas un paņēmieni organizāciju pārveidei, sākot ar Levina „atsaldē – maini – sasaldē” pārmaiņu vadības modeli un beidzot ar Kotera astoņiem soļiem pārmaiņu realizēšanai.

Pirms vairāk kā sešdesmit gadiem Kurta Levina radītais modelis demonstrē organizācijas pārmaiņu realizēšanai nepieciešamus trīs soļus: (1) apstākļu un motivācijas mainīties radīšana (atsaldēšana), (2) pārmaiņu realizēšana (maini) un (3) organizācijas stabilizēšana labākā / augstākā izpildījuma līmenī (sasaldē) (Tateo, 2013), savukārt Koters (Kotter, 2009) iesaka astoņus soļus vadītājam organizācijas pārmaiņu realizēšanai: (1) izraisīt satraukumu par esošo stāvokli, palīdzēt citiem saskaņot vajadzību pēc pārmaiņām un tūlītējas rīcības; (2) izveidot pārmaiņu vadības komandu – cilvēkus, kas jau iemantojuši pārējo uzticību, kam piemīt vadītāja prasmes, autoritāte, kā arī prasme komunicēt, analītisks prāts un misijas apziņa; (3) formulēt mērķi, izstrādāt pārmaiņu vīziju un stratēģiju; (4) uzturēt komunikāciju ar kolektīvu, lai panāktu, ka gaidāmās pārmaiņas tiek saprastas un pieņemtas; (5) novērst šķēršļus, rūpēties, lai neviens netraucētu darboties tiem, kas grib īstenot vīziju; (6) radīt iespēju gūt kādas īstermiņa uzvaras, kas ļauj demonstrēt visiem to, ka izvēlētais ceļš ir pareizs; (7) nesamazināt pārmaiņu tempu pēc pirmajiem panākumiem, aizstāvēt nepārtrauktu pārmaiņu nepieciešamību; (8) nostiprināt iedibinātās pārmaiņas, radot jaunu kultūru un veicinot jaunus uzvedības modeļus. Šie un arī citi vadītu pārmaiņu modeļi raksturo līderus kā galveno faktoru pārmaiņu realizācijā, kas nosaka arī atsevišķu organizācijas indivīdu rīcību. Lai arī tradicionāli indivīda loma šajās vadītu pārmaiņu teorijās netiek izcelta, tomēr jaunākās stratēģijas, tādas kā vispārējā kvalitātes vadība, *lean* menedžments u.c. palielina indivīda lomu pārmaiņu realizēšanā.

Kopumā vadītu, jeb teleoloģisku pārmaiņu modelis ir vadošais vadībzinātnē, tomēr tas tiek arī kritizēts, tāpēc ka nebūt ne visas uzsāktās pārmaiņas organizācijās realizējas, netieši norādot uz robežām, kādas pastāv vadītāju ietekmei organizācijās, kā arī uz to, ka cilvēka prāta un gribas spējas var tikt arī pārvērtētas. Organizācijas mēdz, pretēji šai teorijai, būt arī iracionālas, notikumi var attīstīties spontāni, pārmaiņas ārējā vidē var būt arī negaidītas, kontrole var būt iluzora, un līderu spēja noteikt pārmaiņas var būt formāla nevis reāla (Kezar, 2001).

Neapšaubot mērķtiecīgas pārmaiņu vadīšanas lomu slimnīcā, iepriekš minētā vadītu pārmaiņu modeļa kritika pilnā mērā attiecas arī uz slimnīcu kā organizāciju. Pārmaiņu mērķtiecīgu vadīšanu, tajā skaitā ilgtermiņa stratēģisku plānošanu slimnīcā kavē tās ikdienas vadīšanas intensitāte, ko nosaka slimnīcas specifiskās darbības raksturs, bez pārtraukuma sniedzot pakalpojumus diennakts režīmā, turklāt augstas nenoteiktības apstākļos. Vairumam slimnīcā strādājošo ikdienas darbība pēc būtības ir nepārtraukta reaģēšana uz stimuliem, kas saistīti ar slimnīcas klientu – pacientu aktuālo vajadzību realizēšanu klīniskā procesa gaitā. Zinot šī procesa dominanci pār pārējiem procesiem slimnīcā, pastāv liela iespējamība, ka tādi slimnīcas vadības un palīgprocesu kā plānošana, pacientu uzņemšana un izrakstīšana, infrastruktūras

uzturēšana, rēķinu izrakstīšana, personāla atlase, zāļu un materiālu iepirkšana, medicīnisko pierakstu veikšana utt. arī ne vienmēr tiek pietiekami proaktīvi vadīti.

Ņemot vērā specifiku, pārmaiņu raksturošanai slimnīcā varētu būt noderīgs arī organizācijas **dzīves cikla pārmaiņu modelis**, kurš apraksta pārmaiņas organizācijā kā tās dzīves ciklu. Tas paredz, ka organizācijas, līdzīgi kā cilvēki, kas tās veido, iziet dažādas attīstības stadijas – aug, nobriest un noveco (Levy & Merry, 1986). Tāpat kā evolucionāro pārmaiņu gadījumā, arī šajā modelī organizācijas pārmaiņas tiek uztvertas kā likumsakarīgas un primāras, un cilvēka loma kā sekundāra. Dzīves cikla teorija paredz, ka pārmaiņas organizācijā notiek nevis tāpēc, ka cilvēki redzētu nepieciešamību pēc tām, vai vispār tās vēlētos, bet tās dabiski attīstās un nav apturamas vai ietekmējamas (Kezar, 2001). Tomēr šajā pārmaiņu modelī vadītāju loma ir daudz nozīmīgāka nekā evolucionāru pārmaiņu modelī, un to uzdevums ir motivēt un sniegt atbalstu darbiniekiem mācīties un augt līdz ar pašu organizāciju (Rajagopalan & Spreitzer, 1996). Tātad tieši **sistēmiskas pārmaiņas indivīdos, kas veido organizāciju, tiek uzskatītas par dzīves cikla modeļa būtisku sastāvdaļu**. Pārmaiņu iznākums, organizācijai atdzimstot, ir jauna tās identitāte, un tieši tās maiņa tiek uzskatīta par nopietnu iemeslu organizācijas dalībniekiem pretoties pārmaiņām (Van De Ven & Poole, 1995).

Tātad dzīves cikla modelis, atšķirībā no diviem iepriekš aprakstītajiem, nosaka **ne tikai vadītāju, bet arī pārējo organizācijas dalībnieku kritiski svarīgo lomu pārmaiņās**. Organizācijas cikliskās pārmaiņas būs tai veiksmīgas tikai tad, kad cilvēki būs tām sagatavojušies, un katram indivīdam ir nozīmīga loma, pielāgojoties dzīves attiecīgajam ciklam. Līdz ar to vadītāju uzdevums, izprotot pārmaiņu cikliskumu, ir vislielāko uzmanību pievērst darbinieku apmācībai un attīstībai, lai mazinātu to bailes no pārmaiņām. Līderu uzdevums ir analizēt un izprast nepārtrauktas apmācības nepieciešamību, padarot to par organizācijas kultūras sastāvdaļu, kā arī izprast un monitorēt apkārtējās vides prasības un organizācijas dzīves ciklu. Lai arī dzīves cikla modelī, autoraprāt, ir ierobežota vadītāja loma un iespējas, ko dotu proaktīva rīcība, tomēr nav noliedzams, ka organizācija, tajā skaitā slimnīca, savas darbības laikā pārdzīvo dažādas fāzes un ka organizāciju attīstības fāze var būt tāda pati tās diferencējoša pazīme kā lielums vai darbības sfēra.

Vēl kāds aspekts, kas pārmaiņu dzīves cikla modeļa elementus ļauj attiecināt arī uz situāciju slimnīcā, ir tajā paredzētā lielā loma ne tikai vadītājiem, bet arī citiem organizācijā strādājošajam. Iepriekš aprakstītais duālisms procesu vadībā, ar īpašo ārstu lomu tajā tad, kad klīniskie procesi ir būtiski jāpārkārt, sasaucas ar modelī izcelto nepieciešamību pieņemt jaunu organizācijas identitāti. Slimnīcas gadījumā tās ārstiem šo jauno identitāti var saistīt ar pašu ārstu lomas maiņu būt ne tikai ārstiem, kas atbild par konkrētu pacientu, bet būt arī daļēji vadītājam, kas atbild par procesu. Cits identitātes maiņas aspekts, kas ārstiem

var kavēt pieņemt pārmaiņas, ir nepieciešamība no slimnīcas ārsta, kas līdz šim pieradis darīt savu darbu savā specializētajā nodaļā, kļūt par ārstu procesā, kas iziet ārpus nodaļas un kura centrā tagad ir klients.

Līdz šim analizētie pārmaiņu modeļi tomēr neņem vērā organizācijas iekšējo struktūru un iesaistīto pušu vēlmi izmantot varu savu interešu aizstāvībai. **Dialektisko pārmaiņu modelis** tieši apraksta pārmaiņas organizācijā kā pretēju vērtību, ideālu, normu vai rīcību sadursmi. Pretējie spēki, kurus pārstāv noteiktas grupas organizācijā, mijiedarbojas un ar laiku maina arī pašu organizāciju. Morgans (Morgan, 1987) apraksta iespēju organizācijai ilgstoši tādā veidā attīstīties evolucionāri, līdz brīdim, kad notiek straujas revolucionāra veida pārmaiņas, kad kompromiss starp pretējām perspektīvām vairs nav panākams. Saduroties pretējām vērtību sistēmām, notiek atklāta cīņa, kas noved pie radikālām izmaiņām organizācijā – mainītas tās ideoloģijas vai identitātes. Dominējošie pārmaiņas pavadošie procesi dialektisko pārmaiņu modelī ir kaulēšanās, ietekmēšana, pārliecināšana, ietekmes un varas dalīšana un sociālās kustības (Bolman & Deal, 1991). Organizācija tiek uzskatīta par līdzīgu kādam politiskam veidojumam, kurā vadošā koalīcija manipulē ar pārējiem, izmantojot to rokās esošo ietekmes spēku, lai saglabātu *status quo* un savas līdzšinējās privilēģijas.

Tajā pašā laikā dialektiskais modelis neparedz, ka katrs būtu iesaistīts šajā cīņā, patiesībā organizācijas lielākā daļa ir visai pasīva, un tikai neliels skaits cilvēku ir ļoti ieinteresēti esošās situācijas maiņā (Baldrige, Terrence, & Ingols, 1983). Tā tas ir tikmēr, kamēr resursu ir pietiekami, bet, kad tie kļūst ierobežoti, cilvēki mobilizējas. Šajā modelī cilvēku motivācija, vajadzības un intuīcija ir tikpat svarīgas kā precīzi fakti un skaitļi citos modeļos (Kezar, 2001).

Dialektisko pārmaiņu modelī būtiska vieta ir arī marksistiskam pieņēmumam par dažādu sociālo klašu pretstatu. Bieži tas var būt organizācijas vadības (elites) pretstatījums darba ņēmēju pārstāvjiem, kas vadības ierosinātas izmaiņas organizācijas efektivitātes celšanai uztver kā elites intereses, kas ir pretējas kopējām strādājošo interesēm (Morgan, 1987).

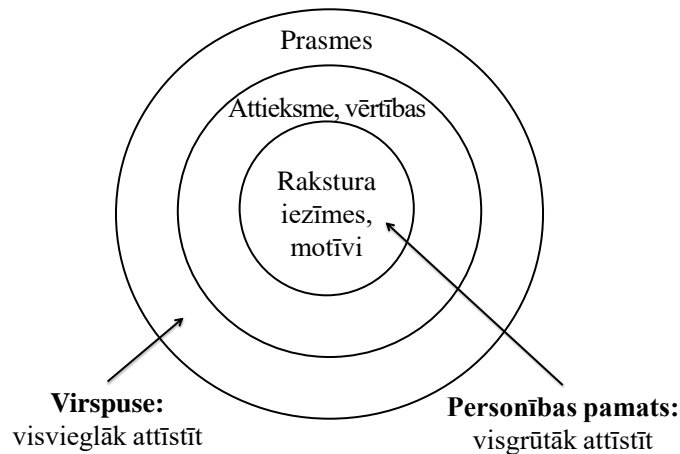
Līdzīgi iepriekš aprakstītajām organizācijas dzīves cikla pārmaiņām, arī dialektisku pārmaiņu modelis norāda uz indivīdu nozīmīgo lomu pārmaiņu procesā. **Būtiska priekšrocība, pārmaiņas organizācijā skatot no dialektisko pārmaiņu modeļa perspektīvas, ir iespēja skaidrot to, kāpēc pārmaiņas organizācijās ne vienmēr ir lineāras un arī ne vienmēr racionālas.** Ja iepriekšējie trīs modeļi paredz, ka pārmaiņas ir racionālas, progresīvas un tādas, kas ved uz kādu labāku iznākumu, tad dialektiskais modelis skaidro arī to, ka kāpēc realitātē tā ne vienmēr ir.

Dialektisku pārmaiņu modeli attiecinot uz notiekošo slimnīcā, ir iespējams identificēt salīdzinoši daudzas grupas, kas pārstāv pretējas vērtības, intereses un rīcības. Pie šādām pretēju interešu grupām ierobežotu resursu apstākļos var pieskaitīt arī ārstus, kas pārstāv dažādas specialitātes, attiecībā uz atšķirībām

profesionālajās vērtībās un ideoloģijā – arī ārstus un administratīvos vadītājus, ārstus un medicīnas māsas. Kā konkurējošas ideoloģijas var uzskatīt arī slimnīcas funkcionālu organizāciju ar ārstu centrā un procesu orientāciju ar pacientu tā centrā. Ja slimnīcā ir izveidojusies arī spēcīga darba ņēmēju pārstāvniecība, tad tā ir vēl viena interešu grupa ar savām specifiskām vajadzībām.

Ņemot vērā aprakstīto iekšējo interešu grupu daudzskaitlību un to visai lielo ietekmi, var sagaidīt, ka pārmaiņu process slimnīcā tieši tā arī notiek, kā to apraksta dialektiskais modelis. Interesešu grupu pretstati pārmaiņas bieži ļauj realizēt tikai tiktāl, cik ir iespējams kompromiss, kas organizāciju ilgtermiņā padara disfunkcionālu tādu pārmaiņu dēļ, kuras ne vienmēr ir racionālas un uz ilgtermiņa attīstību vērstas.

Iepriekšējās nodaļās pētītā slimnīcas funkcionālas, uz ārstu dažādām specialitātēm balstītas orientācijas maiņa, kā centrālo izvirzot klientu un ar to saistīto procesu, ir saistīta arī ar nepieciešamību mainīt tajā valdošo kultūru. Ja daļa organizācijas pārmaiņu modeļu apraksta organizācijas kā racionālas un tādas, kurās valda iekšējas normas un noteikumi, tad **pārmaiņu kultūras modelī** uzsvars tiek likts uz iracionalitāti un tādām kategorijām kā garīgums, zemapziņa, netieša ietekmēšanās un organizācijas sarežģītība. Pārmaiņas organizācijā ir rezultāts pārmaiņām pašos cilvēkos, kas šo organizāciju veido (Morgan, 1987). Attiecīgi pārmaiņas ir jāvērtē ilgtermiņā, jo tās ir lēnas un tās nosaka pārmaiņas organizācijas dalībnieku vērtībās, uzskatos, valdošajos mītos un rituālos (Schein, 1986). Svarīga ir organizācijas simboliskā nozīme un, lai izprastu organizāciju, svarīgi ir zināt tās vēsturi un tradīcijas. Pārmaiņas šajā modelī var būt gan plānotas, gan neplānotas, tāpat arī gan progresīvas, gan regresīvas, to iznākums var būt gan prognozējams, gan arī negaidīts (Kezar, 2001). **Vadītājam pārmaiņu rosināšanai būtu jāspēj, lietojot pareizos vārdus un izteicienus, attiecīgi demonstratīvi un simboliski rīkojoties, ietekmēt darbinieku personību.** Atbilstoši Spenseru (Spencer & Spencer, 1993) piedāvātajai kompetences darbā struktūrai (skat. 2.8. attēlu), ar kultūras ietekmi saistītas pārmaiņas organizācijā mērķtiecīgi sasniegt var būt ļoti grūti, jo tās prasa darbiniekiem mainīties personības pamata līmenī, tomēr tas neizslēdz kultūras un attiecīgi organizācijas pārmaiņas, kuras nav vadītāju mērķtiecīgi iniciētas.



2.8. attēls. Kompetences darbā struktūra

Avots: (Spencer & Spencer, 1993), 11. lpp

Sakarā ar kultūras pārmaiņu pamatā esošām dziļajām pārmaiņām darbinieku personībā šajā modeli pārmaiņas nemotivēs vienkārši vārdos izteikta organizācijas vajadzība celt peļņu vai produktivitāti, un modelis paredz **tādu vadītāju attīstību, kas saprot un spēj komunicēt augstākus organizācijas mērķus un tās misiju**. Šeins (Schein, 1986), kas ir viens no biežāk citētajiem organizāciju kultūras pārmaiņu teorētiķiem, atzīmē, ka kultūra ir nevis individuāls, bet kolektīvs fenomens un tā veidojas organizācijas dažādos līmeņos – sākot ar organizācijas kopējo misiju un beidzot ar indivīdu uzskatiem un zemapziņu. Pārmaiņas organizācijā sākas tad, kad mainās dažādi organizācijas kultūras aspekti, tajā ir vadītāji, kas var panākt, ka misija un uzņēmuma filozofija mainās atbilstoši jauniem apstākļiem, attīstās jauni rituāli un tiek pieņemti jauni mīti. Tātad būtiska atšķirība no citiem pārmaiņu modeļiem ir uzskatu un vērtību centrālā loma pārmaiņās un to kolektīvais raksturs.

Kultūras pārmaiņu modelis daudzējādā ziņā ir piemērots, aprakstot pārmaiņas, kādas notiek vai kurām vēl ir jānotiek slimnīcās. Jaunie ārējie apstākļi liek pārvērtēt slimnīcas misiju veselības aprūpes sistēmā un sabiedrībā kopumā. Modernās medicīnas attīstība, kas vairāk kā gadsimtu bija balstīta uz slimnīcu kā organizāciju, kas ir izveidota ārstu iespējai dziļāk izprast kādu specializētu medicīnas jomu, tagad prasa cita veida un integrētus starp veselības aprūpes līmeņiem pakalpojumus. Nerauoties uz straujām pārmaiņām tehnoloģijās, kas tiek izmantotas medicīnas pakalpojumu sniegšanai, uzskatei un komunikācijai, pašā slimnīcas darbā joprojām ir svarīgas līdzšinējās tradīcijas un dažādi rituāli. Savukārt profesionālās vērtības, kuras apgūst pietiekami ilgā apmācību procesā gan ārsti, gan citi medicīnas profesionāļi, ir visai noturīgas. Vērtību un motīvu maiņa, kā jau minēts iepriekš, nevar notikt ātri, un to neatvieglos vadības uzstādījums palielināt slimnīcas kā uzņēmuma rentabilitāti vai kāda procesa darbības efektivitāti, vai līdzšinējo ar altruistisku kalpošanu saistīto filozofiju strauji nomainot uz tirgus ekonomikā būtisku konkurences pārvarēšanas un pārdošanas filozofiju.

Tomēr, vērtējot notiekošo slimnīcu sektorā kopumā gan Latvijā, gan pasaulē, ir jāatzīmē, ka ārējie apstākļi tām liek mainīties straujāk, nekā objektīvi var mainīties kultūra tajās. Tātad, lai arī kultūras pārmaiņu modelis slimnīcai šķistu viens no piemērotākajiem, realitātē arī šo modeli var attiecināt uz pārmaiņām slimnīcās tikai daļēji. Tajā pašā laikā organizācijas darbībai jaunos apstākļos atbilstošas kolektīvās kultūras veidošana saglabājas kā mērķis arī tad, ja pārmaiņas notiek, stingri vadītas, vai tās notiek strauji dialektisku pretnostatījumu cīņas rezultātā.

Nemot vērā iepriekš novērtēto dažādu pārmaiņu modeļu pielietojamību slimnīcā, autors secina, ka minētie modeļi pārmaiņām slimnīcā, atsevišķi ņemti, neraksturo situāciju pilnībā, un pārmaiņu komplicētā norise ir vēl viens būtisks faktors, kas slimnīcu atšķir no klasiskas organizācijas.

Dažādās teorijas un attiecīgie organizācijas pārmaiņu modeļi, katrs atsevišķi attiecināts uz pārmaiņām slimnīcā, neatspoguļo visu problemātiku, ar kuru jāsastopas slimnīcā strādājošajiem ārstiem un pārējam personālam, kā arī vadītājiem. Tomēr katrā no tiem var iezīmēt slimnīcai raksturīgu izvirzīto problemātiku. Izveidotais organizāciju pārmaiņu vadīšanas modeļu pielietojamības slimnīcā apkopojums (skat. 2.4. tabulu) norāda nepieciešamību slimnīcā veidot tādu iekšējās kultūras un kompetences vidi, kas var nodrošināt pārmaiņu slimnīcā virziena nemainību, tām norisinoties pēc dažādiem pārmaiņu modeļiem.

2.4. tabula.

Organizāciju pārmaiņu vadīšanas modeļu pielietojamība slimnīcā

(Avots: autora veikta pārmaiņu modeļu atbilstības pārmaiņām slimnīcā analīze)

Pārmaiņu process slimnīcā	Organizāciju pārmaiņu vadīšanas modeļi				
	Evolucionārais	Teleolģiskais	Dzīves cikla	Dialektiskais	Kultūras
Atbilstība	Pārmaiņas ārējā vidē ir noteicošais organizācijas pārmaiņu cēlonis	Pārmaiņas var būt arī vadītas. Tās rada jaunas struktūras un procesus	Līderi kā skolotāji, nodrošina darbinieku mācīšanos un individuālo izaugsmi. Pārmaiņu rezultāts ir jauna organizācijas identitāte	Apraksta realitātē esošās pretrunas starp interešu grupu vērtībām, normām un rīcībām. Apraksta kaulēties, pārliecināt, slēgt vienošanās, grupēties sociālās kustībās	Apraksta vēstures, tradīciju un rituālu nozīmi vērtību un motīvu veidošanā. Paredz lēnu kultūras maiņas procesu
Neatbilstība	Neatzīst indivīdu lomu pārmaiņu vadīšanā	Neizskaidro, kāpēc pārmaiņas ne vienmēr ir racionālas un reti lineāras	Nav empīriski pierādīta pamatojuma pielietojumam slimnīcai	Pietiekami neņem vērā ārējās vides ietekmes nozīmi	Reti pielietojams modelis, slimnīcām piedzīvojot ārējo faktoru uzspiestas straujas pārmaiņas

Vērtējot dažādu modeļu pielietojamību pārmaiņu slimnīcā raksturošanā, autors secina, ka **pārmaiņu slimnīcā raksturošanai vispiemērotākais ir dialektiskais modelis**. Tajā pašā laikā autors atzīst, ka tikai vairāki modeļi, vienlaikus pielietoti, izgaismo organizācijas darbības dažādos aspektus. Autoraprāt, **vadot pārmaiņas slimnīcā procesu orientācijas virzienā, ir jāsaprot, ka tās nebūs vadāmas tikai tradicionālā – teleoloģiskā veidā, bet to norisei būs jārada apstākļi, lai pārmaiņu virziens saglabātos, tām norisinoties atbilstoši arī citiem modeļiem – pamatā nosacīti pašvadošas evolucionāras, dzīves cikla, kultūras vai dialektiskas pārmaiņas novestu pie izvirzītā mērķa**.

Izprotot pārmaiņu slimnīcā komplekso raksturu, ir jāatzīmē arī vadītāja, vai vadības sistēmas, kurā ietilpst administratīvais vadītājs un ārsts, uzdevumu daudzveidība. Efektīva vadīšana organizācijā, kurā pārmaiņas notiek, dažādiem modeļiem kombinējoties, prasa daudzdimensionālu domāšanu. Autoraprāt, slimnīcas gadījumā šīs dažādās dimensijas atbilst slimnīcai kā organizācijai ar saviem saimnieciskajiem uzdevumiem un slimnīcai kā organizācijai ar sociālu atbildību par iedzīvotāju veselības aprūpi, kā arī slimnīcai kā intelektuālai organizācijai un slimnīcai kā stingri reglamentētai un birokrātiski vadītai organizācijai.

Slimnīcā, kuras saimnieciskā darbība vienlaikus ir ar lielu sociālās atbildības komponenti, pārmaiņu aģenti ir gan vadītāji, rūpējoties par organizācijas aktuālo un ilgtermiņa mērķu sasniegšanu, efektivitāti un pakalpojumu kvalitāti, gan ārsti, ieviešot jaunas medicīnas tehnoloģijas. Abas šīs pārmaiņu komponentes prasa slimnīcas resursu pārdali un esošo klīnisko un palīgprocesu korekcijas. Vienlaikus ir jāņem vērā tas, ka slimnīcas pastāvēšana, lai arī ir atkarīga no intelektuālo struktūrvienību un darbinieku zināšanām un garīgajām spējām, tomēr nav iedomājama bez plaša pamata procesus apkalpojošo darbinieku un struktūrvienību klāsta. Tātad pārmaiņas slimnīcā pašas par sevi būs daudzdimensionālas, un tādai ir jābūt arī to vadīšanai.

Tāpēc autors iesaka pārmaiņu vadīšanu slimnīcā balstīt uz dažādu pārmaiņu vadības modeļu komponentēm, atkarībā no tā, vai pārmaiņas ir jāvada slimnīcas intelektuālajās struktūrvienībās, kas atbild par slimnīcas pamatprocesu, vai struktūrvienībās, kas nodrošina palīgprocesu norisi.

Slimnīcas intelektuālajās struktūrvienībās, kurās liela loma ir ārstu kā ekspertu salīdzinoši autonomai profesionālajai darbībai un ārstu kā pārmaiņu aģentu nozīmei, procesu vadīšanas ieviešanas apstākļos aktuāls kļūst jautājums par ārstiem nepieciešamajām kompetencēm šo pārmaiņu nodrošināšanai un tālākajam darbam procesu orientētā slimnīcā.

2.3. ĀRSTU KOMPETENČU ATTĪSTĪBA UZ PROCESU ORIENTĒTĀ SLIMNĪCĀ

Pieaugot resursu racionālas izmantošanas ietekmei veselības aprūpē, iedzīvotāju informētības līmenim par veselību un slimībām, un attiecīgi – prasībām pret veselības aprūpi, tās kvalitāti, neizbēgami pieaug arī prasības gan pret ārstiem, gan vadītājiem veselības aprūpē, un vienlaikus samilzt kompetencēs balstīto vērtību konflikts starp ārstiem, kas atbild par pacientiem individuālā līmenī, un vadītājiem (neatkarīgi no tā, vai tie ir ar ārsta izglītību vai bez tās), kas atbild par organizāciju, tās klientu kopumu un attiecībām ar visām iesaistītajām pusēm – valdība, pašvaldības, īpašnieki, maksātāji, piegādātāji, dažādas sabiedrības grupas. Samazinoties iespējai sekot izmaksu pieaugumam finansējuma palielināšanai, pieaug vajadzība vadītājiem palielināt to iespējas pilnīgāk pārvaldīt resursus, ko var panākt, vairāk kontrolējot pamata biznesa jeb klīniskos procesus. Iepriekš minētā informācijas tehnoloģiju izplatība veselības aprūpē vadītājam ļauj objektīvāk vērtēt resursu izlietojumu. Situāciju, kad ārsta darbu lielā mērā nosaka administratīvi noteiktas vadlīnijas un to izpildījuma indikatoru vērtēšana, var nosaukt arī par „zinātniski birokrātisku medicīnu”, kas visumā precīzi definē zinātnisko, uz pierādījumiem balstīto, diagnostikas un ārstēšanas vadlīniju apvienojumu ar administratīvām vadības metodēm, kas šīs vadlīnijas padara saistošas (Harrison, Moran, & Wood, 2002). Tomēr formālajam vadītājam neesot tieši atbildīgam par pacienta ārstēšanas iznākumu un ārstam saglabājoties iespējām vadīties pēc, viņaprāt, būtiskiem individuāliem apstākļiem, klīniskā procesa birokratizēšana bieži tiek saskatīta kā vienīgais veids, kā vadītājam palielināt kontroli pār svarīgākajiem procesiem uzņēmumā un sistēmā kopumā. Veselības aprūpes vadīšanas birokratizāciju tālāk veicina arī aizvien pieaugošā nepieciešamība ierobežot izdevumu pieaugumu tempus. Tomēr ir saprotams, ka šāds vadīšanas veids mazina ārstu profesionālo neatkarību klīnisko lēmumu pieņemšanā un ir pretrunā ar ārsta profesijā tradicionāli augstu vērtēto privilēģiju – neatkarību profesionālo lēmumu pieņemšanā un atbildību par tiem tikai savu amata brāļu priekšā (Bruce & Hill, 1994; Daloni, 2008; Edwards, 2005). Mainoties apstākļiem veselības aprūpē, arī ārstu ikdienas rutīna slimnīcās ir būtiski atšķirīga no tās, kāda tā bija kolēģiem iepriekšējās paaudzēs, vienlaikus būtiski ir pieaugusi veselības aprūpes vadīšanas sarežģītība. Gan Latvijā, gan arī citur pasaulē pieaug ārstu neapmierinātība ar to, kā tie tiek vadīti (Apinis & Kaktins, 2014). Visbiežāk kā galvenais iemesls pastāvošām pretrunām ārstu un organizāciju vadītāju starpā ir apstākļi, ka „individuālā orientācija, kādai ārsti tiek sagatavoti, neatbilst šī brīža veselības aprūpes sistēmas prasībām” (Edwards, Kornacki, & Silversin, 2002). Saskaroties ar daudzām problēmām, it īpaši ar vadības prasībām veikt savu profesionālo darbību ierobežotu resursu apstākļos, personīgi būt aizvien atbildīgākam par sava darba kvalitāti, drošību un efektivitāti, ārsti bieži jūtas vīlušies un mazāk novērtēti kā agrāk (Dowton, 2004). Mūsdienās ārstiem aizvien biežāk ir jāsamierinās, ka jaunās prasības izvirza vadītāji, kuriem nav ārsta izglītības (Chadi,

2009), un no ārstu gatavības pieņemt organizacionālās vērtības ir atkarīga to iesaistes pakāpe organizācijas vadības struktūrā. Attiecīgi ārsti, kas respektē organizacionālās vērtības, tiek iesaistīti un labprāt iesaistās vadībā, savukārt ārsti, kas augstāk vērtē profesionālo autonomiju, procesu vadībā iesaistās nelabprāt, iesaistīšanas gadījumā pārdzīvo lomu konfliktu (Spyridonidis & Calnan, 2011).

Definējot konceptuālās zināšanas un prasmes kā „prāta spēju vizualizēt visas tās sarežģītās savstarpējās sakarības, kas pastāv darba vietā starp cilvēkiem, struktūrvienībām, starp organizāciju kopumā un vidi, kurā tā darbojas, jeb citiem vārdiem – kognitīva spēja redzēt organizāciju kā vienotu sistēmu”, Dafts (Daft, 2012; Katz, 1955) norāda **vispārējo kompetenču ietvaru, kas būtu attiecināms arī uz ārsta profesiju.**

Vispārējo kompetenci noteicošās konceptuālās prasmes (*conceptual skills*) un sociālās, t.sk. cilvēkresursu pārvaldes prasmes (*human skills*) līdz ar tehniskām (profesionālām) prasmēm veido darbam nepieciešamo kopējo kompetenci jebkuram organizācijas loceklim un klasiskā gadījumā – darbam izpildītāja līmenī svarīgākās ir tehniskās prasmes, kamēr darbam vadības un it īpaši augstākās vadības līmenī svarīgākās ir vispārējo kompetenci veidojošās prasmes. Tomēr slimnīcas gadījumā, atsaucoties uz iepriekš aprakstītajām slimnīcas kā organizācijas īpatnībām un ārsta profesijas specifiku, ārsta profesionālo darbu nevar uzskatīt par klasisku izpildlīmeņa darbu (skat. 2.9. attēlu).

Vadības līmenis	Vispārējā kompetence darbā			Ārsta lomas slimnīcā piemēri
Augstākie vadītāji				Reti – ārsts kā slimnīcas vadītājs vai ārstniecības direktors. Bieži – ārsts kā augstākās vadības līmeņa lēmumu ietekmētājs, izmantojot savu un profesijas sociālo ietekmi
Vidējā līmeņa vadītāji				Ārsts kā atbildīgais dežurants slimnīcā savas maiņas laikā vai ārsts kā funkcionālas struktūrvienības vadītājs
Zemākā līmeņa vadītāji				Iesaistoties citam personālam, ārsta vadībā tiek realizēta nozīmētā izmeklēšana un ārstēšana individuālam pacientam
Izpildītāji				Ārsts veic pacienta novērtēšanu, nozīmē izmeklēšanu un ārstēšanu, aizpilda medicīnisko dokumentāciju un/vai ievada attiecīgos datus informācijas sistēmā
	Kopējā kompetence darbā			

2.9. attēls. Konceptuālo, cilvēkresursu pārvaldes un tehnisko prasmju nepieciešamība atbilstoši vadības līmenim un ārsta profesionālās lomas dažādos vadības līmeņos

Avots: autora izveidots, papildinot (Daft, 2012), 8. lpp.

Darba organizācijas jeb operacionālā joma ir tā, kurā visvairāk ir nepieciešama ārsta vispārējā kompetence, t.sk. vadītprasme un līderība, tā ir joma, kurā notiek visstraujākās pārmaiņas un kurā vispirms tiek meklētas iespējas palielināt resursu izmantošanas efektivitāti. Nodrošinot vadības lēmumu pieņemšanu slimnīcā kā sarežģītā sociāli tehniskā sistēmā, ir nepieciešama efektīva vadītāju un ārstu mijiedarbība. Tieši vadītāju un ārstu attiecības tiek izceltas kā kritiski svarīgs veselības aprūpes organizācijas veiksmīgas darbības priekšnosacījums (Kaissi, 2005). Likumsakarīgi, pēdējos desmit gados vadītāju un ārstu, vai plašākā mērogā – darba devēja organizācijas un profesionāļu attiecības un pieaugošās pretrunas tajās, ko izraisa pirmo ietekmes palielināšanās un kas rada otro vilšanos savā profesijā, ir aizvien aktuālāks temats medicīnas nozares literatūrā (von Knorring, de Rijk, & Alexanderson, 2010).

Līdzīga problemātika – disonanse starp profesionālajām vērtībām un organizācijas vadības mērķiem tiek pēģināta un aprakstīta arī citās nozarēs. Tā, piemēram, organizācijas – profesionāļu konflikts, kas tiek definēts kā pretruna starp darba ņēmēju profesijas tradicionālajām vērtībām un prasībām, un tām, kādas tās izvirza darba devējs, vispirms tika aprakstīts attiecībā uz firmās strādājošiem finanšu auditoriem (Aranya & Ferris, 1984; Fawcett, 1988; Schafer, Park, & Woody, 2002) un juristiem (Guntz & Guntz, 1994). Vēlāk šo problemātiku līdzīgi aprakstīja, definēja un meklēja risinājumus dažādi autori medicīnas jomā (Atun, 2003; H. T. O. Davies & Harrison, 2003; Pieter Degeling, Maxwell, Kennedy, & Coyle, 2003; Dowton, 2004; Edwards, 2005; Kippist & Fitzgerald, 2009; Malcolm, Wright, Barnett, & Hendry, 2003; Wass, 2005). Medicīnas jomas autori ir vienprātīgi, ka šo konfliktu saasina pieaugošais finanšu spiediens uz veselības aprūpes organizācijām un to vadītāju aizvien pieaugošā kontrole pār ārstu profesionālo darbību. Kā atzīmē šie autori, tā ir situācija, ar kuru neviens nav apmierināts – ne ārsti, ne vadītāji. Pirmie – spiediena dēļ, kas mazina to iespējas pieņemt neatkarīgus klīniskus lēmumus; otrie – tādēļ, ka bieži nākas pakļauties augsti atzītu medicīnas profesionāļu sociālajai ietekmei un veto spēkam, kas pieļauj reformas veikt tikai tik tālu, cik ir iespējams panākt kompromisus. Šis, iespējams, ir dziļākais (un visai negribīgi pieminētais) iemesls tam, kāpēc, atšķirībā no citām ekonomikas jomām, inovācijas un jaunas tehnoloģijas veselības aprūpes pakalpojumus visbiežāk kopumā padara dārgākus, nevis rada ietaupījumus vai palielina to pieejamību.

Ņemot vērā tradicionālo vadīšanas metožu neefektivitāti, veselības aprūpē ir arī jāsaista arī 20–40 % tās resursu, kas, atbilstoši PVO ekspertu vērtējumam, tiek izlietoti bez pievienotās vērtības radīšanas tās klientiem (WHO, 2010). Savukārt *PricewaterhouseCoopers* audita ziņojumā par veselības aprūpi ASV norāda uz trim galvenajām jomām, kurās, tieši ārstiem citādāk veicot savu ikdienas darbu, ir vislielākais potenciāls panākt līdzekļu izlietojumam iespējami lielāku pievienoto vērtību – iegūt lielāku veselības potenciālu iespējami vairāk cilvēkiem.

Šajā audita ziņojumā tiek noteikta dažādu aspektu ietekme uz teorētiski aprēķinātajiem zaudējumiem: (1) indivīdu uzvedības (beheivioriskā) joma (25–41 % no resursu izmantošanas nelietderības), kurā resursi tiek zaudēti tādas individuālās rīcības dēļ, kas noved pie veselības problēmu rašanās, bet kuras būtu novēršamas ar laicīgu atbilstošu vēl nemedicīnisku iejaukšanos, (2) klīniskā joma (26 % no resursu izmantošanas nelietderības), kurā pati sniegtā veselības aprūpe ir neoptimāla, ietverot par daudz, nepareizi vai par maz pielietotas ārstēšanas metodes, garām palaistas iespējas uzsākt ārstēšanu ātrāk, acīmredzamas kļūdas, kas viss kopā noved pie pacienta apdraudējuma, papildus izmaksām un nepieciešamības veikt darbu atkārtoti, un (3) darba organizācijas, jeb operacionālā joma (10–26 % no resursu izmantošanas nelietderības), kurā administratīvie un citi biznesa procesi pievieno izmaksas, bet nepievieno vērtību (PricewaterhouseCoopers, 2008).

Resursu izlietojuma kontrolē un iegūtās pievienotās vērtības palielināšanā katrā no šīm jomām ārstam ir būtiska loma, un katrā no šīm jomām ārstam nepieciešamās kompetences atšķiras. Attiecībā uz uzvedības jomu ārsts ir tas, kuram jābūt kompetencei efektīvi „pārdot” savu piedāvājumu pacienta veselības problēmu risināšanai (piemēram, ieteikumu lietot kādas zāles, veikt tālākus izmeklējumus, mainīt dzīves veida paradumus, utt.) tā, lai tas to „nopirktu”. Bez spējas ietekmēt, panākt ārstējamā patiesu līdzestību piedāvātajam ārstēšanās plānam, šauri profesionālās zināšanas par orgāniem, to sistēmām, diagnostikas un ārstēšanas metodēm, prasmes pielietot jaunākās tehnoloģijas nenodrošina ne efektīvu veselības aprūpes resursu izlietojumu individuālā gadījumā, ne sistēmā kopumā. Kompetences, kas jāattīsta ietekmei šajā jomā, ir pilnīgi citas nekā tās, kuru attīstīšanai tradicionāli ir velītas ārstu apmācību programmas. Lai arī indivīda lēmumus attiecībā uz savu veselību ietekmēt ir grūti, tomēr tieši šī ir joma, kurā potenciāls uzlabot veselības aprūpes resursu – tajā skaitā ārsta darba – radīto pievienoto vērtību ir vislielākais. Pacienta iesaiste lēmuma pieņemšanā kļūst aizvien būtiskāka, ņemot vērā to, ka lielākā daļa resursu šodien tiek patērēti hronisku slimību ārstēšanai, kura nenotiek tiešā ārsta uzraudzībā, un pacients ir tas, kurš realizē vai nerealizē ārsta plānu. Savukārt iespēja resursus izmantot efektīvāk klīniskajā jomā ir saistīta tieši ar ārsta profesionālo zināšanu jomu un spēju tās pielietot konkrētajā organizacionālajā kontekstā, kur biežākie resursu zudumi ir skaidrojami ar ārstniecības procesu secības neievērošanu un atkāpšanos no pieņemtām vadlīnijām un procedūru aprakstiem vai tādu neesamību.

Ārstu iesaisti un līderību kā nepieciešamo pārmaiņu priekšnoteikumu atzīmē gan veselības politikas veidotāji, gan vadītāji, gan paši profesionāļi. Nepieciešamība pēc ārstiem, kas spēj sabalansēt individuāla pacienta, struktūrvienības, organizācijas un sabiedrības vajadzības, pieaug (McConnell, 2008), nostiprinās arī atziņa, ka ārstiem, kuri ieņem stāvokli, kurā ir jāpieņem arī administratīvi lēmumi, nav pieredzes un formālas apmācības pamata (Schwartz & Pogge, 2000). Ārstiem, kas, pildot savus profesionālos pienākumus, vada svarīgākos biznesa procesus uzņēmumā un vada komandas, līdztekus profesionālajām

kompetencēm ir jāapgūst arī konceptuālas kompetences (Burns, Bradley, Weiner, & Shortell., 2012; Clark & Armit, 2010; Edwards, 2005). Veselības aprūpes organizāciju procesu pārveide orientācijas uz klientu virzienā arī daudz plašākam ārstu lokam, ne tikai formālajiem struktūrvienību vadītājiem, prasa uzņemties vadītāja lomu dažādos procesos un saprast dažādu problēmu komplekso (sistēmisko) dabu (Kippist & Fitzgerald, 2009). Kā tipisku piemēru valsts politikas nostājai šajā jautājumā var minēt Lielbritānijas nacionālās veselības sistēmā ietvertu ārstu kompetenču aprakstu, kas paredz, ka „veselības aprūpes profesionālim ir jābūt ekspertam ne tikai izvēlētajā medicīnas jomā, viņam jābūt kompetentam profesionālim ar līderības un vadīšanas prasmēm, kas tam ļauj aktīvāk būt iesaistītam pakalpojumu plānošanā, nodrošināšanā un attīstībā” (NHS Institute for Innovation and Improvement, 2010).

Lai iegūtu kopēju pārskatu pār pašu ārstu profesionālo organizāciju ieteikumiem attiecībā uz vispārējām konceptuālām kompetencēm un lomām, kuras būtu jāpārvalda ārstiem, tālāk tiek sniegts sešu literatūrā visbiežāk minēto kompetenču aprakstu, modeļu salīdzinājums, kas pārstāv ārstu organizāciju veikto pētījumu rezultātus piecās dažādās valstīs.

Vērtējot šos Lielbritānijā, Kanādā, ASV, Dānijā un Austrālijā salīdzinoši nesen izstrādātos kompetenču modeļus, identificētajām kompetencēm, standartiem, personīgajām īpašībām, vēlamajiem mijiedarbības veidiem organizācijā visos gadījumos ir liela līdzība, un tie atspoguļo arī vadīšanas dimensiju ārsta profesionālajā darbībā, no kā autors secina, ka **procesu vadīšanā nepieciešamu kompetenču paplašināšanai ārstiem ir profesionālo organizāciju atbalsts** (skat. 2.6. tabulu).

2.5. tabula

Dažādu ārstu profesionālo organizāciju piedāvāto ārstam nepieciešamo kompetenču aprakstu analīze

(Avots: autora izstrādāta tabula)

Valsts	Lomas, kompetences, standarti, personīgās īpašības, vēlamā mijiedarbība organizācijā ⁶
Kanāda (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005)	Sešas ārsta – eksperta medicīnā lomas: <ul style="list-style-type: none"> - Profesionālis - Informācijas aprites nodrošinātājs (<i>Communicator</i>) - Sadarbības nodrošinātājs (<i>Collaborator</i>) - Vadītājs - Sabiedrības veselības veicinātājs (<i>Health Advocate</i>) - Zinātnieks (<i>Scholar</i>)

⁶ Jēdzieniem, kuru latviskais tulkojums ne vienmēr precīzi atspoguļo vārda sākotnējo jēgu, iekavās tas ir minēts arī publikācijas oriģinālajā angļu valodā.

Valsts	Lomas, kompetences, standarti, personīgās īpašības, vēlamā mijiedarbība organizācijā ⁶
ASV (1) (McKenna, Gartland, & Pugno, 2004)	Kompetences ārstam – līderim (sarindotas svarīguma kārtībā): <ul style="list-style-type: none"> - Starp-personu attiecību veidošanas un komunikācijas prasmes - Profesionālā ētika un sociālā atbildība - Nepārtraukta mācīšanās un snieguma uzlabošana - Spēja atrast sadarbības partnerus pārmaiņu atbalstam - Klīniskā ekselence - Spēja pārliecināt ar skaidru vīziju - Uz sistēmas pilnveidošanu balstīta lēmumu pieņemšana, problēmu risināšana - Spēja saskatīt un ievērot dažādu iesaistīto pušu vajadzības - Finanšu aspektu uztvere un resursu vadīšana
Lielbritānija (NHS Institute for Innovation and Improvement and Academy of Medical Royal Colleges, 2010)	Līderības medicīnā kompetenču struktūra: Demonstrētas personīgās īpašības: <ul style="list-style-type: none"> - Pašapziņas attīstība (<i>Developing self-awareness</i>) - Paškontroles attīstība (<i>Managing yourself</i>) - Nepārtraukta pašattīstība - Godprātīga rīcība (<i>Acting with integrity</i>) Demonstrētas spējas sadarbībā ar citiem: <ul style="list-style-type: none"> - Sadarbības tīklu veidošana (<i>Developing networks</i>) - Attiecību veidošana un uzturēšana - Iedrošināšana labākam sasniegumam (<i>Encouraging contribution</i>) - Strādāšana komandās (<i>Working within teams</i>) Demonstrētas spējas vadīt darbu (<i>Managing services</i>): <ul style="list-style-type: none"> - Plānošana - Resursu vadība - Cilvēku vadība - Snieguma vadība (<i>Managing performance</i>) Demonstrēta spēja uzlabot darbu (<i>Improving services</i>): <ul style="list-style-type: none"> - Nodrošinot labāku pacientu drošību - Kritiski novērtējot - Iedrošinot uzlabojumiem un inovācijām - Palīdzot pārmaiņām notikt (<i>Facilitating transformation</i>) Demonstrēta spēja noteikt attīstības virzienu (<i>Setting direction</i>): <ul style="list-style-type: none"> - Pārmaiņu konteksta identificēšana - Zināšanu un pierādījumu pielietošana - Lēmumu pieņemšana - Ietekmes novērtēšana

Valsts	Lomas, kompetences, standarti, personīgās īpašības, vēlamā mijiedarbība organizācijā ⁶
<p>ASV (2) (Calhoun et al., 2003)</p>	<p>Veselības aprūpes līderības kompetenču modelis: Pārveides kompetence (<i>Transformation</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientācija uz sasniegumu - Analītiska domāšana - Orientācija uz lokālo sabiedrību (<i>Community Orientation</i>) - Finanšu prasmes - Informācijas meklējumi (<i>Information Seeking</i>) - Inovatīva domāšana - Stratēģiska orientācija <p>Izpildes kompetence (<i>Execution</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atbildība (<i>Accountability</i>) - Līderība pārmaiņām (<i>Change Leadership</i>) - Sadarbība - Komunikācija - Iedarbība un ietekme (<i>Impact and Influence</i>) - Informācijas tehnoloģiju pārvaldīšana - Vadīšana - Iniciatīva - Organizācijas izpratne (<i>Organizational Awareness</i>) - Snieguma novērtēšana - Procesi vadība un organizācija (<i>Organizational Design</i>) - Projektu vadīšana <p>Saskarsmes kompetence:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cilvēku resursu vadība - Starppersonu sapratne - Profesionālisms - Attiecību veidošana - Pašapziņa - Pašattīstība - Talantu attīstība - Komandas līderība
<p>Dānija (Clark & Armit, 2010)</p>	<p>Līderības pamata kompetences:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personīgā līderība - Līderība politiskā kontekstā - Līderība kvalitātē - Līderība pārmaiņās - Līderība profesionālajā vidē; <p>Līdera profesionāla lomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eksperts medicīnā - Profesionālis - Vadītājs / administrators - Zinātnieks (<i>Academic</i>) - Sadarbības veicinātājs (<i>Collaboration</i>) - Saziņas veicinātājs (<i>Communication</i>) - Sabiedrības veselības veicinātājs - Padomdevējs.

Valsts	Lomas, kompetences, standarti, personīgās īpašības, vēlamā mijiedarbība organizācijā ⁶
Austrālija (The Royal Australasian College of Medical Administrators, 2011)	Līderības un vadības medicīnā kompetenču struktūra: Eksperts medicīnā: - Stratēģija un dizains - Medicīnas perspektīvas - Sistēmas un organizācijas - Pārvalde Komunikators: - Efektīva komunikācija - Konkurējošu interešu prioritāšu noteikšana (<i>Align competing interests</i>) - Informācijas novadīšana (<i>Convey information</i>) - Informācijas sintezēšana - Attiecību veidošana un uzturēšana (<i>Develop rapport</i>) Vadītājs: - Cilvēki un sniegums (<i>People and performance</i>) - Prioritāšu noteikšana resursu sadalē (<i>Prioritize resources</i>) - Darba sistēmu pārvalde - Efektīvas organizācijas Sadarbības veicinātājs: - Konsultāciju iespējas veicināšana (<i>Facilitate consultation</i>) - Attiecību veidošana - Konfliktu novēršana un risināšana - Līderība komandā Aizstāvis (<i>Advocate</i>): - Sabiedrības veselības veicināšana - Veselības sociālo faktoru apzināšanās - Lokālās sabiedrības vajadzību identificēšana - Pārstāvniecība atbildot par ar veselību saistītiem jautājumiem (<i>Respond to health issues</i>) Zinātnieks (<i>Scholar</i>) - Jaunu zināšanu pielietošana - Mācīšanās veicināšana - Lēmumu ieņemšana, balstoties uz pierādījumiem - Nepārtraukta profesionāla attīstība Profesionālis: - Pārdomāta darbība (<i>Reflective practice</i>) - Vērtību sistēma - "Vispirms pacients" uzvedība (<i>"Patient first" behavior</i>) - Ētiska darbība (<i>Ethical practice</i>)

Salīdzinājumā nav pārstāvēta Latvija, jo Latvijas Ārstu biedrība pagaidām nav izstrādājusi līdzvērtīgus un salīdzināmus ieteikumus attiecībā uz vispārējām kompetencēm, kuras ārstiem būtu jāpārvalda. Tomēr tas, ka ārstu organizācijas aizvien biežāk definē arī vispārējās kompetences savai profesijai, apliecina pieaugošo izpratni par to, ka rūpes par individuālu pacientu nav pretstatāmas sabiedrības kopējām vajadzībām nodrošināt veselības aprūpi efektīvā un universālā veidā visiem tās locekļiem. Arī veiktie empīriskie pētījumi, analizējot dažādus vajadzību aspektus slimnīcas darbā, apliecina, ka gan vadītāji, gan ārsti norāda uz nepieciešamību tuvināt vadītāju un ārstu izpratni par kopējām vērtībām un organizāciju vadīšanu (Bax, Berkenbosch, & Busari, 2011; H. T. O. Davies, Hodges, & Rundall, 2003; Ireri, Walshe, Benson, & Mwanthi, 2011; Klopper-Kes, Siesling, Meerdink, Wilderom, & van Harten, 2010; Kumpusalo, Virjo, Mattila, & Halila, 2003; Martins, Detmer, & Rubery, 2005; McKenna et al., 2004;

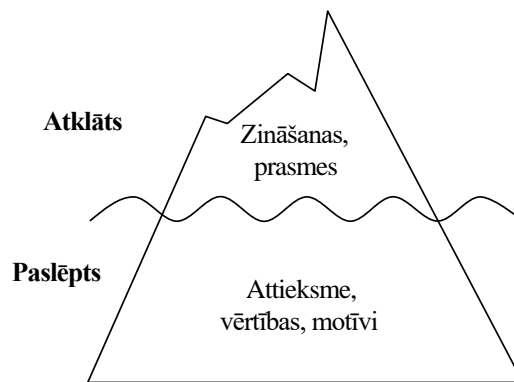
Smith, Goldman, Dollase, & Taylor, 2007; Sockalingam, Stergiopoulos, & Maggi, 2008; von Knorring et al., 2010).

Salīdzinošās analīzes rezultātā var secināt, ka pieprasījums pēc jaunām vispārējām kompetencēm ārsta profesijā pastāv un tas ir saistīts ar nepieciešamību nodrošināt nepieciešamās pārmaiņas veselības aprūpē.

Risinājumi, kas attīsta ārstu vispārējās kompetences, ir uzskatāmi par slimnīcas ilgtspējīgas attīstības vadīšanas sistēmas sastāvdaļu un objektīvu nosacījumu, lai pārietu uz procesu vadīšanu slimnīcās.

Lai vispārējo kompetenču attīstību ārstiem veidotu kā slimnīcas vadības sistēmas daļu, ir nepieciešama dziļāka analīze attiecībā uz atšķirībām starp profesionālo un vispārējo kompetenci, mehānismiem, kā vispārējā kompetence veidojas, un jau uzkrāto pieredzi ar pasākumiem tās attīstībai.

Ārsta profesijā spēja saprast, piedalīties, organizēt un vadīt pārmaiņas prasa gan konceptuālas zināšanas un prasmes, gan uz sistēmu, nevis tikai indivīdu orientētas profesionālās vērtības. Pamatojoties uz plaši atzīto kompetenču attīstības modeli, ko izveidojuši Spenseri (Spencer & Spencer, 1993), kompetenču aisberga redzamā daļa ir zināšanas un prasmes, kuras ir relatīvi viegli attīstīt, kamēr tādas fundamentālas kompetences sastāvdaļas kā vērtības, attieksmes un motivācija ir dziļi slēptas, un to attīstība izglītības sistēmas ietvaros būtu uzsākama pēc iespējas agrīni (skat. 2.10. attēlu)



2.10. attēls. Kompetenču aisberga modelis

Avots: (Spencer & Spencer, 1993), 11. lpp.

Tātad kompetences var būt saistītas ar dažādiem mainīgajiem elementiem, tādiem kā motivācija, raksturs, paštēls un spējas, un iespējas šos elementus ietekmēt ir dažādas. Spenseri arī identificē piecus kompetences raksturlielumus: (1) motīvi – lietas, ko indivīds pastāvīgi patur prātā, vēlmes, kas ir pamatā darbībai, motīvi „vada, norāda virzienu un veic izlasi” uzvedībai, (2) rakstura īpašības – parastās atbildes reakcijas uz specifiskām situācijām vai saņemto informāciju, (3) priekšstati – indivīda attieksme, vērtības,

paštēls, (4) zināšanas – informācija, kas indivīdam ir attiecībā uz noteiktu jomu, (5) prasmes – spēja veikt zināmu fizisku vai garīgu uzdevumu.

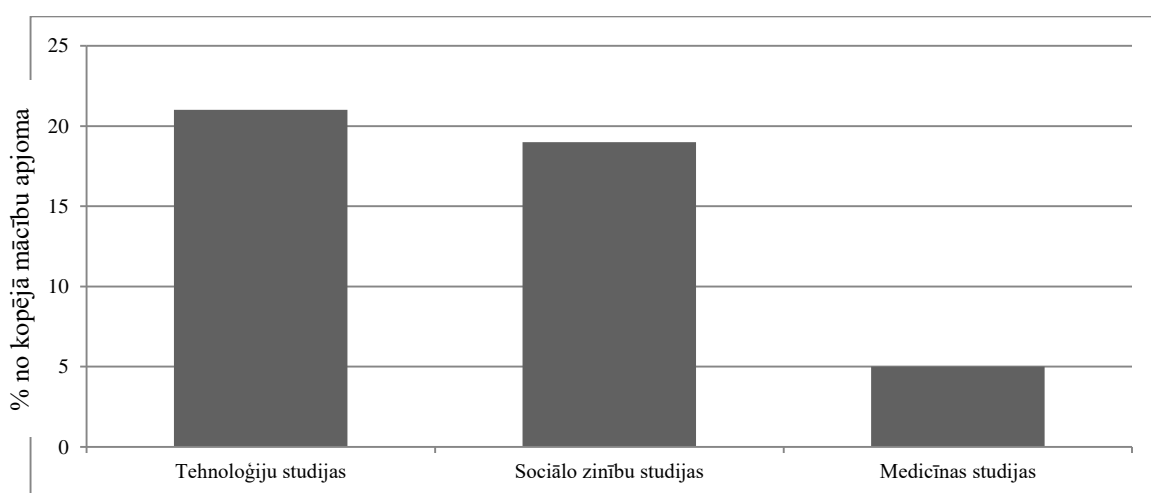
Kompetences, kas veidojas vēlini – t.i., darbā, attīstās salīdzinoši šauros un lokālos apstākļos. Tomēr tādi kompetences elementi kā vērtības, attieksmes un motivācijas indivīdam nereti veidojas agrīni. Līdz ar to iespējami agrāk būtu arī uzsākama ar kompetences dziļākajiem slāņiem saistīto sociālo un konceptuālo zināšanu un prasmju apguve profesionālās apmācības ietvaros. Stabila vērtībās balstīta vispārējā kompetence ārstiem ļautu labāk sagatavoties darbam mūsdienu veselības aprūpes sistēmā un konkurēt darba tirgū.

Šo apsvērumu autors pamato literatūrā aprakstītajiem pētījumiem (piemēram, (Girasek, Molnár, Eke, & Szócska, 2011), par ārstu motivāciju izvēloties profesiju. Izvēloties nākotnes profesiju, lielai daļai topošo ārstu motivācija balstās uz visai ideālistiskiem pieņēmumiem par to un līdz ar to – arī par nepieciešamajām kompetencēm, kas jāattīsta ārsta darbam reālā veselības aprūpes organizācijā. Savukārt realitāte darbā nereti atšķiras no pieņēmumiem, profesiju izvēloties, uz ko norāda arī salīdzinoši lielais tādu ārstu īpatsvars, kuri apliecina to, ka, zinot reālos darba apstākļus, nebūtu šo profesiju izvēlējušies – tā, piemēram, Somijā veiktā pētījumā šādu ārstu īpatsvars sasniedza 22% (Hyppölä et al., 1998).

Lai arī pastāv norādes uz nepieciešamību ārstu profesionālās izglītības programmās integrēt apmācību, kas attīsta kompetences vadīt un būt līderim, tomēr nepastāv vienots uzskats par attiecīgas apmācības saturu un formu. Papildus plašāku kompetenču iegūšana vadīšanā ārsta profesijā sasaucas ar līdzīgām prasībām pēc plašākām konceptuālām kompetencēm arī citām profesijām, kuras nav tieši saistītas ar biznesu, vadību un ekonomiku. Mūsdienu dinamiskajā sabiedrībā, tās uz zināšanām balstītajā darbības modelī, mainīgajā biznesa vidē, globālajā sadarbībā un konkurencē kompetenču, kas nav šauri saistītas ar konkrētu profesiju, attīstīšanas svarīgumu akcentē arī augsta līmeņa plānošanas dokumenti, un šī prasība tiek iestrādāta arī normatīvos aktos. Piemēram, Latvijā formālo izglītību regulējošajos normatīvos aktos ir akcentēta nepieciešamība izglītības procesā paralēli profesionālo kompetenču iegūšanai iekļaut iespēju apgūt dažādas pamata kompetences. Normatīvā aktā, kas nosaka otrā līmeņa profesionālās augstākās izglītības valsts standartu, ir noteikts, ka kopējā mācību kursā tā daļā vismaz 20 kredītpunktu apmērā ir obligāti jāparedz vispārīzglītojošie studiju kursi humanitārās un sociālās zinātnēs, tai skaitā pedagoģijā, psiholoģijā un biznesa ekonomikā, tajā skaitā iegūstot 6 kredītpunktus kursus, kas attīsta sociālās, komunikatīvās un organizatoriskās pamatiemaņas arī uzņēmējdarbības profesionālo kompetenču veidošanai (uzņēmumu organizācija un dibināšana, vadīšanas metodes, projektu izstrādes un vadīšanas pamati, lietvedības un finanšu uzskaites sistēma, zināšanas par sociālā dialoga veidošanu sabiedrībā, par darba tiesiskās attiecības reglamentējošajiem normatīvajiem aktiem) (LR Ministru kabinets, 2001). Savukārt Eiropas Savienības Lisabonas stratēģijas nostādnēs ir akcentēts, ka katram pilsonim ir jāpiemīt

prasmēm, kas nepieciešamas, lai dzīvotu un strādātu jauno tehnoloģiju sabiedrībā (Eiropas Komisija, 2005). No ekspertu definētām astoņām pamatkompetencēm⁷ (*key competencies*), kuras būtu nepieciešamas indivīdam sava potenciāla realizēšanai, uzņēmējspējas (*entrepreneurship*)⁸ kompetence visvairāk sasaucās ar ārsta profesijā tagad aizvien vairāk nepieciešamo vadīšanas kompetenci.

Neraugoties uz politiskām nostādnēm Eiropas Savienības līmenī visā izglītības sistēmā iekļaut pasākumus uzņēmējspējas attīstīšanai, var uzskatīt, ka šāda apmācība tomēr vēl nav pietiekami un vienmērīgi integrēta profesionālajās ar biznesu un ekonomiku nesaistītajās augstākās izglītības programmās (European Commission, 2008). Uzņēmējspējas apmācības integrācijas pakāpi dažādu jomu studijās Eiropas valstīs zināmā mērā raksturo Lielbritānijā un Spānijā veiktā izpēte (European Commission, 2008). Lai gan Lielbritānijā vairāk kā Spānijā medicīnas studijās ir integrētas uzņēmējspējas, tomēr abās valstīs šo spēju integrācija medicīnas studijās atpaliek arī no citām nozarēm (skat. 2.11. un 2.12. attēlu).

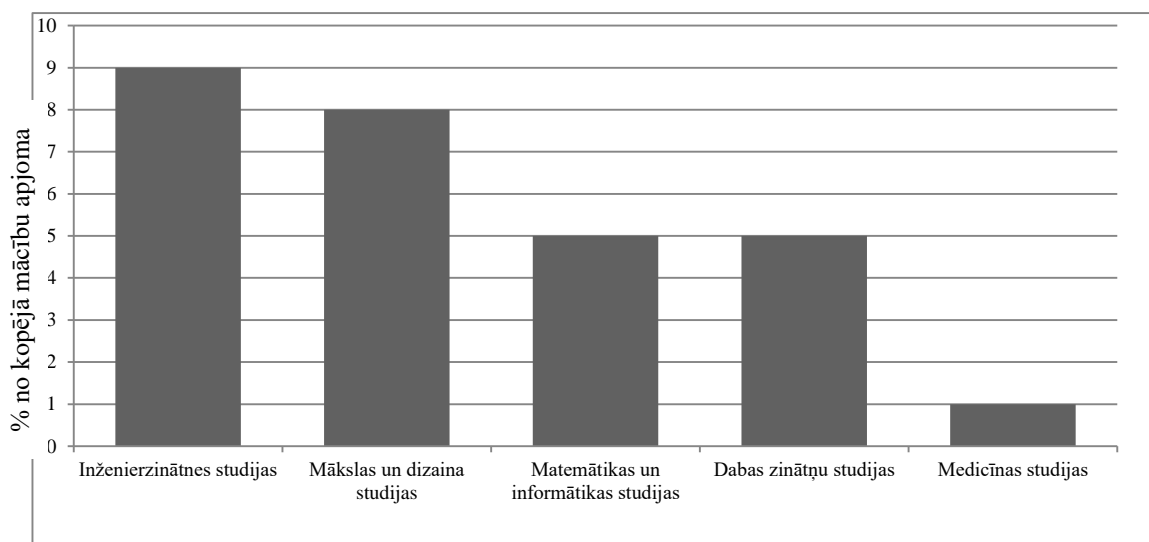


2.11. attēls. Ar uzņēmējspējas attīstību saistītā apmācību daļa dažādās studiju programmās Lielbritānijā (% no kopējā mācību apjoma)

Avots: Autora rekonstrukcija pēc 2008. g. Eiropas Komisijas ziņojuma „Uzņēmējspējas augstākajā izglītībā” (European Commission, 2008).

⁷ Astoņas šajā dokumentā minētās pamatkompetences ir: (1) sazināšanās angļu valodā (tiem, kam tā nav dzimtā), (2) sazināšanās citu Eiropas valstu valodā (izņemot angļu), (3) informācijas tehnoloģiju kompetence, (4) starppersoniska un interkulturāla kompetence, (5) sociālā kompetence, (6) kulturālā apziņa, (7) mācēšana mācīties, (8) uzņēmējspējas.

⁸ Tulkojumos tiek lietoti dažādi termini: uzņēmējdarbība, iniciatīvas uzņemšanās un uzņēmējdarbības izjūta, pašiniciatīva, uzņēmējdarbības prasmes un citi. Autors lieto profesores V. Bikses lietoto terminu „uzņēmējspējas” tāda paša nosaukuma grāmatā (Bikse, 2011).



2.12. attēls. Ar uzņēmējspējas attīstību saistītā apmācību daļa dažādās studiju programmās Spānijā (% no kopējā mācību apjoma)

Avots: Autora rekonstrukcija pēc 2008. g. Eiropas Komisijas ziņojuma „Uzņēmējspējas augstākajā izglītībā” (European Commission, 2008)

Ir jāsecina, ka vadīšanas kompetences attīstība ārstu profesionālajā izglītībā būtiski atpaliek arī no citām, ar ekonomiku un uzņēmējdarbību nesaistītām profesionālās izglītības programmām. Literatūrā ir salīdzinoši labi aprakstīta gūtā pieredze, integrējot vispārējās un vadības prasmes apmācību gan inženierzinību studijās, gan arī dažādās citās disciplīnās, kā piemēram, vides zinātnē, ģeogrāfijā, mākslā un citās radošās jomās (Henry, 2011), savukārt attiecībā uz vadības prasmes integrāciju medicīnas izglītībā pieredze nav tik visaptveroša.

Medicīnas izglītība vienmēr ir bijusi vērsta uz ārsta apmācīšanu būt atbildīgam par indivīdiem, nevis par organizācijām; uzņemties personisku atbildību, nevis deleģēt, sniegt visu iespējamo katram pacientam, nevis meklēt kompromisu apstākļos, kad resursi ir ierobežoti (P Degeling, Kennedy, & Hill, 1998). Lai arī tieši ārsti veselības aprūpē dominē arī formālajos vadītāju posteņos un, arī neesot formālā vadītāja amatā, tiem ir jāpieņem vadības līmeņa lēmumi, pagaidām apmācība vadītprasmei un līderībai netiek uzskatīta par medicīnas studiju neatņemamu sastāvdaļu. Apmācība medicīnā primāri ir orientēta uz profesijā nepieciešamo tehnisko un klīnisko prasmju apgūšanu, savukārt vadīšanai ir nepieciešamas tādas zināšanas un prasmes, attieksmes un uzvedību modeļi, kas ļauj sasniegt mērķus, plānojot, organizējot, vadot un kontrolējot cilvēkus un organizācijas.

Analizējot pieejamo informāciju par jau esošo pieredzi, kas gūta, mācot topošajiem ārstiem vadības zinības, ir jāatzīmē, ka šāda pieredze vēl tikai pakāpeniski veidojas. Veicot meklēšanu zinātniskas literatūras datu bāzēs pēc atslēgas vārdiem „vadībzinātne” un „medicīnas studijas” vai medicīnas studiju programma”, atlasīto publikāciju skaits par šajā jomā veiktajiem pētījumiem vai gadījumu ziņojumiem

nav liels. Divas no publikācijām apraksta pozitīvu pieredzi, ieviešot vadībzinību apmācību ASV medicīnas augstskolās (O'Connell & Pascoe, 2004; Padilla, White, Bovee, & McQueen, 2011). ASV medicīnas augstskolu pamatojumu mācīt vadības zinības kādas analīzes autori pamato ar apsvērumu, ka daudzas jomas veselības aprūpē un ārstu praksē būtu efektīvākas, ja to vadīšanā tiktu pielietoti citur biznesā jau pārbaudīti principi, norādot, ka prasmes, kuru apguve tradicionāli nav iekļauta medicīnas studijās, bet, kuras būs nepieciešamas, ir „biznesa vadības prasmes, it īpaši iemaņas finanšu vadībā un analīzē, stratēģiskajā plānošanā un papildus iemaņas mārketingā, izmaksu uzskaitē, komunikācijā un uzņēmējdarbības likumdošanā, kā arī tiek novērtēta un salīdzināta Lielbritānijas un Portugāles medicīnas studentu, slimnīcu vadītāju un klīnisko vadītāju attieksme pret vadībzinību apgūšanu medicīnas studiju ietvaros (Martins et al., 2005). Šī pētījuma dalībnieki vadībzinību apgūšanu vērtēja kā medicīnas studiju neatņemamu sastāvdaļu un minēja specifiskas jomas, kas vadības studiju kursā būtu mācāmas – personāla vadība, nacionālā veselības sistēma un tās struktūra, ārstu kā līderu loma, izmaksu un resursu vadība. Arī medicīnas pamata studijas pabeigušiem ārstiem ir visumā pozitīva attieksme pret apmācību vispārējo kompetenču attīstībai (Berkenbosch, Brouns, Heyligers, & Busari, 2011; Daugird & Spencer, 1990; Sockalingam et al., 2008), savukārt ne tikai studentu, bet arī medicīnas studiju mācībspēku visumā pozitīvo attieksmi pret vadībzinību iekļaušanu medicīnas studiju programmā ASV ir novērtējis Varkejs ar līdzautoriem (Varkey, Peloquin, Reed, Lindor, & Harris, 2009).

Apkopojot iepriekš aprakstītos pierādījumus, autors gūst papildus apstiprinājumu tam, ka **ārstu profesionālās darbības vispārējās kompetences uz procesu orientētā vadīšanā ir mērķtiecīgi veidojamas, tādēļ to attīstība ir uzskatāma par slimnīcas pārejas uz procesu orientētu vadīšanu metodoloģijas sastāvdaļu.**

Uz procesiem orientētas vadīšanas ieviešanas Latvijas slimnīcās ietekmējošo faktoru – tajā skaitā ārstiem apgūstamu jaunu kompetenču attīstības nozīmes un attīstības iespēju izvērtējuma – izpēte ir aprakstīta darba nākamajā daļā.

3. UZ PROCESU ORIENTĒTAS VADĪŠANAS IEVIEŠANAS LATVIJAS SLIMNĪCĀS IETEKMĒJOŠO APSTĀKĻU IZPĒTE

3.1. PĒTĪJUMA SISTĒMAS PAMATOJUMS

Darba mērķa sasniegšanai – metodoloģijas pārejai uz procesu orientētu vadīšanas sistēmu slimnīcās izstrādei – autors ir izstrādājis oriģinālu nepieciešamā pētījuma sistēmu, kuras elementus ir aprobējis konferences referāta un zinātniskā raksta veidā (Bārzdīņš, 2013). Jauna pētījuma modeļa izveide darba mērķa sasniegšanai ir nepieciešama, jo zinātniskajā literatūrā nav atrodamas vadlīnijas, pētījumu stratēģiju un modeļu apraksti, kas palīdzētu plānot un veikt Latvijas slimnīcu kā sarežģītu, atvērtu, mainīgā vidē darbojošos sistēmu procesu orientētas vadīšanas priekšnoteikumu vienotu un sistēmisku izpēti. Izvēlētais pētījuma modelis balstās uz *jauktu pētniecības metožu pielietojuma metodi (mixed methods research)*.

Jauktu pētniecības metožu pielietojuma metodi (kvantitatīvu un kvalitatīvu metožu pielietojums vienā un tajā pašā pētījumā) pakāpeniski iegūst aizvien plašāku pielietojumu tādās jomas kā socioloģija, psiholoģija, izglītība un veselības aprūpes zinātnes (Teddlie & Tashakkori, 2003). Šīs pētījuma metodes izmantošana organizāciju un to vadīšanas izpētē vienlaicīgi ļauj pētīt gan mikro, gan makro vadīšanas aspektus, gan arī organizācijas uzvedību un stratēģiju (Currall & Towler, 2003).

Lai arī pētījuma dizaina lielāko daļu veido kvantitatīvās pētījuma metodes, tās ir savstarpēji integrētas ar kvalitatīvo izpēti uz procesiem orientētas vadīšanas ieviešanas priekšnoteikumu vienotai un sistēmiskai izpētei, pielietojot *gadījuma izpētes metodi (case study)*. Tā tiek rekomendēta kā izpētes stratēģija tad, kad ir jāuzstāda „kā” un „kāpēc” jautājumi empīriskos pētījumos par šobrīd notiekošām reālās dzīves situācijām (fenomeniem) un to kontekstu, jo sevišķi gadījumos, kad robežas starp tām ir izplūdušas (Stake, 2000). Gadījuma izpēte primāri tiek pielietota, lai iegūtu izpratni par to, kas pētāmajā gadījumā vai gadījumos ir unikāls (Kohlbacher, 2006). Kā uzsver Jins (Yin, 2003), „*gadījuma izpēti visracionālāk ir pielietot tad, kad ir nepieciešams izprast kompleksus sociālus fenomenus*”, jo „*gadījuma izpētes metode pētniekam ļauj saglabāt reālās dzīves notikumu holistiskās un jēgpilnās īpašības*”, piemēram, analizējot pārmaiņas organizācijās un vadības procesus. Tādējādi vadībzinātnes jomas pētījumā pienācīga vērība var tikt pievērsta organizācijas vai cilvēku vadīšanas problemātikai, tajā skaitā konfliktu izpētei, cēloņu un seku sakarībām, psiholoģiskiem un sociāliem vadīšanas aspektiem, stereotipiem, adaptācijas procesiem u.c. (Landzmane, 2014).

Gadījuma izpētei būtiski svarīga ir vairāku datu avotu vienlaicīga izmantošana, starp kuriem kā sešus svarīgākos Jins min: (1) tieši novērojumi (piem., cilvēku rīcība, fiziskā vide), (2) intervijas (piem., atvērti jautājumi izpētāmā gadījuma dalībniekiem), (3) arhīvu dati (piem., studentu pieraksti), (4) dokumenti (piem., avīžu raksti, vēstules un e-pasti, ziņojumi), (5) dalībnieka novērojumi (piem., identificēts kā

pētnieks, tas turpina pildīt ikdienas pienākumus izpētāmajā objektā), (6) fizikāli artefakti (piem., informācijas, kas atspoguļo darba procesu, leļupielāde) (Yin, 2012). Jins arī atzīmē, ka neatkarīgi no avota gadījuma pētījumā par pierādījumu var kalpot gan kvalitatīvi, gan kvantitatīvi dati.

Nemot vērā iepriekšminētos izpētes principus uz procesiem orientētas vadīšanas ieviešanas priekšnoteikumu izpētē Latvijas slimnīcās, autors izmanto dažādus datu avotus un izpēti veic vairākos etapos, kopējo pētījumu veidojošos apakšpētījumus un to rezultātus aprakstot darba empīriskā pētījuma daļas sekojošajās nodaļās:

1. Latvijas slimnīcu attīstības tendences – tiek noteikts slimnīcu darbības konteksts, ārējās vides ietekmes un pārmaiņu dinamikas izpēte (veicot dokumentu, normatīvo aktu un arhīva datu izpēti, kā arī izmantojot tiešus novērojumus);
2. Latvijas lielo reģionālo slimnīcu vadīšanas un ārstu profesionālās darbības ietekmes novērtējums – pielietojot gan kvantitatīvu izpēti (sekundāro datu apstrādi, statistisko analīzi un interpretāciju), gan kvalitatīvu gadījuma izpēti (pielietojot vienlaikus dažādus datu avotus, t.sk. veicot dokumentu, normatīvo un elektroniskā arhīva datu izpēti, kā arī intervijas veidā uzdodot atvērtus jautājumus).

Novērtējuma sastāvdaļas:

- a. Kvantitatīva izpēte ar mērķi noteikt, vai pētījumā definētu slimnīcas darbības kvalitātes un efektivitātes indikatoru atšķirības dažādās slimnīcās varētu liecināt par atšķirībām to vadīšanā un ārstu profesionālajā darbībā:
 - i. indikatoru vērtības korelācijas noteikšana ar ārpus slimnīcas veselības aprūpes intensitāti raksturojošiem faktoriem;
 - ii. indikatoru vērtības korelācijas noteikšana ar atsevišķiem procesu orientāciju raksturojošiem slimnīcas iekšējās vides faktoriem;
 - b. Kvantitatīva izpēte ar mērķi noteikt Latvijas reģionālo neatliekamās palīdzības daudzprofilu slimnīcu ārstnieciskās darbības rezultātu atšķirības un tālākai padziļinātai izpētei nepieciešamā divu slimnīcu identifikācija, starp kurām atšķirības ir visizteiktākās;
 - c. Slimnīcu pāra gadījuma kvalitatīvā izpēte uz procesiem orientētas vadīšanas ieviešanas šķēršļu un priekšnoteikumu identifikācijai (strukturēto interviju sagatavošanā un rezultātu interpretācijā balstoties uz Džordži (Giorgi, 1997) u.c. autoru zinātniskām nostādnēm un vadlīnijām).
3. Ārstu profesionālās izglītības vispārējo kompetenču attīstības pieprasījuma novērtējums un ārstu profesionālās izglītības vispārējo kompetenču attīstības piedāvājuma novērtējums – kā iepriekšējā pētījuma posmā identificēta kritiski svarīga priekšnoteikuma pārejai uz procesu orientētu vadīšanu Latvijas slimnīcās realizācijas iespējas kvantitatīva izpēte divās daļās:

- a. topošo ārstu izpratnes un motivācijas izpēte attiecībā uz iespēju to profesionālajā izglītībā integrēt apmācību vispārējo kompetenču attīstībai darbam uz procesiem orientētā slimnīcā (veicot aptaujas veidā iegūtu datu statistisko analīzi un interpretāciju);
- b. topošo ārstu iespēju izpēte profesionālās izglītības ietvaros attīstīt darbam uz procesiem orientētā slimnīcā nepieciešamo vispārējo kompetenci (veicot starptautisku dažādu augstskolu mācību programmu kvantitatīvu analīzi un salīdzinājumu).

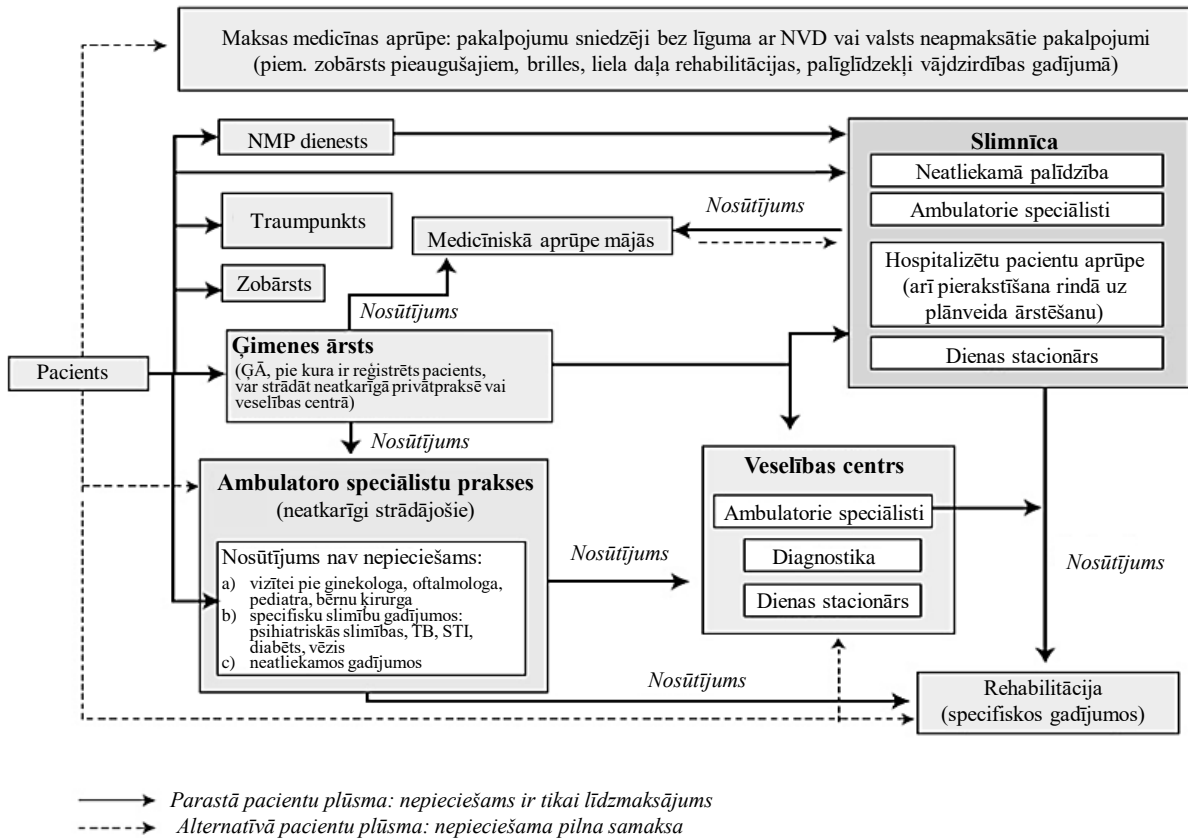
Pētījuma kvantitatīvās izpētes etapos autors izmanto modelēšanu, aptauju, statistiskās datu apstrādi un analīzi. Gan iegūto primāro datu, gan atlasīto sekundāro datu apstrādei un analīzei tiek izmantotas statistiskās analīzes metodes – grupēšana, Pīrsona korelāciju analīze, dispersiju analīze (t-tests), ticamības intervāla noteikšana. Pētījuma kvantitatīvo datu apkopošanai un apstrādei tiek izmantotas *MS Excel* un *SPSS 19.0* datorprogrammas.

Iespējami pamatotu secinājumu sagatavošanai par priekšnoteikumiem uz procesiem orientētas vadīšanas ieviešanai slimnīcā tika veikta dažādos virzienos veiktās izpētes rezultātu savstarpēja saistīšana loģiskā sprieduma izdarīšanai – respektīvi, pielietots gadījuma izpētes metodē Steika (Stake, 2000) un citu autoru ieteiktais triangulācijas process, kas nodrošina pētījuma zinātnisko stiprumu.

3.2. SLIMNĪCU ATTĪSTĪBAS TENDENCES LATVIJĀ

Lai raksturotu vidi, kurā Latvijas slimnīcām ir jāadaptējas, un virzienus, kuros ir jāvada pārmaiņas tajās, ir jānovērtē Latvijas slimnīcu attīstības tendences pēdējās desmitgadēs.

Pārmaiņas Latvijas slimnīcu sektorā pamatā nosaka gan veselības aprūpes sistēmas maiņa, mainoties agrākajai plānveida ekonomikai uz tirgus ekonomiku, gan arī globālas tendences veselības aprūpē un sabiedrībā kopumā attīstītajās valstīs. Padomju veselības aprūpes sistēma lielā mērā balstījās tieši uz masīvu slimnīcu sektoru, taču tā pieaugošā neefektivitāte iedzīvotāju kopējās veselības aprūpes nodrošināšanā tirgus ekonomikas apstākļos bija galvenais stimuls ambulatorai un primārai aprūpei kā izmaksu efektīvākai alternatīvai slimnīcām. Latvijas veselības aprūpes sistēmā šodien pastāv daudz hospitalizācijai alternatīvu veidu veselības aprūpē, un slimnīca jau tagad ir iesaistīta arī ambulatorajā aprūpē, kas norāda slimnīcas ilgtspējīgas attīstības saistību ar tās spēju attīstīt slimnīcas pakalpojumu iespējami labāku integrāciju ar citiem veselības aprūpes posmiem (skat. 3.1. attēlu).



3.1. attēls. Pacientu plūsma Latvijas veselības aprūpes sistēmā.

Avots: (Mitenbergs et al., 2012a)

3.1. attēlā fiksētās pacientu plūsmas ietekmē darba iepriekšējā daļā analizētās pārmaiņas, ārstu lēmumi un arī valsts regulējošā loma veselības aprūpē. Pieprasījumu veselības aprūpē veido pacienta paša vēlme/vajadzība izmantot veselības aprūpes resursu, kā arī ārsta kontrolētais pieprasījums situācijā, kad pacienta vēlme/vajadzība nav realizējama bez ārsta nosūtījuma. Savukārt valsts regulējošā loma visvairāk izpaužas veselības aprūpes pakalpojumu piedāvājumā, nosakot attiecīgus apmaksas noteikumus konkrētā pakalpojuma sniedzējiem.

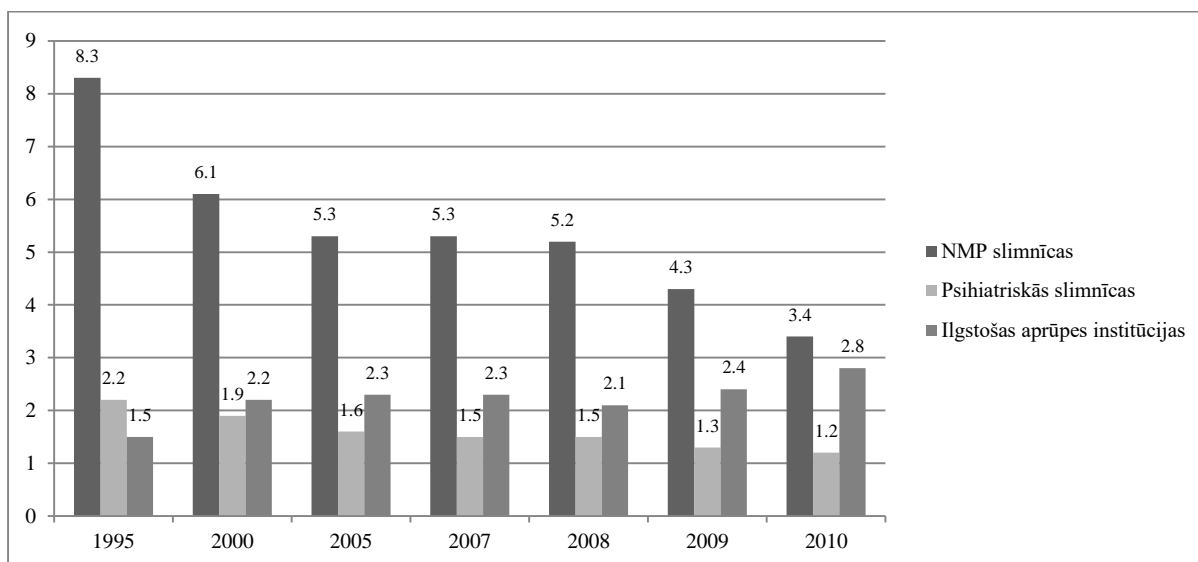
Veicinot hospitalizācijai alternatīvu ārstēšanas iespēju attīstību un attiecīgi mainoties pacientu plūsmām, Latvijā pēdējā desmitgadē slimnīcu sektorā ir turpinājušās būtiskas pārmaiņas. Vēl šī gadsimta sākumā Latvijā uz 100 000 iedzīvotājiem bija gandrīz sešas slimnīcas, bet 2011. gadā to jau bija mazāk par trīs. Tajā pašā laikā par 27% ir sarucis arī slimnīcās ārstēto pacientu skaits un arī par 27% sarucis vidējais šo pacientu ārstēšanas laiks. Likumsakarīgi, ka daļa slimnīcu infrastruktūru šī procesa ietvaros sākotnējās funkcijas pildīšanai vairs nav nepieciešamas. Tā salīdzinoši īsā laika posmā, no 2006. gada līdz 2010. gadam, gultu skaits slimnīcās samazinājās vairāk nekā par 35 procentiem (HFA-DB, 2012) un turpināja samazināties turpmākos gados (skat. 3.1. tabulu).

Slimnīcu un slimnīcu gultu skaita dinamika Latvijā laika posmā no 2008. gada līdz 2013. gadam

(Avots: (SPKC, 2013))

Gads	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Stacionāru skaits	88	69	67	70	66	65
Vidējais gultu skaits	16907	14434	11920	12111	11972	11673
Vidējais gultu skaits uz 10 000 iedzīvotājiem	77,7	67,4	56,8	58,8	58,9	58,0
Vidējais gultu noslogojums %	79,34	68,82	74,65	74,81	73,09	73,45

Apskatot kopējo gultu skaita samazināšanās tendenci, ir jāsecina, ka visstraujāk gultu skaits aizvadītajos gados ir samazinājies tieši daudzprofilu neatliekamās palīdzības slimnīcās (skat. 3.2. attēlu).



3.2. attēls. Gultu skaita izmaiņas uz 1000 iedzīvotājiem dažāda tipa slimnīcās Latvijā

(Avots: (Mitenbergs et al., 2012a))

Analizējot NVD datus par laika posmu no 2004. gada līdz 2011. gadam, var secināt, ka slimnīcu darbība pakāpeniski ir koncentrējusies. Tā 2010. gadā Latvijā no vairāk kā 311 000 slimnīcu pacientiem 85 procenti pacientu ārstējās daudzprofilu neatliekamās palīdzības slimnīcās, pārējie 15 procenti bija pacienti vai nu viena profila specializētās ārstniecības iestādēs, vai ilgstošas aprūpes ārstniecības iestādēs un no vairāk kā 264 000 daudzprofilu neatliekamās palīdzības slimnīcu pacientiem vairāk kā 80 procentu ārstējās 10 lielākajās valsts slimnīcās, kamēr pārējās 10 mazākajās slimnīcās kopā ārstējās nepilni 20 procenti pacientu (NVD 2012). Šīs desmit lielākās slimnīcas, kurās ārstējas vairums Latvijas slimnīcu pacientu, ir septiņas reģionālās slimnīcas Daugavpilī, Liepājā, Valmierā, Rēzeknē, Jēkabpilī, Ventspilī un Jelgavā un trīs slimnīcas Rīgā – P. Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca, Rīgas Austrumu klīniskā

universitātes slimnīca un Bēnu Klīniskā universitātes slimnīca. Visas minētas slimnīcas atbilst lielu uzņēmumu kategorijai (Lursoft, 2012).

Neraugoties uz pakāpenisko slimnīcu skaita, gultu un stacionēto pacientu skaita samazināšanos, piecu gadu laikā, no 2004. g līdz 2008. g., ieskaitot, valsts budžeta finansējums slimnīcu sektoram pieauga vairāk nekā divas reizes – no 147 milj. EUR līdz nepilniem 320 milj. EUR. Sākoties ekonomiskajai krīzei, valsts kopīgais finansējums veselības aprūpei būtiski samazinājās un 2011. g. slimnīcas no valsts budžeta saņēma vairs tikai nepilnus 200 milj. EUR, un ar valdības lēmumu par aptuveni 20 % tika samazināta ārstniecības personāla atalgojuma minimālā likme. Tajā pašā laikā samazināto valsts budžeta finansējumu slimnīcas daļēji varēja kompensēt, piesaistot vairāk privāto maksājumu, jo no 2009. g. būtiski tika palielināts pacientu obligātais līdzmaksājums par ārstēšanu, kā arī tika veicināta iespēja piedāvāt par maksu tos pakalpojumus, kuru veikšanai nepieciešamajā apjomā valsts budžeta finansējums bija nepietiekams. Vienlaikus ar finansiāliem stimuliem tika veicināta plašāka slimnīcu iesaistīšanās izmaksu efektīvāko dienas stacionāro, ambulatoro un pirmsstacionāro neatliekamās palīdzības nodaļu pakalpojumu attīstīšanā (Mitenbergs et al., 2012b).

Šādu jaunu darbības formu attīstību Latvijas slimnīcās var uzskatīt par to pavērsienu procesa orientācijas virzienā, jo jauno pakalpojumu un struktūru attīstība notika, ņemot vērā nevis funkciju sadalījumu starp ārstniecībā iesaistīto personālu, bet ievērojot homogēnu pacientu grupu vajadzības. Tādējādi tika uzsākta vienas specialitātes robežas pārkāpjošu aprūpes procesu veidošana nolūkā iespējami efektīvāk izmantot pieejamos resursus un uzlabot pakalpojumu sniegšanas kvalitāti. Tomēr šādas pārmaiņas izvirza vēl nebijušus vadīšanas uzdevumus slimnīcā – panākt tās darbinieku un struktūru horizontālu sadarbību.

Darba samaksas sistēmas maiņas slimnīcās – tāpat ārējas ietekmes rezultātā pārmaiņas slimnīcās daļēji jau šobrīd var uzskatīt par tādām, kas palielina nepieciešamību pēc esošo klīnisko procesu pārveides un efektīvas to vadīšanas ikdienā. Līdz ar to aizvien nepieciešamāka kļūst pārejas uz procesu orientāciju vadīšanu sistēmas izveide un ieviešana. Tomēr šobrīd vēl procesu orientētas pārmaiņas galvenokārt ir tikai izmaksu efektivitātes palielināšanas motivētas, un pacienta kā slimnīcas klienta perspektīva tajās var arī nebūt pārstāvēta. Jau notiekošās pārmaiņas Latvijas slimnīcās attiecībā uz pacientu grupu ar līdzīgām vajadzībām aprūpi liecina, ka vadīšana atbilstoši funkcionālām vajadzībām saglabājas un procesu orientācija tajās vēl ir ļoti nepilnīga (skatīt 3.2. tabulu).

Pacientu grupu ar homogēnām vajadzībām aprūpe funkcionāli orientētā un uz procesu orientētā slimnīcā salīdzinājumā ar reālo situāciju Latvijas slimnīcās

(Avots: autora izveidota tabula izmantojot Latvijas Republikas Nacionālā veselības dienesta informāciju)

Homogēnās vajadzības	Vajadzības izpildes nodrošināšana uz funkcijām orientētā slimnīcā	Vajadzības izpildes nodrošināšana uz procesiem orientētā slimnīcā	Situācija Latvijas slimnīcās ⁹
Pacientam ir nepieciešama palīdzība, iestājoties slimnīcā	Pēc iespējas tiek nodrošināta attiecīgās specialitātes nodaļā	Tiek nodrošināta ar attiecīgiem resursiem nodrošinātā neatliekamās palīdzības struktūrvienībā	Jau šobrīd „uzņemšanas nodaļās”, kas noformē dokumentāciju pacienta nosūtīšanai uz specializētu nodaļu, tiek pārveidotas par specializētas neatliekamās medicīniskās palīdzības (NMP) nodaļām, kur palīdzība tiek sniegta uz vietas. NMP nodaļām ieviests fiksēts (tāmes) maksājums.
Pacientam ir nepieciešama intensīva terapija	Papildus intensīvās terapijas nodaļai, arī specializētajās nodaļās bieži ir izveidotas intensīvās terapijas palātas	Pacienti, kam ir nepieciešama intensīva terapija, tiek ārstēti vienkopus, tiek izveidotas vairāku līmeņu intensīvās terapijas nodaļas	Lielākoties saglabājas funkcionāli orientētai slimnīcai raksturīgā intensīvās terapijas palātu sistēma specializētajās nodaļās. Tiek veicināta observācijas gultu izveide pie NMP nodaļām to pacientu ārstēšanai, kam, iestājoties slimnīcā, intensīva terapija vai novērošana varētu būt nepieciešama mazāk kā diennakti.
Pacientam ir nepieciešama palīdzība plānveida kārtībā	Ārstēšana attiecīgās specialitātes nodaļā, kurā ārstēšanas process var tikt pārtraukts, ja resursi ir nepieciešami pacientam ar neatliekamām vajadzībām	Ārstēšanas procesu nepagarina resursu dalīšana ar pacientiem ar neatliekamām vajadzībām	Plānveida pacientu ārstēšana atsevišķās nodaļās nav raksturīga. Tiek attīstīts dienas stacionārs – nodaļa plānveida ārstējamiem pacientiem, kam nav nepieciešamības tikt medicīniski uzraudzītam pa nakti
Nepieciešamais ārstēšanas ilgums ir viena vai divas dienas	Ārstēšana notiek attiecīgās specialitātes nodaļā, resursi tiek dalīti ar pacientiem, kam ir citas vajadzības	Pacienti ar īsu paredzamo ārstēšanas ilgumu tiek ārstēti vienkopus, nepieciešamie dažādu specialitāšu resursi tiek piesaisīti pēc vajadzības	Izveidotas dienas stacionāra struktūrvienības plānveida īslaicīgi ārstējamiem pacientiem un observācijas struktūrvienības neatliekami īslaicīgi ārstējamiem pacientiem
Nepieciešama ilgstoša atrašanās slimnīcā pamatā aprūpes vajadzību dēļ.	Ārstēšana notiek attiecīgās specialitātes nodaļā, resursi tiek dalīti ar pacientiem, kam ir citas vajadzības	Pacienti ar garu paredzamo ārstēšanas ilgumu tiek aprūpēti vienkopus. Tiek attīstīti servisi, kas nodrošina aprūpi dzīvesvietā	Slimnīcās tiek veidotas aprūpes nodaļas, tiek attīstīti māsu mājās aprūpes dienesti. Tomēr ne visas slimnīcas ilgstošas aprūpes iespējas ir attīstījušas vienmērīgi

⁹ Situācija Latvijā pētīta, balstoties uz izmaiņām veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas noteikumos (Ministru kabineta noteikumi Nr. 1046), kuros tiek definēti dažādu slimnīcu darbības profili, tajās realizējamās programmas un apmaksājamās manipulācijas, kā arī NVD mājās lapā pieejamā informācija par ikgadējiem NVD un slimnīcu līguma nosacījumiem un to izpildi.

Homogēnās vajadzības	Vajadzības izpildes nodrošināšana uz funkcijām orientētā slimnīcā	Vajadzības izpildes nodrošināšana uz procesiem orientētā slimnīcā	Situācija Latvijas slimnīcās ⁹
Nepieciešams augsts māsu aprūpes intensitātes līmenis pacientu fiziskas mazspējas dēļ	Ārstēšana notiek attiecīgās specialitātes nodaļā, tajā tiek uzturēti resursi šādu pacientu vajadzību dēļ. Šie resursi ne vienmēr ir noslogoti	Pacienti ar līdzīgām aprūpes vajadzībām tiek ārstēti vienkopus, paredzot tam attiecīgos resursus	Dažādu specialitāšu pacienti vienkopus tiek ārstēti tikai intensīvās terapijas nodaļās – vienojošā pazīme ir dzīvības funkciju uzturēšana ārsta – reanimatologa uzraudzībā
Nepieciešams augsts māsu aprūpes intensitātes līmenis pacienta traucēta apziņas stāvokļa dēļ	Ārstēšana notiek attiecīgās specialitātes nodaļā, tajā tiek uzturēti resursi šādu pacientu vajadzību dēļ. Šie resursi ne vienmēr ir noslogoti	Pacienti ar līdzīgām aprūpes vajadzībām tiek ārstēti vienkopus, paredzot tam attiecīgos resursus	Dažādu specialitāšu pacienti vienkopus tiek ārstēti tikai intensīvās terapijas nodaļās – vienojošā pazīme ir dzīvības funkciju uzturēšana ārsta – reanimatologa uzraudzībā
Nepieciešama speciāla vecuma atkarīga aprūpe	Atsevišķi tiek ārstēti tikai bērni	Tiek ņemtas vērā vecu cilvēku īpašās saudzīgas ārstēšanas un aprūpes vajadzības – tiek veidotas geriatriskas nodaļas	Vecāka gadagājuma pacientu grupēšana atbilstoši sasniegtam vecumam netiek praktizēta. Veci cilvēki pagaidām netiek ārstēti un aprūpēti specializētās nodaļās
Nepieciešamība izolēt no citiem pacientiem (terminalas aprūpes gadījumā var inficēt citus, u.c. gadījumi)	Ārstēšana notiek attiecīgās specialitātes nodaļā, tajā tiek uzturēti resursi šādu pacientu vajadzību dēļ. Šie resursi ne vienmēr ir noslogoti	Pacienti ar šādām vajadzībām tiek aprūpēti vienkopus	Tikai ar definētām infekciju slimībām slimojošie tiek ārstēti atsevišķās slimnīcās vai nodaļās. Tiek veidotas nodaļas paliatīvai aprūpei, tomēr to attīstības pakāpe nav vienāda visās slimnīcās

Tāpat esošā situācija slimnīcās liecina, ka to darbībā vēsturiskā orientācija uz funkcijām lielā mērā ir saglabāta. Tomēr ārēja spiediena apstākļos uz procesiem orientētas strukturālas pārmaiņas atsevišķos līmeņos jau notiek – bijušās uzņemšanas nodaļas ir kļuvušas par pamatu starp specialitāšu neatliekamās aprūpes struktūrvienībām, ir izveidotas dienas stacionāra nodaļas, kurās arī pacienti tiek ārstēti vienkopus, balstoties nevis uz to kopēju vajadzību saņemt noteiktas specialitātes nodrošinātu ārstēšanu, bet uz vajadzību šo ārstēšanu nodrošināt vienas dienas laikā. Tāpat par pacientu aprūpes vajadzību prioritāru ievērošanu liecina arī nodaļu izveide pacientiem, kam pamatā ir nepieciešama tikai aprūpe māsu līmenī. **Tomēr pārmaiņas procesu orientācijas virzienā, tikai mainot esošo struktūru un izveidojot jaunas, vairāk uz viendabīgu pacientu aprūpi orientētas struktūrvienības, ir nepilnīgas, jo procesu orientācija pacientu ārstēšanā tomēr nav iedomājama bez izveidotas sistēmas un darba kultūras, kas nodrošina uz pacientu centrēta ārstēšanas procesa efektīvu norisi, tam arī šķērsojot struktūrvienību un varbūt arī pat organizāciju robežas (skat. arī uz procesiem orientētas slimnīcas raksturojumu 2.2. nodaļā).**

Tāpat virzību uz procesu orientāciju Latvijas slimnīcās var uzskatīt par uzsāktu, bet, tās realizēšanai ievērojot visu iesaistīto pušu, un pirmkārt jau pacienta kā slimnīcas klienta intereses, ir vajadzīga īpaša vadības sistēma. Tā kā līdzšinējās pārmaiņas lielā mērā nosaka ārēji stimuli un padziļināta individuālu gadījumu izpēte, ir nepieciešama šādas sistēmas izveide. Lai vērtētu vadības sistēmas elementus, kas nosaka slimnīcu ārstu darbības rezultātu atšķirības, darba turpinājumā tiek pētītas slimnīcu atšķirības adaptējoties līdzīgām ārējās vides prasībām, un šo atšķirību iemesli.

3.3. LATVIJAS LIELO REĢIONĀLO SLIMNĪCU VADĪŠANAS UN ĀRSTU PROFESIONĀLĀS DARBĪBAS IETEKMES NOVĒRTĒJUMS

Latvijas lielo reģionālo slimnīcu vadīšanas un ārstu profesionālās darbības ietekmes novērtējuma mērķis ir noskaidrot atbildes uz sekojošiem jautājumiem:

1. Cik lielā mērā slimnīcu ārstnieciskās darbības atšķirīgo rezultātu iemesls ir: a) attiecīgā reģiona iedzīvotāju atšķirīga veselības aprūpes situācija ārpus slimnīcas un b) uz procesu orientētu hospitalizācijai alternatīvu pakalpojumu izmantošanas intensitāte pašās slimnīcās?
2. Vai Latvijas reģionālo neatliekamās palīdzības daudzprofilu slimnīcu ārstnieciskās darbības rezultāti būtiski atšķiras?
3. Kādas ir atšķirības ārstu profesionālās darbības vadīšanā un klīniskā procesa norisē divās slimnīcās, kuru ārstnieciskās darbības rezultāti savstarpēji atšķiras visvairāk?

Lai iegūtu atbildes uz izvirzītajiem jautājumiem, tika izpildīti sekojošie pētniecības uzdevumi: 1) visu Latvijas slimnīcu ārstnieciskās darbības rezultātu regresijas analīze korelāciju noteikšanai attiecībā uz ārpus slimnīcas veselības aprūpi raksturojošiem rādītājiem, kuriem varētu būt ietekme uz pieprasījuma pēc slimnīcu pakalpojumiem veidošanos, un attiecībā uz procesa orientētu pakalpojumu izmantošanas intensitāti pašā slimnīcā (izmantota NVD VIS datubāzes viena pilna gada (2011) detalizēti dati par iedzīvotājiem sniegtajiem valsts apmaksātajiem pakalpojumiem stacionāros, ambulatorā aprūpē visās 118 Latvijas pirmā līmeņa pašvaldībās); 2) lai izvēlētos tālākai padziļinātai kvalitatīvai izpētei divus savstarpēji visatšķirīgākos gadījumus līdzīgu slimnīcu grupā, tika veikta septiņu lielo Latvijas reģionālo slimnīcu ārstnieciskās darbības rezultātu izpēte, nosakot hospitalizāciju, gada laikā atkārtotu hospitalizāciju un slimnīcas nodrošinātu hospitalizācijai alternatīvo pakalpojumu izmantošanas biežumu slimnīcu aprūpes teritorijās iedzīvotāju populācijā (skaidrojumu, kāpēc izpētē iekļautas tikai reģionālās slimnīcas, skat. 110. lpp), un 3) tika veikta padziļināta kvalitatīva ārstnieciskās darbības rezultātu izpēte divām slimnīcām, starp kurām kvantitatīvajā izpētes posmā tika konstatētas vislielākās atšķirības, nolūkā noskaidrot slimnīcas vadības ietekmi un vadības sistēmas elementus, kas nosaka atšķirīgo adaptāciju mainīgās ārējās vides

prasībām. Pāra gadījuma analīze balstījās uz attiecīgo slimnīcu darbības konteksta faktuaļu izpēti un padziļinātām slimnīcu vadības pārstāvju intervijām, un šīs izpētes rezultātus autors darba turpinājumā pielieto metodoloģijas izveidē pārejai uz procesu orientētu vadīšanu slimnīcā.

Lai iespējami precīzi noteiktu slimnīcu vadīšanas un ārstu profesionālās darbības ietekmi uz slimnīcu ārstnieciskās darbības rezultātiem, valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanas intensitāte tika analizēta tikai iedzīvotājiem, kas ir vecāki par 65 gadiem – tai populācijas daļai, kuras veselības problēmu sarežģījumi biežāk ir saistīti ar kādu hronisku slimību, un slimnīcas ārstam pastāv lielākas iespējas izvēlēties hospitalizācijai alternatīvu veselības aprūpi nekā akūtu slimību gadījumos. Šajā vecuma grupā pastāv arī lielāka iespēja, ka intensīvāka ambulatoru veselības aprūpes pakalpojumu izmantošana varētu samazināt nepieciešamību pēc ārstēšanās slimnīcā.

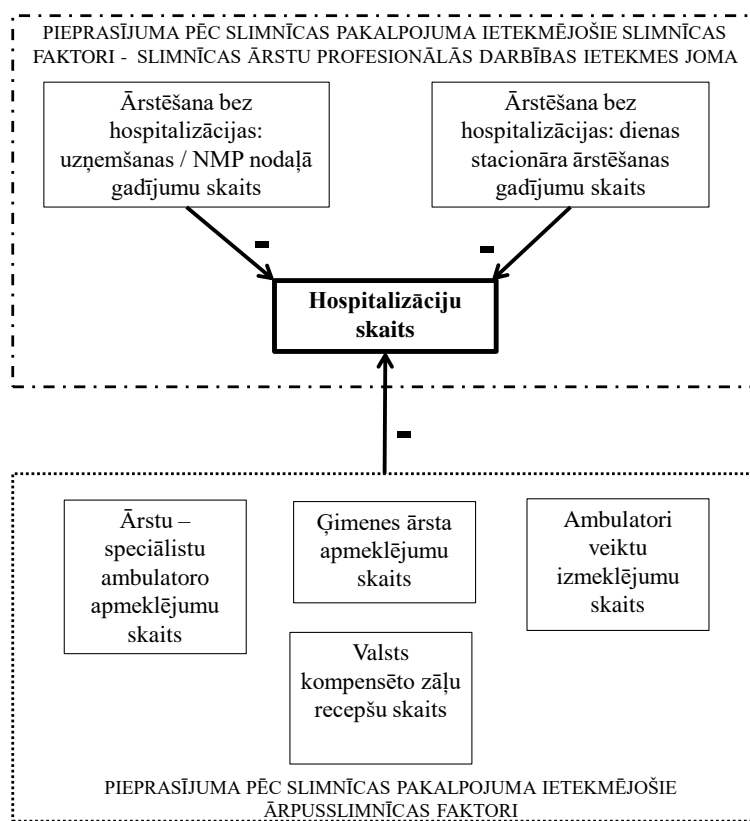
Kā kritērijus, kas raksturo slimnīcu ārstnieciskās darbības rezultātus, šī pētījuma ietvaros autors izvēlas analizēt tikai tos slimnīcas ārstu profesionālās darbības kopējos rezultātus, kas atspoguļo pieprasījumu pēc slimnīcas pakalpojuma – tāpat tika analizēts hospitalizāciju skaits (skaits uz 1 attiecīgās vecuma grupas iedzīvotāju), bet kā slimnīcas iekšējie faktori, kas varētu ietekmēt pieprasījumu pēc hospitalizācijas, tika analizēta slimnīcas ārstu izvēle pielietot hospitalizācijai alternatīvus uz procesu orientētus pakalpojumus: 1) slimnīcu uzņemšanas un pirmās palīdzības nodaļās apkalpoto, bet nehospitalizēto pacientu skaits, 2) ārstēšanas gadījumu skaits dienas stacionārā.

Lai noteiktu to, cik lielā mērā atšķirības slimnīcu ārstnieciskās darbības rezultātos ietekmē ārējie faktori – iespējami atšķirīgs slimnīcas līmeņa veselības aprūpes pieprasījums, kuru teorētiski varētu mainīt attiecīgās teritorijas iedzīvotāju intensīvāka vai mazāk intensīva alternatīvu ambulatoru veselības pakalpojumu izmantošana –, tika vērtēti arī tādi rādītāji kā: 1) ģimenes ārstu apmeklējumu skaits, 2) ambulatoru konsultāciju skaits pie speciālistiem, 3) ārsta nozīmētu ambulatoru izmeklējumu skaits, 4) ārsta izrakstīto valsts kompensēto zāļu recepšu skaits.

Pētījuma ietvaros tiek pieņemts, ka gan pozitīva, gan negatīva ietekme uz hospitalizāciju skaitu var būt saistīta ar slimnīcas ārstu profesionālās darbības kontrolētiem apstākļiem (ārstēšana uzņemšanas / neatliekamās medicīniskās palīdzības (NMP) nodaļā bez hospitalizācijas, ārstēšana dienas stacionārā bez hospitalizācijas samazina hospitalizāciju skaitu, savukārt atkārtota hospitalizācija palielina kopējo hospitalizāciju skaitu). Tāpat tiek pieņemts, ka intensīvāka tādu ārpus slimnīcas pakalpojumu izmantošana kā ģimenes ārstu apmeklēšana, speciālistu apmeklēšana, ambulatori izmeklējumi un valsts apmaksāto medikamentu lietošana samazina nepieciešamību pēc hospitalizācijas. Kopējā veselības aprūpes sistēmas efektivitātes palielināšana tiek saistīta ar to faktoru veicināšanu, kas intensificē izmaksu efektīvākos

pasākumus – ģimenes ārsta aprūpi, specializētu aprūpi ambulatori un mazina pieprasījumu pēc izmaksu ietilpīgākiem risinājumiem – hospitalizācijas.

Slimnīcas ārstu profesionālās darbības ietekmes sfēras raksturojoši rādītāji primāri tiek analizēti pret kopējo hospitalizāciju skaitu (skat. 3.3. attēlu), sagaidot, ka ar to negatīvi korelē ārstēšanās reižu skaits NMP nodaļā bez stacionēšanas un ārstēšanās biežums dienas stacionārā, kā arī to, ka intensīvāku slimnīcu pakalpojumu ietekmējošo ārpusnīcas pakalpojumu izmantošanas biežums negatīvi korelē ar nepieciešamību saņemt slimnīcas pakalpojumus.



zīme “-” – apzīmē hospitalizāciju skaitu mazinošu ietekmi

3.3. attēls. Dažādu faktoru ietekmes uz hospitalizāciju skaitu un pieprasījumu pēc slimnīcu pakalpojuma modelis

Avots: Autora veidots attēls

Šis modelis dažādu faktoru ietekmei uz hospitalizāciju skaitu un pieprasījumam pēc slimnīcu pakalpojuma atbilst arī darba iepriekšējā nodaļā aprakstītajām vadošajām tendencēm gan Latvijā, gan citās attīstītajās valstīs attiecībā uz slimnīcu lomas maiņu, tajās samazinot tradicionālās hospitalizācijas, attīstot alternatīvu risinājumus, kas samazina pieprasījumu pēc slimnīcu dārgās infrastruktūras un personāla izmantošanas.

Atbildot uz izpētes pirmā jautājuma pirmo daļu „cik lielā mērā slimnīcu ārstnieciskās darbības atšķirīgo rezultātu iemesls ir: a) atšķirīga attiecīgā reģiona iedzīvotāju veselības aprūpes situācija ārpus

slimnīcas?”, šajā pētījuma posmā ir nepieciešams analizēt ambulatoro pakalpojumu izmantošanas intensitātes iespējamo korelāciju ar izvēlētajiem slimnīcu ārstnieciskās darbības rezultatīvajiem rādītājiem.

Atbilstoši autora izstrādātajam dažādu faktoru ietekmes uz hospitalizāciju skaitu un pieprasījumu pēc slimnīcu pakalpojuma modelim (skat. 3.3. attēlu 104. lpp.), hospitalizācijas un atkārtotas hospitalizācijas varētu būt novēršamas, izvēloties alternatīvu ārstēšanu un aprūpi ārpus slimnīcas.

Veicot ārpus slimnīcu pakalpojumu izmantošanas intensitātes aprēķinus pilsētās, ir jāsecina, ka intensīvāka ambulatoro pakalpojumu izmantošana ne vienmēr nozīmē mazāk hospitalizāciju, piemēram, tieši pretēji, Daugavpilī vienlaikus ir arī vairāk hospitalizāciju. Savukārt Liepājā, kur hospitalizāciju skaits ir mazāks, salīdzinoši zema ir arī ambulatoro pakalpojumu izmantošana. (skat. 3.3. tabulu).

3.3. tabula.

Ārpus slimnīcas pakalpojumu skaits uz vienu iedzīvotāju Latvijas lielajās pilsētās 2011. gadā

Pilsēta	Ģimenes ārstu apmeklējumu skaits	Speciālistu apmeklējumi ar ģimenes ārsta nozīmējumu	Ārsta nozīmētu ambulatoru izmeklējumu skaits	Valsts kompensēto zāļu recepšu skaits	Ambulatoro pakalpojumu skaits kopā	Hospitalizāciju skaits
Rīga	2.4	3.1	0.7	8.8	15.04	0.27
Daugavpils	2.5	2.9	1.7	10.3	17.39	0.35
Jelgava	2.6	3.1	1.0	9.8	16.49	0.31
Jēkabpils	1.7	2.8	1.3	7.5	13.24	0.34
Jūrmala	2.5	3.6	0.6	8.1	14.87	0.28
Liepāja	1.9	2.7	1.0	8.8	14.40	0.25
Rēzekne	2.0	3.0	1.5	9.2	15.69	0.32
Valmiera	1.8	2.9	0.9	9.9	15.39	0.29
Ventspils	1.9	2.2	0.5	8.1	12.66	0.32

Šī sagaidāmajam teorētiskajam priekšstatam pretējā, nevis apgrieztā, bet tiešā sakarība starp slimnīcas pakalpojumu un ambulatoro pakalpojumu izmantošanas intensitāti (kas gan nav vērojama visu slimnīcu gadījumā) var tikt skaidrota ar slimnīcas pašas hospitalizācijai alternatīvo piedāvāto pakalpojumu izmantošanas pozitīvo ietekmi ne tikai uz efektīvāku slimnīcas ar hospitalizācijām saistītā resursa izmantošanu, bet arī uz samazinātu nepieciešamību pēc četriem ambulatoriem pakalpojumiem.

Lai ticami spriestu par ārpus slimnīcas faktoru ietekmi uz pieprasījumu pēc slimnīcu pakalpojuma Latvijā, balstoties uz visu Latvijas administratīvo teritoriju iedzīvotāju sagrupētiem datiem, tika veikta korelāciju analīze attiecībā uz visiem hospitalizāciju teorētiski ietekmējošajiem faktoriem. Korelāciju analīzes rezultāti apliecina, ka Latvijas apstākļos nav iespējams apgalvot, ka tādi ārpus slimnīcas faktori kā lielāks ģimenes ārstu apmeklējuma biežums, speciālistu apmeklējuma ambulatorās konsultācijās biežums,

ambulatori veikto izmeklējumu biežums statistiski ticami korelētu ar samazinātu nepieciešamību pēc iedzīvotāju hospitalizācijas slimnīcās. (skat. 3.4. tabula).

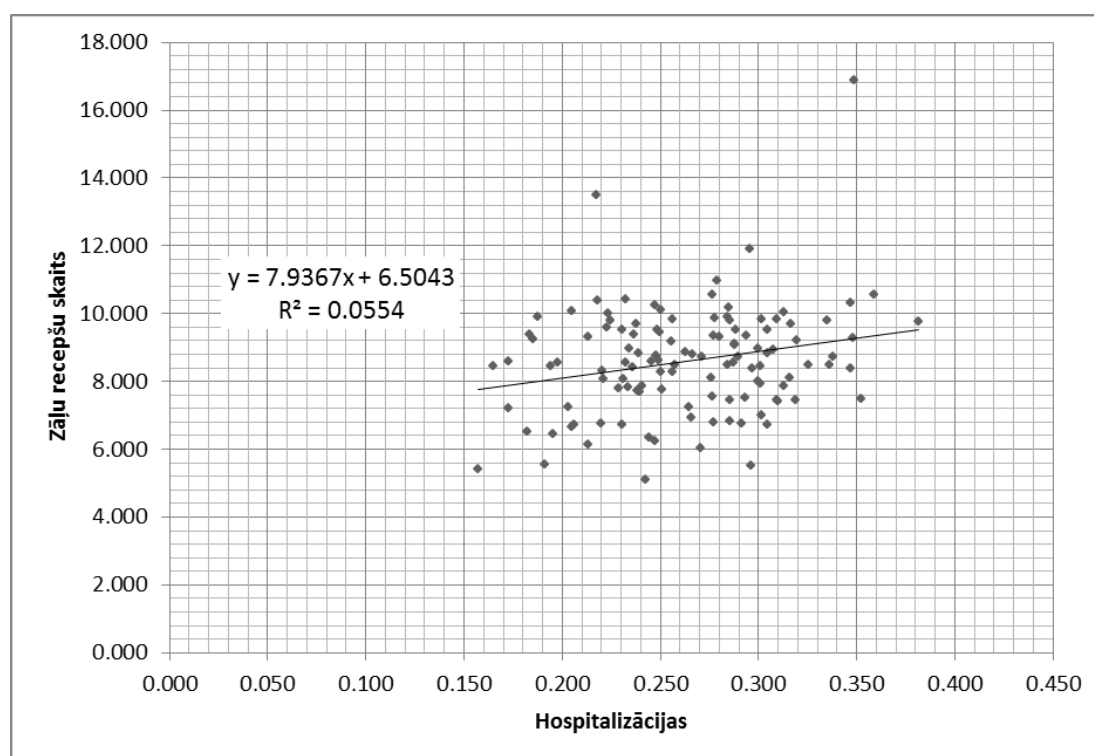
3.4. tabula

Administratīvo teritoriju (n=118) iedzīvotāju hospitalizāciju skaitu ietekmējošo ārpus slimnīcas faktoru korelāciju analīze

	Speciālistu apmeklējumi ambulatori	Ambulatori veiktu izmeklējumu skaits	Ģimenes ārstu apmeklējumu skaits	Kompensēto zāļu recepšu skaits
Pīrsona korelācijas koeficients	.120	.103	.042	.235*
Statistiskais nozīmīgums	.195	.269	.651	.010
Teritoriju skaits	118	118	118	118

* 0.05 līmeņa nozīmīga korelācija.

Korelāciju analīze arī uzrāda, ka valsts apmaksāto medikamentu lietošana ir vienīgais ārpus slimnīcas faktors, kas vāji ($r^2=0.055$) korelē ($p<0.05$) ar hospitalizāciju biežumu, pie tam uzrādot pozitīvu, nevis sagaidīto negatīvu korelāciju (skat. 3.4. attēlu).



3.4. attēls. Hospitalizāciju biežuma un zāļu lietošanu korelācija administratīvajās teritorijās 2011. gadā (n=118)

Līdz ar to varētu sagaidīt, ka teritorijās, kurās vairāk tiek lietoti medikamenti, biežākas varētu būt arī hospitalizācijas. Šī novērojuma korelācijas vājums, ņemot vērā, ka pētījumā ir izmantoti tikai viena gada

dati, neļauj izdarīt kādus secinājumus par tā iemesliem, neveicot papildus, vēlams longitudinālu datu izpēti. Tomēr pārliecinošs negatīvas korelācijas iztrūkums apgāž bieži izskanējušu apgalvojumu par nepietiekamu valsts apmaksāto zāļu pieejamību, kā biežu iemeslu paaugstinātam pieprasījumam pēc slimnīcu pakalpojuma. Tā, piemēram, salīdzinoši, ārsti Daugavpilī uz vienu iedzīvotāju gadā izraksta par 15% vairāk valsts kompensētās zāles ambulatorai lietošanai nekā Liepājā, tomēr pieprasījums pēc slimnīcas pakalpojuma mazāks ir Liepājā.

Kopumā novērtējot ārpus slimnīcu faktoru ietekmi uz hospitalizāciju skaitu, var secināt, ka **ar atšķirībām slimnīcu ārējā vidē nevar tikt skaidrotas hospitalizācijas biežuma atšķirības slimnīcās un atšķirīgā pieprasījuma pēc hospitalizācijas cēloņi ir jāmeklē slimnīcas iekšējā vidē.**

Atbildot uz izpētes pirmā jautājuma otro daļu „cik lielā mērā slimnīcu ārstnieciskās darbības atšķirīgo rezultātu iemesls ir: (...) b) procesa orientētu hospitalizācijai alternatīvu pakalpojumu izmantošanas intensitāte pašās slimnīcās?”, veiktā regresijas analīze uzrādīja hospitalizāciju skaita negatīvas korelācijas tendenci (bez statistiskas ticamības) pret pirmshospitalizācijas pakalpojuma pieejamību slimnīcas uzņemšanas / neatliekamās palīdzības nodaļā (vienlaikus apliecinot to, ka šī pakalpojuma intensīvāka izmantošana vismaz nepalielina hospitalizāciju skaitu) (skat. 3.5. tabulu).

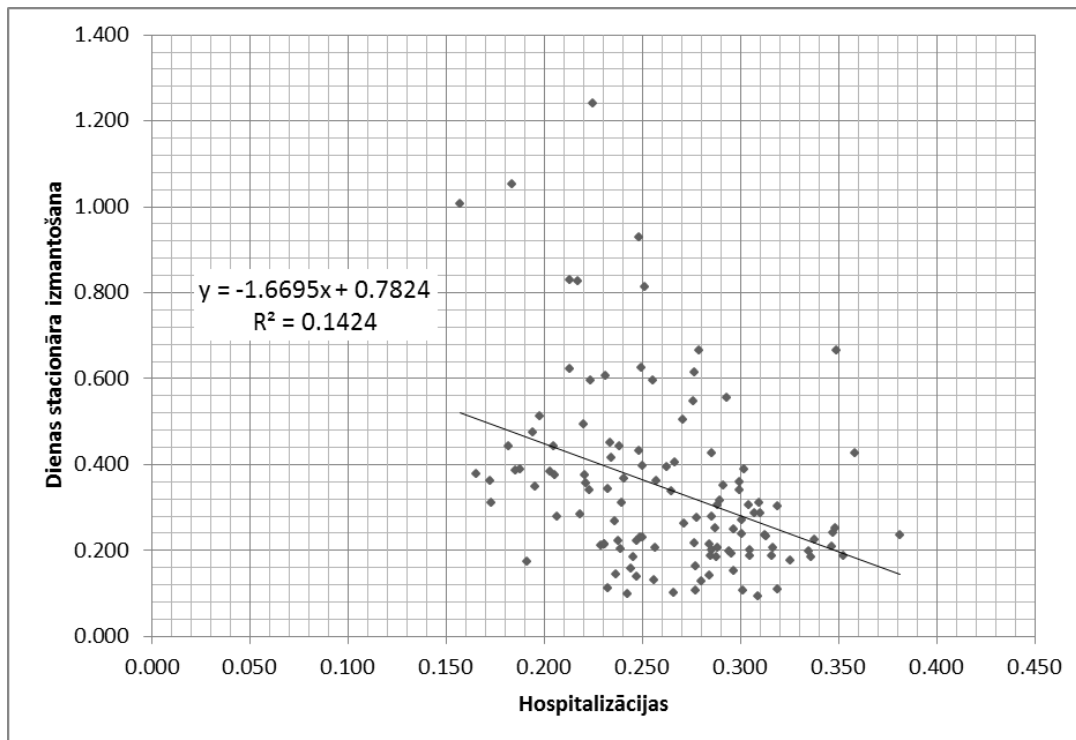
3.5. tabula.

Administratīvo teritoriju (n=118) iedzīvotāju hospitalizāciju skaitu ietekmējošo slimnīcas faktoru korelāciju analīze

	Ambulatoras palīdzības gadījumi uzņemšanas nodaļā	Ārstēšanas gadījumu skaits dienas stacionārā
Pīrsona korelācijas koeficients	-.124	-.377**
Statistiskais nozīmīgums	.180	.000
Teritoriju skaits	118	118

** 0.01 līmeņa nozīmīga korelācija.

Savukārt statistiski ticama ($p < 0.01$) negatīva vidēji izteikta korelācija ($r^2 = 0.14$) hospitalizāciju skaitam bija ar dienas stacionāra izmantošanu, kas norāda uz šī pakalpojuma lietderību slimnīcas resursu efektīvākā izmantošanā (skat. 3.5.attēlu).



3.5. attēls. Hospitalizāciju un dienas stacionāra izmantošanas korelācija administratīvajās teritorijās 2011. gadā (n=118)

Līdz ar to var secināt, ka atšķirībā no ārpusslimnīcas faktoriem, ārstu izvēle klīniskajā procesā ietekmē pieprasījumu pēc hospitalizācijas – **slimnīcas iekšējā vide ietekmē pieprasījumu pēc hospitalizācijas vairāk nekā ārējā vide**. Atšķirības ārpusslimnīcas pakalpojumu izmantošanā – ambulatoru vizīšu biežums pie ģimenes ārsta vai speciālista un ambulatori veikto izmeklējumu skaits – neietekmē pieprasījumu pēc hospitalizācijas, to nepastiprina mazāks ambulatori lietoto zāļu patēriņš, toties to samazina faktori, kas ir pašas slimnīcas vadītāju un ārstu ietekmes jomā, un pirmkārt jau hospitalizācijai alternatīvu pakalpojumu attīstība (skat. slimnīcas un ārpusslimnīcas veselības aprūpes sistēmas elementu pielietojuma teorētiskās un faktiskās ietekmes uz iedzīvotāju hospitalizācijas biežumu apkopojumu 3.6. tabulā).

Slimnīcas un ārpusslimnīcas veselības aprūpes sistēmas elementu pielietojuma teorētiskā un faktiskā ietekme uz iedzīvotāju hospitalizācijas biežumu

(Avots: autora izveidota tabula)

	Teorētiskā sagaidāmā ietekme uz hospitalizāciju skaitu	Teorētiskais ietekmes mehānisms	Faktiskā ietekme uz hospitalizāciju skaitu pētījumā
Ambulatorās palīdzības iespēju palielināšana slimnīcas uzņemšanas / neatliekamās palīdzības nodaļā	samazina	Pieejama, pietiekami intensīva ārstēšana uzņemšanas/ neatliekamās palīdzības nodaļā daudzos gadījumos ir pietiekama, lai pacientu nebūtu jāhospitalizē un tālāko ārstēšanos veiktu ģimenes ārsta uzraudzībā	Nav statistiski ticamas korelācijas
Dienas stacionārs	samazina	Pārkārtojot ārstniecības procesus slimnīcā, daļai pacientu ir pietiekama īsa, bet intensīva ārstēšana dienas stacionārā	Vidēji izteikta negatīva, statistiski ticama korelācija
Vizītes pie ģimenes ārsta	samazina	Apskatāmajā vecuma grupā (65+) prevalē hroniskas slimības, to adekvāta ārstēšana ģimenes ārsta un ambulatori pieejama speciālista uzraudzībā samazina tādu komplikāciju biežumu, kuru gadījumā ir nepieciešama hospitalizācija	Nav statistiski ticamas korelācijas
Speciālistu konsultācijas ambulatori	samazina	Apskatāmajā vecuma grupā (65+) prevalē hroniskas slimības, to adekvāta ārstēšana ģimenes ārsta un ambulatori pieejama speciālista uzraudzībā samazina tādu komplikāciju biežumu, kuru gadījumā ir nepieciešama hospitalizācija	Nav statistiski ticamas korelācijas
Ambulatori izmeklējumi	samazina	Pietiekamā apjomā un kvalitatīvi veikti izmeklējumi samazina nepieciešamību ārstēties slimnīcā tikai diagnozes noteikšanai, ļauj savlaicīgi uzsākt ambulatoru ārstēšanu, kas samazina nepieciešamību pēc hospitalizācijas	Nav statistiski ticamas korelācijas
Ambulatori nozīmētas zāles	samazina	Valsts kompensēto zāļu nodrošinājuma sistēmas uzdevums ir finansiāls atbalsts pacientiem, kuriem ir hroniskas, ilgstoši vai visu mūžu ārstējamas slimības. Adekvāta zāļu lietošana kontrolē šo slimību gaitu – samazina to slimnīcās ārstējamo komplikāciju un paasinājumu skaitu.	Vāji pozitīva, statistiski ticama korelācija

Kvantitatīvo datu izpētes rezultātā var secināt, ka starp Latvijas lielajām reģionālajām slimnīcām pastāv atšķirības adaptācijā pārmaiņām ārējā vidē, un korelāciju analīze ļauj secināt, ka ar veselības aprūpes slimnīcā pieprasījumu saistītie ārējās vides faktori neizskaidro atšķirīgos slimnīcu darbības sistēmiskos rezultātus. Tas savukārt ļauj secināt, ka **līdzvērtīga veselības aprūpes pieprasījuma apstākļos, Latvijas slimnīcās atšķirīgie ārstu kliniskie lēmumi rada nozīmīgas atšķirības slimnīcas resursa izmantošanā.**

Atbildot uz izpētes otro jautājumu, „vai Latvijas reģionālo neatliekamās palīdzības daudzprofilu slimnīcu ārstnieciskās darbības rezultāti būtiski atšķiras?“, slimnīcu vadīšanas un ārstu profesionālās darbības rezultāti, kas raksturo slimnīcas kopīgo ārstniecisko darbību, tika analizēti tikai tajās savstarpēji salīdzināmajās pilsētās, kurās ir vienāda līmeņa reģionālas daudzprofilu neatliekamās un plānveida palīdzības slimnīcas (Jelgavā, Ventspilī, Liepājā, Daugavpilī, Valmierā, Jēkabpilī, Rēzeknē). Visām minētajām slimnīcām ir vienādi apmaksas noteikumi, un gada kopējās apmaksas apjoma griesti (kvota) ir noteikta NVD un slimnīcu savstarpējos līgumos, kas savukārt ir slēgti atbilstoši Ministru Kabineta noteikumiem par Veselības aprūpes finansēšanu (Veselības Ministrija, 2011).

Lai nodrošinātu iespēju savstarpēji salīdzināt pētījumā iekļauto slimnīcu ārstnieciskās darbības kopējo rezultātu, tajā netika iekļautas slimnīcas, kuras veic valstī unikālas funkcijas. Šī iemesla dēļ pētījumā netika iekļautas Rīgā lokalizētās universitātes slimnīcas, kas vienīgās valstī nodrošina terciāra līmeņa aprūpi un kurās blakus ārstniecībai tiek realizētas arī akadēmisko studiju programmas un klīniskie pētījumi. Tāpat pētījumā netika iekļautas slimnīcas, kas specializējušās konkrētu patoloģiju ārstēšanai (piemēram, Traumatoloģijas un Ortopēdijas slimnīca, Rīgas Psihiatrijas un narkoloģijas centrs), slimnīcas, kurās netiek nodrošināta neatliekamā stacionārā palīdzība (piemēram, Rīgas 1. slimnīca), kā arī mazās lokālās slimnīcas, kurās specializētā neatliekamā palīdzība tiek nodrošināta tikai ierobežotā apjomā.

Atbilstoši tālāk aprakstītiem kvantitatīvās izpētes rezultātiem, nosakot hospitalizāciju, gada laikā atkārtotu hospitalizāciju un slimnīcas nodrošināto hospitalizācijai alternatīvo pakalpojumu izmantošanas biežumu slimnīcu aprūpes teritorijās iedzīvotāju populācijā, ir jāsecina, ka uz otro pētījumā izvirzīto jautājumu var atbildēt apstiprinoši – **Latvijas reģionālo neatliekamās palīdzības daudzprofilu slimnīcu ārstnieciskās darbības rezultāti būtiski atšķiras.**

Ņemot vērā, ka šajā izpētes stadijā ir apkopoti Latvijas lielo pilsētu reģionālo slimnīcu ārstu profesionālās darbības un slimnīcas vadības darbības kopējā efekta rādītāji, ko raksturo četras pazīmes – hospitalizācijas, atkārtotas hospitalizācijas, ārstēšanas skaits uzņemšanas / NMP nodaļā vai dienas stacionārā –, autors slimnīcu savstarpējo atšķirību pakāpes novērtēšanai izmanto svērto produktu metodi (SPM): ar SPM iegūst bezdimensionālu lielumu, attiecinot katra produktu sniegumu noteiktā kritērijā pret otra produkta sniegumu (Triantaphyllou, 2000). Slimnīcu vidējais vērtējums (V) par visām pazīmēm kopā tiek aprēķināts pēc formulas:

(3.1)

$$V = s_1 \times v_1 + s_2 \times v_2 + s_3 \times v_3 + s_4 \times v_4 ,$$

kur rēķinot uz 1 iedzīvotāju s_1 ir hospitalizāciju skaits, s_2 ir atkārtotu hospitalizāciju skaits, s_3 ir ārstēšanas uzņemšanas nodaļā bez hospitalizācijas reižu skaits un s_4 ir ārstēšanas dienas stacionārā reižu skaits, savukārt v_1 , v_2 , v_3 un v_4 ir katrā no pazīmēm attiecīgajai slimnīcai noteiktā tās vieta attiecībām pret pārējām slimnīcām, piešķirot v_1 un v_2 gadījumā pirmo vietu slimnīcai, kurā ir vismazākais uz iedzīvotāju skaitu attiecinātais hospitalizāciju un atkārtotu hospitalizāciju skaits, bet v_3 un v_4 lielākais hospitalizācijas alternatīvu skaits – ārstēšanas epizodes uzņemšanas / NMP nodaļā un dienas stacionārā. Atšķirīgās vidējā svērtā slimnīcu vērtējuma vērtības norāda uz būtiskām atšķirībām slimnīcu ārstnieciskās darbības rezultātos un atšķirībām, pielietojot hospitalizācijai alternatīvus un izmaksu efektīvākus risinājumus (skat. 3.7. tabulu).

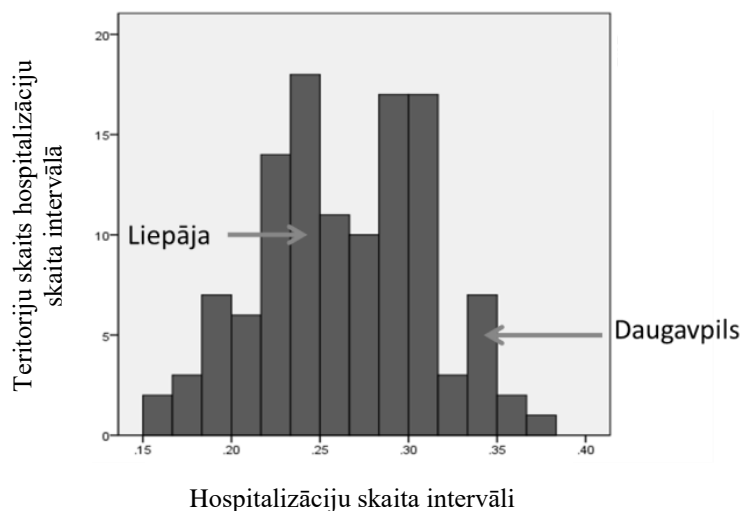
3.7. tabula

Slimnīcu ārstu profesionālās darbības un slimnīcas vadības darbības kopējais efekts – pakalpojumu skaits uz vienu iedzīvotāju Latvijas lielajās pilsētās un to ranžējums

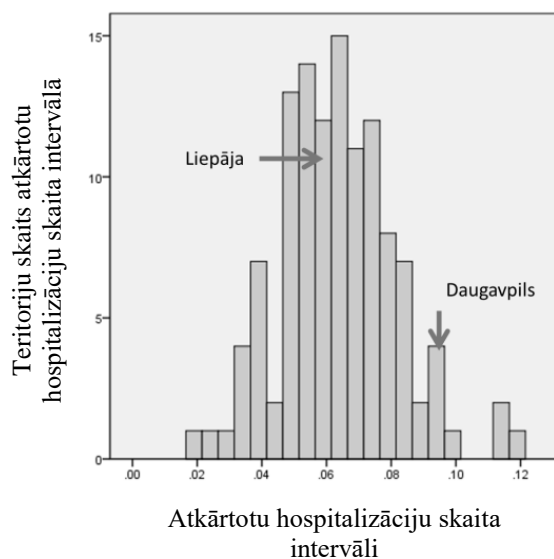
Pilsēta	Hospitalizācijas (uz 1 iedzīvotāju)		Atkārtotas hospitalizācijas (uz 1 iedzīvotāju)		Ārstēšana uzņemšanas nodaļā bez hospitalizācijas (uz 1 iedzīvotāju)		Ārstēšana dienas stacionārā (uz 1 iedzīvotāju)		Vidējais vērtējums
	Skaits	Vieta	Skaits	Vieta	Skaits	Vieta	Skaits	Vieta	
Jelgava	0.309	3	0.077	3	0.197	5	0.312	2	2.77
Ventspils	0.316	4	0.093	6	0.213	4	0.187	6	3.80
Liepāja	0.248	1	0.063	1	0.303	2	0.432	1	1.35
Daugavpils	0.347	7	0.096	7	0.143	7	0.242	4	5.07
Valmiera	0.284	2	0.076	2	0.317	1	0.216	5	2.12
Jēkabpils	0.319	5.5	0.079	4	0.164	6	0.110	7	3.82
Rēzekne	0.319	5.5	0.082	5	0.295	3	0.303	3	3.96

Ranžējot izpētāmās teritorijas pēc vietas attiecībā uz slimnīcas ārstu darbības vēlamā kopējā rezultāta, ir redzams, ka divas no teritorijām, kurās ārstu darbības kopējais rezultāts, ārstējot pacientus reģionālajā slimnīcā atšķiras visvairāk, ir **Daugavpils** ($V=5.07$) un **Liepāja** ($V=1.35$). Daugavpilī, salīdzinot ar Liepāju, slimnīcas pakalpojumi tiek izmantoti intensīvāk – uz vienu iedzīvotāju Daugavpilī hospitalizāciju skaits ir par 40% un atkārtotu hospitalizāciju skaits par 53% lielāks nekā Liepājā. Savukārt slimnīcas ārstu izvēlēto, hospitalizācijai alternatīvo risinājumu pielietošanas biežums ievērojami lielāks ir Liepājā – uz vienu hospitalizētu pacientu Liepājā ir par 212% vairāk pacientu, kas saņēmuši ambulatoru palīdzību slimnīcas uzņemšanas nodaļā un uz vienu hospitalizētu pacientu par 178% vairāk to pacientu, kas hospitalizācijai alternatīvu palīdzību ir saņēmuši dienas stacionārā. Arī salīdzinot hospitalizāciju skaitu visās Latvijas administratīvajās teritorijās ($n=118$), Daugavpils un Liepāja atrodas pretējās pozīcijās

hospitalizāciju un atkārtotu hospitalizāciju biežuma normālā sadalījuma histogrammās (skat. 3.6. un 3.7. attēlus)



3.6. attēls. Hospitalizāciju skaita uz 1 iedzīvotāju 2011. gadā sadalījums starp administratīvajām teritorijām (n=118)



3.7. attēls. Atkārtotu hospitalizāciju skaita uz 1 iedzīvotāju 2011. gadā sadalījums starp administratīvajām teritorijām (n=118)

Ņemot vērā konstatētās savstarpēji vislielākās savstarpējās ārstnieciskās darbības rezultātu atšķirības tālākajā pētījuma gaitā tieši Liepājas un Daugavpils slimnīcas padziļināti tiek pētītas atšķirības vadīšanas un klīniskā procesa norises aspektā.

Pētījuma turpinājumā, lai atbildētu uz **trešo izpētes jautājumu**: „*Kādas ir atšķirības ārstu profesionālās darbības vadīšanā un klīniskā procesa organizēšanā slimnīcās, kuru ārstnieciskās darbības rezultāti*

savstarpēji atšķiras visvairāk?”, tika veikta padziļināta kvalitatīva izpēte, pielietojot gadījuma izpētes pieeju attiecībā uz divām slimnīcām, kuru sistēmiskās darbības kvantitatīvie rezultāti atšķirās visvairāk – Liepājas un Daugavpils slimnīcām. Šīs izpētes stadijas rezultāti darba turpinājumā tieši tiek izmantoti metodoloģijas izstrādē pārejai uz procesu orientētu vadīšanu.

Lai arī pētījuma pirmajā daļā – visu reģionālo slimnīcu, tajā skaitā arī pāra gadījumu izpētē iekļauto slimnīcu, sistēmiskās darbības rezultāti tika apkopoti, papildus NVD arhīva¹⁰ datu analīze ļauj izvēlētajām slimnīcām noskaidrot arī tādus parametrus kā hospitalizēto pacientu skaita dinamiku vairāku gadu griezumā, kā arī noskaidrot atšķirības tādās slimnīcu darbības efektivitātes un kvalitātes rādītājos kā pacientu vidējais ārstēšanas ilgums, uzņemšanas (NMP) nodaļā nonākušo pacientu hospitalizācijas īpatsvars, pirmshospitalizācijas observācijas nodaļas izmantošanas pakāpe, miokarda infarkta letalitātes un atkārtotas hospitalizācijas tajā pašā vai nākošā dienā biežums, īpatsvars. Padziļināta NVD datu analīze ļauj secināt, ka atšķirības starp abu slimnīcu ārstnieciskās darbības rezultātiem pastāv ne tikai primārās izpētes gadā, bet tās saglabājas vai pat palielinās arī vēlākos gados (skat. 3.8. tabulu).

3.8. tabula.

Selektīvu apjoma un kvalitātes rādītāju salīdzinājums Daugavpils un Liepājas slimnīcās

(Avots: autora veidots pēc NVD datiem)

Kvantitatīvie rādītāji	Daugavpils	Liepāja
Hospitalizēto pacientu skaits 2011. gadā	22 069	13 537
Hospitalizēto pacientu skaita dinamika 2012. gadā (pret 2011. g.)	+7.5% (23 729)	+4.5% (14 149)
Hospitalizēto pacientu skaita dinamika 2013. gadā (pret 2011. g.)	+12.4% (24 797)	+1.0% (13 675)
Hospitalizēto pacientu īpatsvars no uzņemšanas nodaļas pacientu skaita**	67.9%	52.4%
Observācijas nodaļas izmantošanas īpatsvars no kopējā apkalpoto pacientu skaita uzņemšanas nodaļā**.	3.5%	7.6%
Īslaicīgas (1–2 dienu) hospitalizācijas īpatsvars**	18%	32%
Vidējais ārstēšanas ilgums *	6.27	5.67
Miokarda infarkta letalitāte līdz 30 dienam pēc hospitalizācijas**	10.7%	9.0%
Tajā pašā vai nākamajā dienā atkārtoti hospitalizēto pacientu īpatsvars pret visām hospitalizācijām**	1.41%	1.04%

*dati par 2012. gadu; ** dati par 2013. gadu.

Slimnīcu salīdzinājums dinamikā uzrāda hospitalizāciju skaita pieaugumu Daugavpilī trīs gadu laikā. Tajā pašā laikā Daugavpilī mazāk kā Liepājā attīstītas hospitalizācijai alternatīvās iespējas (observācijas nodaļas izmantošana, palīdzība uzņemšanas / NMP nodaļā bez hospitalizācijas), tajā ir lielāks ārstēšanas ilgumu un mazāks īslaicīgu hospitalizāciju īpatsvars. Tātad šo datu analīze ļauj konstatēt, ka **Daugavpils**

¹⁰ <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/503-ligumpartneriem/operativa-budzeta-informacija/arhivs>

slimnīcā, vairāk kā Liepājā, klīniskais process ir funkcionāli sadalīts specializētajās nodaļās, savukārt Liepājā uz procesu orientēta darba organizācija ir vairāk attīstīta. Uz procesu orientētas pārmaiņas Liepājā apliecina fakts, ka salīdzinoši lielāka klīniskā procesa daļa tiek veikta tajās struktūrvienībās (uzņemšanas / NMP nodaļa, observācijas nodaļa, dienas stacionārs), kuras nav šauri specializētas. Šāds veiktā darba apjoma sadalījums ļauj secināt, ka uz procesu orientētu vadīšanas metožu pielietojums Liepājas slimnīcā ir plašāks un tās ārstiem veidojas kompetences, kas nodrošina nepieciešamās pārmaiņas klīniskajos procesos bez negatīvas ietekmes uz tādiem klīniskajiem iznākumiem kā, piemēram, miokarda infarkta letalitāte un atkārtotas hospitalizācijas biežums.

Pāra gadījuma salīdzinošās izpētes nākamajā solī tika veikts abu **slimnīcu organizatoriskās struktūras salīdzinājums.**

Abas šīs slimnīcas vada vadītāji ar ārsta izglītību, līdzīgi kā citās Latvijas slimnīcās tās klīniskās struktūrvienības arī vada ārsti, lēmumus par pacientu hospitalizēšanu stacionāra nodaļās vai ārstēšanu dienas stacionāra vai slimnīcas uzņemšanas / neatliekamās palīdzības nodaļā tāpat pieņem ārsti, vērtējot katra pacienta individuālās vajadzības un slimnīcā esošo klīnisko un palīgprocesu piemērotību ārstēšanai kādā no attiecīgajām struktūrvienībām. Abām slimnīcām ir vienādi apmaksas noteikumi atbilstoši līgumam ar Nacionālo veselības dienestu. Tomēr, salīdzinot klīniskajā procesā iesaistīto struktūrvienību skaitu un to vietu organizācijas hierarhijā (slimnīcu organizatoriskās struktūras shēmas skat. 1. un 2. pielikumā), parādās atšķirības. Salīdzināmo slimnīcu strukturālās atšķirības ir vērtējamas kā nozīmīgas, un par saglabājušos lielāku orientāciju uz funkcijām, nevis procesiem Daugavpils slimnīcā liecina lielāks specializēto ārstniecības nodaļu un atbalsta struktūrvienību skaits, kas savukārt liecina par izteiktāku klīnisko procesu pakārtošanu ārstu specializācijai (skat. 3.9. tabulu).

Organizatoriskās struktūras salīdzinājums Daugavpils un Liepājas slimnīcās

(Avots: autora veidots atbilstoši slimnīcu struktūrshēmām)

Pazīme	Daugavpils	Liepāja
Specializēto ārstniecības nodaļu skaits	19	15
Specializētās nodaļas apvienotas ārstniecības blokos	nav	Ir (5 bloki – pediatrijas, ķirurģijas, terapijas, anestezioloģijas / intensīvās terapijas un dzemdību/ginekoloģijas bloki)
Uzņemšanas (NMP) nodaļa	Organizācijas struktūrā nav izcelta	Organizācijas hierarhijā ir augstāk nekā specializētās ārstniecības nodaļas
Observācijas nodaļa	Nav izveidota kā atsevišķa struktūrvienība	Struktūrvienība uzņemšanas (NMP) nodaļas sastāvā
Stacionāra klīniskajā procesā iesaistīto atbalsta struktūrvienību skaits	12	8
Klīniskajā procesā iesaistītās atbalsta struktūrvienības apvienotas kopīgā blokā	nav	Atbalsta struktūru lielākā daļa ir apvienota klīniskā atbalsta dienestā.
Dienas stacionārs	Nav izveidots kā atsevišķa struktūrvienība	Struktūrvienība klīniskā atbalsta dienesta sastāvā

Funkcionāli detalizētāks kopējā slimnīcas klīniskā darba sadalījums Daugavpilī liecina, ka uz procesu orientēta vadīšana tajā ir apgrūtināta, jo pārmaiņām ārējā vidē neseko adaptēšanās jaunajai situācijai. Savukārt fakts, ka Liepājas slimnīcā ir izveidotas tādas multifunkcionālas uz procesu orientētās struktūrvienības kā observācijas nodaļa un dienas stacionārs, liecina par slimnīcas labāku adaptāciju jauniem apstākļiem un vadības komandas virzību uz procesu orientētas vadīšanas virzienā, kas savukārt notiek vienlaikus ar ārstu vispārējo kompetenču attīstību darbam jaunā, funkcionāli nesadalītā klīniskajā procesā.

Saistot slimnīcu struktūras atšķirības ar iepriekš analizētajām atšķirībām darba apjomā un kvalitātē, ir iespējams secināt, ka **slimnīcas struktūras pielāgošana pacienta klīniskajam procesam, nevis tikai ārsta specialitātes vajadzībām šajā procesā, atvieglo slimnīcas vadīšanu atbilstoši ārējās vides mainīgajām prasībām.**

Lai noskaidrotu iemeslus, kas kavē un kas veicina procesa orientētas vadīšanas attīstību, tika veikts pāra gadījuma analīzes nākamais solis – **kvalitatīva izpēte par slimnīcu iekšējo vidi un atšķirībām tajās strādājošo ārstu vadīšanā**, un attiecīgi tika veikta konteksta padziļināta izpēte un strukturētas intervijas abās slimnīcās. Šajā izpētes stadijā tika veikts arī abu slimnīcas vadības komandu vērtējums attiecībā uz to piederību vadītājiem – ārstiem vai vadītājiem – profesionāļiem ekonomikas vai vadības jomā.

Atbilstoši publiski pieejamajai informācijai, abu slimnīcu augstāko vadību veido vadības komanda trīs cilvēku sastāvā. Daugavpilī augstākās vadības komandu veido valdes loceklis, kas pilda direktora funkcijas, un divi direktora vietnieki – ārstnieciskajos jautājumos un organizatoriski metodiskajos jautājumos. Visiem šiem vadītājiem pamatā ir ārsta izglītība. Savukārt Liepājas slimnīcas augstāko vadību veido valde trīs cilvēku sastāvā. Valdes priekšsēdētājs ir ārsts bez formālas izglītības vadībā vai ekonomikā un, atbilstoši slimnīcas struktūrshēmai, tā funkcionālās atbildības joma ir visa ārstniecība slimnīcā. Pārējiem diviem valdes locekļiem nav ārsta izglītības, bet ir attiecīgi formāla izglītība ekonomikā un vadībā ar atbildības jomām, kas tieši neskar klīniskos procesus.

Abās slimnīcās katras atsevišķās ārstniecības struktūrvienības – nodaļu vadītāji ir ārsti, vienlaikus to administratīvajā un pārējā personāla vadībā ir iesaistītas nodaļu vecākās māsas. Liepājas slimnīcā, atšķirībā no Daugavpils slimnīcas, ārstniecības jomā pastāv divpakāpju vadība – atsevišķās radnieciskās ārstnieciskās struktūrvienības ir apvienotas augstāka līmeņa ārstniecības blokos. Arī ārstniecības bloku vadītāji ir ārsti, kas veic gan administratīvās, gan ārstniecības uzraudzības funkcijas.

Veiktā slimnīcu struktūru izpēte, apvienojumā ar atšķirībām abu slimnīcu ārstnieciskās darbības rezultātos, ļauj izdarīt secinājumu, ka Liepājas slimnīcā procesu orientācijas vadīšana daļēji atspoguļojas arī slimnīcas struktūrā un ka struktūras maiņa ir veicinājusi efektīvāku klīnisko procesu norisi.

Tomēr, procesu orientācija var būt un var nebūt sākotnēji jau saistīta ar strukturālām izmaiņām, un uz procesu orientēta vadīšana ir iespējama ar organizācijā ar funkcionālām struktūrvienībām, ja tam pastāv attiecīgi priekšnoteikumi, no kuriem kā galvenā būtu minama organizācijas vadības rīcība procesu orientācijas virzienā.

Tāpēc, lai noskaidrotu abu slimnīcu vadības pārstāvju orientāciju uz procesu vadīšanu atbilstoši ārējās vides prasībām, tika veiktas padziļinātas intervijas ar vadības komandas pārstāvjiem.

Šī izpētes posma uzdevums ir formulēt atšķirības vadīšanā, kas nosaka atšķirības slimnīcu adaptācijai pārmaiņām ārējā vidē, un noskaidrot, vai vadītāji slimnīcas ilgtspējīgu attīstību saista ar klīnisko procesu pārveidi un tādu kolektīvo kompetenču attīstību, kas slimnīcai ļautu efektīvi adaptēties un darboties mainīgos ārējās vides apstākļos.

Lai precīzāk tiktu veiktas strukturētas intervijas, balstoties uz teorētisko izpēti un praktiskajiem konstatējumiem slimnīcās, tika sagatavota to vadīšanas vienota shēma (skat. 5. pielikumu). Intervijas jautājumu skaidrība un mērķtiecība tika iepriekš pārbaudīta, intervijas vadīšanas shēmas saturu pārrunājot ar diviem neatkarīgiem veselības aprūpes vadīšanā iesaistītiem ekspertiem. Intervijas tika veidotas tā, lai to garums nepārsniegtu 45 minūtes.

Interviju gaitā tika: (1) noskaidrotas vadītāju identificētas slimnīcu ilgtspējīgas attīstības problēmas (kontekstā ar nepieciešamību nodrošināt aprūpi šī pētījuma mērķa grupas pacientiem); (2) noskaidrots, kā tiek vadīta klīnisko procesu pārveide, atbildot uz mainīgām ārējās vides prasībām (apstākļos, kad ir ieviesta fiksēta samaksa par ārstēšanas gadījumu); (3) noskaidrots, kā klīniskais process slimnīcā tiek integrēts veselības un sociālās aprūpes kopējā sistēmā (hospitalizācijai alternatīvu pakalpojumu attīstība, sadarbība ar ārpus slimnīcas struktūrām) un (4) identificētas un skaidrotas klīniskā procesa kvalitātes problēmas (attiecībā uz atkārtotām pacientu hospitalizāciju un pacientu hospitalizācijām ar potenciāli ambulatori ārstējamiem stāvokļiem).

Intervijās tika uzdoti jautājumi, kuru atbildes raksturo slimnīcas vadības pārstāvju izpratni un gatavību veikt pārmaiņas slimnīcu darbā, vairāk orientējoties uz pacientu vajadzībām klīniskajos procesos un vadību atbilstoši viendabīgām pacientu plūsmām.

Sakarā ar intervējamo sagaidāmo atšķirīgo izpratni par šajā darbā lietotajiem specifiskajiem apzīmējumiem, intervijās netika uzdoti tieši jautājumi, piemēram, par pārmaiņu vadību vai procesu orientāciju. Tā vietā tika uzdots jautājumu kopu par pētījuma mērķa grupas, tātad gados vecu cilvēku, uzņemšanas slimnīcā un izrakstīšanas no tās problemātiku.

Intervijas sākumā intervējamiem tika lūgts sniegt vispārējo vērtējumu par gados vecu cilvēku aprūpes organizēšanu vispār un konkrēti savā slimnīcā. Pēc tam intervējamie tika izvaicāti par kvantitatīvajā izpētē konstatētajām atšķirībām slimnīcu starpā attiecībā uz pacientu ārstēšanas ilgumu, biežumu un izmaksu atšķirībām, un tika lūgts dot skaidrojumu šim novērojumam.

Intervijas turpinājumā, lai novērtētu intervējamo attieksmi pret vajadzību slimnīcas etapa ārstēšanu iespējami labi integrēt ar ambulatoro aprūpi, tika specifiski uzdoti jautājumi par pacientu ar diagnožu kopu, kuras ir efektīvi ārstējamas mājās apstākļos, stacionēšanas biežuma atšķirībām un par slimnīcā pieņemto praksi šādu slimnieku uzņemšanā.

Atsevišķa jautājumu kopa tika uzdots, lai noskaidrotu slimnīcas vadības redzējumu par nepieciešamību veidot integrētu gadījumu aprūpi ar ārpus slimnīcas struktūrām – mājās aprūpi, ģimenes ārsta aprūpi un sociālo aprūpi. Ar jautājumiem par ārstu lomu klīniskā procesa norisē tika vērtēta vadītāju izpratne par ārstiem nepieciešamajām kompetencēm, mainoties apstākļiem, kādos, ir jādarbojas slimnīcai. Intervijas nobeigumā tika noskaidrota vadītāju iniciatīva un motivācija veidot uz procesu orientētas struktūrvienības slimnīcā, kā arī attīstīt vadītājiem un ārstiem nepieciešamās kompetences un uz procesu orientētas zināšanas.

Lai iegūtu kopēju priekšstatu par slimnīcas vadības viedokli, katrā no slimnīcām tika veiktas četras telefona intervijas ar dažādu līmeņu vadītājiem, kuri pārstāvēja vai nu slimnīcas augstāko administratīvo

vai klīnisko vadību, vai klīniskas struktūrvienības, medicīniskās aprūpes un sociālās aprūpes vadību. Saņemot intervējamā piekrišanu, tās tika ierakstītas. Intervējamiem arī tika izskaidrots intervijas anonīmais raksturs.

Vairāki soļi tika veikti, lai nodrošinātu uz intervijām balstītās analīzes kvalitāti – intervijas no ieraksta tika pārveidotas rakstiskā formā un atbilstoši fenomenu analīzes principiem (Giorgi, 1985) tālākā analīze tika veikta četrās daļās: (1) materiāls tika pārlasīts vispārējā iespaida izveidei par intervējamo attieksmi pret pētāmo jautājumu, (2) tika identificēti interviju apgabali, kas reprezentēja atšķirības starp intervējamo orientāciju uz procesu vadību slimnīcā, un šie interviju apgabali tika attiecīgi atlasīti, (3) tika veikta līdzīgas nozīmes satura apvienojoša analīze un (4) tika izvēlētas kā vispārināmas un citējamas tās interviju daļas, kas reprezentē interviju dalībnieku grupu viedokli.

Atbilstoši pētījuma trešajam uzdevumam, **interviju analīzes rezultāti atklāj atšķirības ārstu profesionālās darbības vadīšanā un klīniskā procesa organizēšanā slimnīcās, kuru ārstnieciskās darbības rezultāti savstarpēji atšķiras visvairāk.**

Sniedzot atbildi uz vispārējo jautājumu par gados vecu cilvēku izrakstīšanu no slimnīcas, interviju dalībnieku atbildes netieši norāda uz to, vai intervējamais identificē iespēju šīs jomas problēmām meklēt risinājumu, pārveidojot līdzšinējos procesus slimnīcā.

Saņemtās atbildes liecināja, ka vadītāji Liepājā lielākā mērā kā Daugavpilī konkrētās pacientu grupas problemātiku ir gatavi risināt, veicot uzlabojumus pašā slimnīcā. Piemēram, biežāko vērtējumu Daugavpilī labi raksturo viena no intervējamiem viedoklis par vecu cilvēku aprūpi, izrakstoties no slimnīcas: „*Slikti vērtēju [..], nav noorganizēta tālākā [šo pacientu] aprūpe [..], ģimenes ārstam ir jāuzņemas atbildība par hospitalizāciju [nosūtīšanu uz slimnīcu] un sekundāro aprūpi pēc tam*”, kamēr vadītāju attieksmi Liepājā raksturo šāds viedoklis: „*Problēma pastāv, un to risinām, situācijai esam pielāgojušies [..], ārsti, nodaļu māsas labi sastrādājas ar slimnīcas sociālo darbinieku, lai, šādiem pacientiem izrakstoties, tiktu nodrošināta tālākā aprūpe.*” Tātad, atbildēs uz jautājumu, kurā tika iezīmēta pacientu grupa bez piederības konkrētām funkcionālām struktūrvienībām (specializētām nodaļām) slimnīcā, bet ar kopīgām vispārējām vajadzībām (veci cilvēki, kuriem, lai novērstu nevajadzīgu atkārtotu nonākšanu slimnīcā pēc izrakstīšanās, ir nepieciešama palīdzība ārstēšanas turpināšanai un aprūpei), iezīmējas atšķirīgs redzējums uz organizācijas klienta vajadzību realizēšanu.

Intervējamie abās slimnīcās atzīst, ka pēdējos gados pacientu ārstēšanas ilgums ir samazinājies, un kā galveno iemeslu tam min slimnīcas darba samaksas noteikumu maiņu (samaksas veidus veselības aprūpē skat. 2.1. tab. 61. lpp). Līdzšinējās samaksas par gultas dienām un papildus samaksas par veiktajām manipulācijām vietā aizvien biežāk ir ieviestas fiksētas gadījuma samaksas princips – slimnīcai tiek

samaksāta vienāda summa, neatkarīgi no ārstēšanas ilguma pacientiem, kas pieder noteiktām diagnožu grupām: „kvotas [kuras ir jāizpilda] un gadījuma apmaksā stimulē ātrāk izrakstīt” (Daugavpils); „mums nav izdevīgi kopt pacientus, kur ir sakārtota ārstēšana” (Liepāja); „jo ātrāk apgrozi pacientu, jo gadījums atstāj lielāku peļņu slimnīcai” (Daugavpils).

Atbildēs atšķirības bija vērojamas, aprakstot nosacījumus un veidu, kā slimnīcām ir izdevies samazināt ārstēšanas laiku. Daugavpilī ārstēšanas ilguma samazināšanas iespējamību vairāk saista ar „nesamērīgi augstām iemaksām”, kuras tagad ir jāmaksā pacientiem, un tie vienkārši nevar atļauties ārstēties ilgāk¹¹ un nepiekrīt apgalvojumam, ka ārstēšanas ilgums samazinās, pateicoties jaunu ārstēšanas metožu ieviešanai. Liepājā intervējamie biežāk norāda uz objektīvo iespēju samazināt ārstēšanas laiku, a pārkārtot procesus, intensificējot un standartizējot diagnostikas un ārstēšanas darbu, kā arī izmantojot jaunas alternatīvas: „ir sakārtots process, daudz izstrādātas vadlīnijas, pa soļiem likts priekšā [kas ir jādara]; tas palīdz, uztur tempu. Cenšamies atbrīvot gultu nākošajam pacientam, un tur palīdz arī mājas aprūpe – varam pietiekoši ātri izrakstīt [...] esam ieviesuši mājas aprūpi un cenšamies to izmantot cik valsts atļauj [apmaksā]. Ar informācijas tehnoloģijām sekojam, vai jau nav bijis un kas iepriekš atrasts un ārstēts”.

Tātad var secināt, ka Liepājas slimnīcā notiek mērķtiecīga vadīšana procesa orientācijas virzienā, adaptējoties pārmaiņām ārējā vidē (ieviests gadījuma samaksas princips, un pacientu ilgstoša ārstēšana stacionārā ir kļuvusi ekonomiski mazāk izdevīga). Pēc atbildēm nevar spriest, vai arī Daugavpils slimnīcā notiek līdzīgi procesi, jo arī tajā ir samazinājies ārstēšanas ilgums¹², tiesa gan, tas ir garāks nekā Liepājā (6,27 dienas un 5,67 dienas) (skat. 3.8. tabulu 113. lpp). Tomēr par nepietiekamu orientāciju uz procesu, kura centrā ir klients, mainoties situācijai ārējā vidē (pāreja uz gadījuma samaksu, palielināts līdzmaksājums), var liecināt fakts, ka Daugavpilī izrakstītie pacienti salīdzinoši biežāk nekā Liepājā tajā pašā vai nākošā dienā atkal tiek hospitalizēti – 1,4% pret 1,0% (skat. turpat), un gada laikā Daugavpils iedzīvotāji vecuma grupā virs 65 gadiem atkārtoti nonāk slimnīcā biežāk nekā Liepājā – 9,6% pret 6,3% (skat. 3.7. tabulu 111. lpp.). Šāda situācija liecina par to, ka ārstēšanas ilgums vienā no slimnīcām tiek samazināts vairāk ar administratīvām metodēm (iespējams, mazinot ārstu profesionālo autonomiju), kamēr otrā ārsti, pieņemot profesionālos lēmumus pacienta interesēs, piedalās arī pārmaiņu vadīšanā klīniskajos procesos, nodrošinot vienlaikus gan organizācijas, gan tās klienta intereses. Fakts, ka intervējamie Daugavpilī neuzsver mērķtiecīgu adaptācijas pasākumu veikšanu, varētu liecināt par to, ka

¹¹ Ekonomiskās krīzes apstākļos no 2009. g. 1. marta stājās spēkā izmaiņas MK noteikumos Nr. 1046 „Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība”, un līdzšinējais katram pacientam veicamais līdzmaksājums par ārstēšanu reģionālā slimnīcā tika palielināts no 5 EUR uz 12 EUR, savukārt no 2010. g. 1. janvāra tas tika samazināts līdz 9.50 EUR.

¹² Vēl 2008.g. Latvijas slimnīcās vidējais ārstēšanas laiks bija 9.5 dienas (NVD, 2010).

slimnīcas vadība tomēr salīdzinoši mazāk domā procesu orientācijas virzienā un, iespējams, arī nav skaidri noformulējusi sasniedzamos organizatoriskos mērķus, kas savukārt varētu būt šķērslis ārstiem, kas ir atbildīgi par klīniskā procesa norisi, veidot jaunai situācijai atbilstošās kompetences.

Intervijās minētā mājas aprūpe ir Latvijā salīdzinoši jauns valsts finansēts pakalpojums, kura realizēšanai varēja pieteikties arī slimnīcas. Intervijas liecina, ka Liepājā tās nodrošināšanā iesaistās pati slimnīca, kamēr Daugavpilī tiek atzīts: „*mēs ar to kādu laiku nodarbojāties, bet par to ļoti maz maksāja, un bija ļoti liela papīru darīšana.*” Medicīniskā aprūpe mājās ir pamatā māsu nodrošināts process, un ārstu loma tajā ir ievērojami mazāka nekā situācijā, ja šāds pacients tiktu ārstēts slimnīcā. Atšķirīgā attieksme par šāda pakalpojuma izveidi un nepieciešamību varētu arī liecināt par pagaidām atšķirīgu varas sadalījumu starp vadītājiem, ārstiem un māsām katrā no slimnīcām. Palielinoties procesu orientācijai slimnīcā, būtu jāpalielinās racionālās varas un ekspertu varas nozīmei, samazinoties uz tradīcijām balstītas varas nozīmei.

Par adaptāciju pārmaiņām, atīstot uz procesiem orientētu vadīšanu Liepājas slimnīcā, liecina arī atbildes uz jautājumu, kurā intervējamiem tika lūgts skaidrot, kāpēc dažādās reģionālajās slimnīcās atšķiras hospitalizāciju skaits pacientiem, kuriem pamatā ir slimības, kuras atbilstoši vadlīnijām var efektīvi tikt ārstētas bez pacienta ievietošanas slimnīcā,¹³ Abās slimnīcās tika atzīts, ka šādi pacienti slimnīcai var būt arī „izdevīgi” (šādu pacientu ārstēšanas gadījuma pašizmaksa visbiežāk nepārsniedz tarifu, kas tiek maksāts par t.s. terapeitiskajiem pacientiem), tomēr nevienā no slimnīcām netika ziņots, ka šādu pacientu nokļūšana slimnīcā tiktu apzināti veicināta, bet par sistēmiskiem organizatoriskiem risinājumiem šāda veida hospitalizāciju samazināšanai tika ziņots tikai Liepājā: „*mēs vairs šādus pacientus nestacionējam, priekš tam mums uzņemšanas nodaļā ir novērošanas gultas, kurās var atrasties līdz 24 stundām, un ļoti bieži tas, ko mēs izdarām dažās stundās, ir pilnīgi pietiekami, lai pacients tālāk droši varētu ārstēties ģimenes ārsta uzraudzībā. Ģimenes ārsts tiek informēts, sadarbība ar primāro aprūpi ir ļoti svarīga*”. Šīs atšķirības intervējamo paustajā sasauca arī ar ievērojamām atšķirībām hospitalizācijas biežumā pacientiem, kuriem efektīva ārstēšana ir iespējama arī mājas apstākļos ģimenes ārsta uzraudzībā.

Intervijā pieminētās „novērošanas gultas”, jeb observācijas struktūrvienība ir tipisks piemērs jaunai, nevis funkcionālai, bet uz procesu un pacientu orientētai aprūpei – pacienti tiek grupēti nevis pēc „piederības” kādai no ārstu specialitātēm, bet pēc kopīgām vajadzībām attiecībā uz pakalpojumu, kas tiem ir nepieciešams (šajā gadījumā – novērošana, zemas intensitātes ārstēšana, sekundārās aprūpes un primārās aprūpes nepārtrauktības nodrošināšana). Šādu novērošanas jeb observācijas gultu izmantošanas

¹³ Pacientu ar šīm diagnozēm (piemēram, arteriāla hipertensija, cukura diabēts, hroniska sirds mazspēja u.c.) ārstēšana primārās aprūpes līmenī ir viens no ģimenes ārstu darbības kvalitātes kritērijiem (Veselības Ministrija, 2010).

intensitāte var tikt arī izmantota kā jauns rādītājs, kas zināmā mērā raksturo slimnīcas procesu orientāciju, primāri ņemot vērā klientu grupas viendabīgās vajadzības.

Noskaidrojot iemeslus atšķirībām atkārtotas hospitalizācijas biežumā, intervējamie abās slimnīcās atzina, ka nereti pacients atkārti nonāk slimnīcā tādu apstākļu dēļ, kurus slimnīca nevar ietekmēt – ģimenes ārsta aktivitāte un paša pacienta līdzestība nozīmētajai ārstēšanai, kas bieži tiek saistīta ar to, ka reizēm pacienti nevar atļauties nopirkt visas tās zāles, kas tiem būtu jālieto, vai viņiem nav piederīgo, kas par tiem pienācīgi rūpētos. Tomēr arī apspriežot situāciju šajā jautājumā, bija vērojama atšķirība starp abām slimnīcām attiecībā pret to gatavību ievērot un pozitīvi izmantot slimnīcas darbā iesaistīto pušu vajadzības. Kā viena no svarīgām, iepriekšējā izpētē jau konstatētajām slimnīcu darbībā iesaistītajām pusēm ir vietējā pašvaldība, kuras uzdevums ir nodrošināt sociālo aprūpi tiem, kam tā nepieciešama – tajā skaitā veciem un slimiem cilvēkiem, kuri paši par sevi nevar vairs rūpēties un kuriem aprūpi nevar nodrošināt tuvinieki. Liepājas slimnīca pacientiem, kuriem ir kopīga vajadzība – sociālās aprūpes dzīves vietā nodrošināšana pēc ārstēšanās posma slimnīcā –, ir izstrādājusi sistēmu šīs problēmas proaktīvai atrisināšanai, sadarbojoties ar iesaistīto pusi – pašvaldības sociālajiem dienestiem: „*uzņemot pacientu, mēs jau zinām, vai ir jāiesaistās slimnīcas sociālajam darbiniekam [..]. Ārstējošais ārsts nosaka, kāda veida aprūpe būs nepieciešama [izrakstoties], to ziņo nodaļas vecākai māsai, un tad kopā ar sociālo darbinieku un tuviniekiem tiek risināti šie jautājumi.*” Ja pacientam vēl nav nodrošināta iespēja droši atgriezties mājās vai sameklēta vieta sociālās aprūpes iestādē, tad „*tas vēl var uzturēties pašvaldības īslaicīgās sociālās aprūpes gultās, kas ir atvērtas mūsu slimnīcā.*” Daugavpils slimnīcā vairāk ir raksturīga situācija, ka šīs klientu grupas ar kopīgu vajadzību problēmas vairāk tiek risinātas reaktīvi – „*ja pacienta tuviniekiem ir vajadzīga sociālā darbinieka konsultācija [par aprūpi pēc slimnīcas], tad mēs to nodrošinām*”.

Apkopojot un analizējot veikto interviju rezultātus, kopumā **tika identificēti tie efektīvie paņēmieni, kas nosaka atšķirības ārstu profesionālās darbības un slimnīcu vadīšanas rezultātos un kurus autors tālāk izmanto metodoloģiju izstrādē uz reālu vadīšanas pieredzi Latvijas slimnīcās balstītai pārejai uz procesu orientētu vadīšanu** (skat. 4. nod.).

Interpretējot kopējos Latvijas lielo reģionālo slimnīcu vadīšanas un ārstu profesionālās darbības ietekmes novērtējuma rezultātus, **ir jāsecina, ka slimnīca kā pakalpojumu sniedzējs apzināti vai neapzināti būtiski var ietekmēt pieprasījuma apjomu attiecībā uz tas piedāvātajiem pakalpojumiem, tādējādi būtiski ietekmējot tādus slimnīcu ārstnieciskās darbības kopējos rezultātus kā iedzīvotāju hospitalizāciju un atkārtotu hospitalizāciju skaits.**

Pētījuma rezultāti pierāda tādas slimnīcas vadīšanas sistēmas priekšrocības, kas rada priekšnoteikumus ārstiem to profesionālās darbības ietvaros veikt arī ārējās vides pārmaiņu noteiktās klīniskā procesa

pārveides. Tādi slimnīcas klīniskā procesa kvalitātes un tā integrācijas ar ambulatoro aprūpi sasniegumi, kas nodrošina par 53% mazāk atkārtotu hospitalizāciju un par 40% mazāk pirmreizēju hospitalizāciju (skat. 111. lpp.), atbilstoši kvalitatīvajā izpētē iegūtajai informācijai ir nodrošināti, radot apstākļus ārstiem labāk izprast ārējās vides mainīgās prasības un tiem veicot izmaiņas līdzšinējā klīnisko procesu norisē. Tādējādi **tiek pierādīta labvēlīgu apstākļu radīšanas ārstu vispārējās kompetences attīstībai un to iesaistes klīnisko procesu pārveidē pozitīvā ietekme uz klīnisko procesu un slimnīcas kopējo ārstnieciskās darbības rezultātu uzlabošanu.**

Kopējo ārstnieciskās darbības rezultātu atšķirības abās slimnīcās pierāda uz procesu orientētas pārveides priekšrocības salīdzinājumā ar līdzšinējo vadīšanu stingri funkcionālas organizatoriskās struktūras robežās. Pētījuma rezultāti arī liecina par to, ka uz procesiem orientēta vadīšana, kurā augstu tiek vērtētas pacientu grupu līdzīgās aprūpes vajadzības, organizācijai ļauj ne tikai darboties saimnieciski efektīvāk, bet arī nodrošina kvalitatīvāku pacientu aprūpi.

Ārstu cilvēkkapitāla attīstības nozīmi, veidojot uz pacientu kā organizācijas klientu un tā procesu orientētu slimnīcu, raksturo Liepājas slimnīcas salīdzinoši labāka adaptācija jaunām prasībām veselības aprūpes sistēmā, un tas norāda uz iespēju, mērķtiecīgi investējot ārstu cilvēkkapitālā, atbalstot vispārējo kompetenču attīstību, nodrošināt ilgtspējīgu slimnīcas attīstību. Tas nozīmē, ka **investīcijas, attīstot ārstu vispārējās kompetences, ir uzskatāmas par investīcijām cilvēkkapitālā ar objektīvi pierādāmu ekonomisko atdevi.**

Tāpat pasākumi ar vispārējo kompetenču veidošanu saistītā ārstu cilvēkkapitāla attīstībai arī ir jāuzskata par pārejas uz procesu orientētu vadīšanu slimnīcā sastāvdaļu. Tāpēc kā nākošais solis Latvijas lielo reģionālo slimnīcu vadīšanas un ārstu profesionālās darbības ietekmes novērtējumā ir esošā pieprasījuma un piedāvājuma novērtējums attiecībā uz vispārējo kompetenču attīstību ārstiem. Ņemot vērā vispārējās kompetences saistību ar indivīda motīvu un vērtību sistēmu, kas mainās lēni (skat. 89. lpp), un to, ka tās visefektīvāk būtu attīstāmas vienlaikus ar profesionālās kompetences veidošanu, darba turpinājumā tiek pētītas iespējas vispārējai kompetencei attīstīties ārstu profesionālās izglītības posmā.

3.4. ĀRSTU PROFESIONĀLĀS IZGLĪTĪBAS VISPĀRĒJO KOMPETENČU ATTĪSTĪBAS PIEPRASĪJUMA UN PIEDĀVĀJUMA NOVĒRTĒJUMS

Viens no iepriekšējā nodaļā veiktā pētījuma secinājumiem ir nepieciešamība pārejai uz procesu orientētu vadīšanu slimnīcā strādājošajiem ārstiem attīstīt to organizacionālo cilvēkkapitālu, veidojot vispārējās kompetences to aktīvai līdzdalībai klīnisko procesu pārveidē un vadīšanā. Organizacionālā cilvēkkapitāla procesu orientētai vadīšanai Latvijas slimnīcās attīstības iespēju noskaidrošanai tālākajā izpētē tika vērtēta

līdzšinējā pieeja ārstu profesionālajā sagatavošanā. Balstoties uz iepriekš analizētajiem vispārējo kompetenču agrīnas veidošanās principiem, izpēte fokusējās uz topošajiem ārstiem to medicīnas studiju laikā - tika veikta topošo ārstu izpratnes un motivācijas izpēte noskaidrojot nepieciešamību to profesionālajā izglītībā integrēt apmācību vispārējo kompetenču attīstībai, veicot aptaujas veidā iegūtu datu statistisko analīzi un interpretāciju, kā arī uz līdzdiploma izglītības posma mācību programmām – tika izpētītas salīdzinošās iespējas profesionālās izglītības ietvaros attīstīt vispārējo kompetenci, veicot starptautisku dažādu augstskolu mācību programmu kvantitatīvu analīzi.

Pētījuma mērķis ir noteikt medicīnas studentu vērtējumu par to vispārīgās kompetences pietiekamību vai nepietiekamību profesionālajai darbībai mūsdienu veselības aprūpes sistēmā (pirmā daļa) un vērtējums par nepieciešamību un iespēju medicīnas studiju programmā integrēt apmācību vispārējo kompetenču attīstībai (otrā daļa).

Veiktā pētījuma pirmajā daļā tiek meklēta atbilde uz šādiem jautājumiem:

1. vai ārstu profesionālās izglītības līdzdiploma posmā pastāv pieprasījums pēc vispārējo kompetenču attīstības?
2. vai līdzšinējā iespēja procesu orientētai vadīšanai nepieciešamās kompetences apgūt brīvas izvēlesursos var nodrošināt slimnīcām nepieciešamā ārstu organizacionālā cilvēkkapitāla attīstību?

Vienlaikus arī pētījumā pirmajā daļā tiek noskaidrota studentu izpratne par piemērotāko laiku attiecībā pret kopējo profesionālās izglītības posmu, kurā dažādi vispārējo kompetenču aspekti būtu veidojami. Studentu vērtējums tika iegūts par tām zināšanu un prasmju jomām, kas visbiežāk minētas iepriekš apskatītajos ārsta profesijas kompetenču modeļos un kuras ir saistītas ar ārstu spēju izprast, piedalīties un vadīt nepieciešamo pārmaiņu procesu savās nākamajās darba vietās – prasmes komunicēt, strādāt komandā, risināt konfliktus, pārvaldīt savu un citu laiku, risināt pārrunas, deleģēt, vadīt, izprast uzņēmējdarbības principus, saprast veselības aprūpes sistēmu un iesaistīto pušu vajadzības. Pētījumā arī tika novērtēti vairāki faktori, kas varētu ietekmēt studenta vērtējumu attiecībā uz izvēlēto prasmju pārvaldi un nepieciešamību – studiju kurss, plānotā turpmākā specializācija vai darba vieta.

Pētījums aptvēra visu apmācības gadu medicīnas pamatstudiju studentus Latvijas Universitātē (izņemot ārvalstu) - vienā no divām Latvijas medicīnas profesionālo studiju programmām, kas sagatavo ārstus. Izvēli pētījumā iekļaut tikai studentus no vienas medicīnas profesionālo studiju programmas, autors pamato ar abu augstskolu studentu uzņemšanas nosacījumu līdzību, klīnisko

apmācību vienās un tajās pašās mācību bāzēs (universitāšu slimnīcās), vienādu iegūstamo kvalifikāciju, kā arī samērojamību studējošo skaita ziņā¹⁴.

Pētījumu uzsākot, tika saņemts attiecīgās fakultātes vadītāja saskaņojums. Tika izstrādāta tiešsaistē pieejama anketa, kuras izmantojamība mērķu sasniegšanai tika iepriekš pārbaudīta astoņu studentu pilotgrupā. Finalizētā anketas versija sastāvēja no divām daļām. Pirmajā daļā tika apkopoti respondentu raksturojošie lielumi – pašreizējais studiju gads, iecerētā tālākā profesionālā darbība specializācijas un prakses vietas ziņā, kā arī vairāki personības iezīmes raksturojoši lielumi. Anketas otrā daļa sastāvēja no desmit sapārotiem jautājumiem attiecībā uz dažādu sociālu un konceptuālu prasmju esamības un nepieciešamības novērtējumu. Pašnovērtējums visās jomās tika mērīts, pielietojot septiņu punktu Likerta skalu, kas attēlo respondenta vērtējuma attālumu no diviem pretējiem apgalvojumiem. Anketas noslēguma daļā bija atvērta tipa jautājums komentāriem un ieteikumiem par papildus prasmju jomām, kuru apgūšana būtu iekļaujama medicīnas studiju programmā.

Izmantojot interneta aptauju aplikāciju ‘Webanketa.com’, uzaicinājums piedalīties anonīmā aptaujā un saite uz aizpildāmo anketu tika izsūtīta visiem Latvijas Universitātes medicīnas fakultātes ārstniecības programmas studentiem (n=458) uz studiju grupu e-pasta adresēm. Sākotnējais dotais anketas aizpildīšanas laiks bija viens mēnesis, tā laikā atgādinājums anketas aizpildīšanai tika izsūtīts divas reizes. Lai palielinātu atsaucības pakāpi, pēc trim mēnešiem atkārtota uzaicinājuma vēstule un anketa ar fakultātes sekretariāta palīdzību tika izsūtīta uz studentu individuālajam e-pasta adresēm, un nākamā mēneša laikā studentiem tika izsūtīti vēl divi atgādinājumi ar aicinājumu piedalīties pētījumā.

Iegūtie dati tika analizēti, pielietojot sociālo zinātņu statistikas programmu SPSS. Aptaujas anketas iekšējā konsekvence un uzticamība tika pierādīta, pielietojot Kronbaha α testu (0.91, kopīgi vērtējot 10 jautājumu pārus). Tālākajā datu analīzē, novērtējot katru aptaujas jautājumu, tika pielietotas vienkāršās aprakstošās statistikas metodes. Vērtības starpība starp studenta subjektīvo pašam piemītošo zināšanu un prasmju novērtējumu un studenta subjektīvo novērtējumu par nepieciešamību iegūt attiecīgās zināšanas un prasmes tika aprēķināta katram jautājumu pārim un definēta kā zināšanu plaisa attiecīgajā jomā. Zināšanu plaisas (*knowledge gap*) jēdziens līdzīgi tiek definēts arī cita pētījumā, kas veikts Kanādā ārstu rezidentu vidū (Stergiopoulos et al., 2010) – zināšanu plaisa specifiskā jomā tika definēta kā starpība starp vērtējuma ballēm starp esošo zināšanu pašnovērtējumu un šī veida zināšanu nepieciešamības pakāpi nākotnes profesijā. Tālākai korelāciju analīzei un salīdzināšanai statistiskās ticamības sliekšnis tika definēts pie p vērtības 0.05.

¹⁴ http://www.izm.gov.lv/images/statistika/augst_izgl/04.xls

Atbildējušo izlases pārstāvniecības sadalījuma novērtējums pēc studiju gada attiecībā uz kopējo aptaujas populāciju tika veikts, pielietojot *hi* kvadrāta kritērija analīzi.

Vidējā zināšanu plaisa katrā atsevišķā zināšanu un prasmju jomā papildus tika vērtēta attiecībā pret kopējo vidējo zināšanu nepietiekamību visiem respondentiem visās desmit izpētes jomās.

Nolūkā identificēt ar tālāko loģisko analīzi apstiprināmās iespējamās cēloņsakarības korelāciju analīze attiecībā pret kopējās zināšanu plaisas skaitlisko vērtību tika veikta tādām respondentu raksturojošām pazīmēm kā studiju gads, iecerētā nākotnes prakses vieta un tās darbības forma, pašnovērtējums savām ka līdera īpašībām, priekšstats par sagaidāmās konkurences nozīmi.

Pētījuma gaitā no 458 kontaktētajiem studentiem, tika saņemtas 257 pilnībā aizpildītas anketas (atsaucība 56.0%). Lai arī atbildējušo īpatsvars ir pietiekams tālākai izpētei, atšķirīgais studentu skaits katrā no kursiem un atšķirīgais atbildējušo īpatsvars dažādosursos liek secināt to, ka kopējais pētījuma rezultāts nepietiekami reprezentē pirmā kursa studentu vērtējumu un pastiprināti reprezentē ceturto un sestā kursa studentu vērtējumu (skat. 3.10. tabulu).

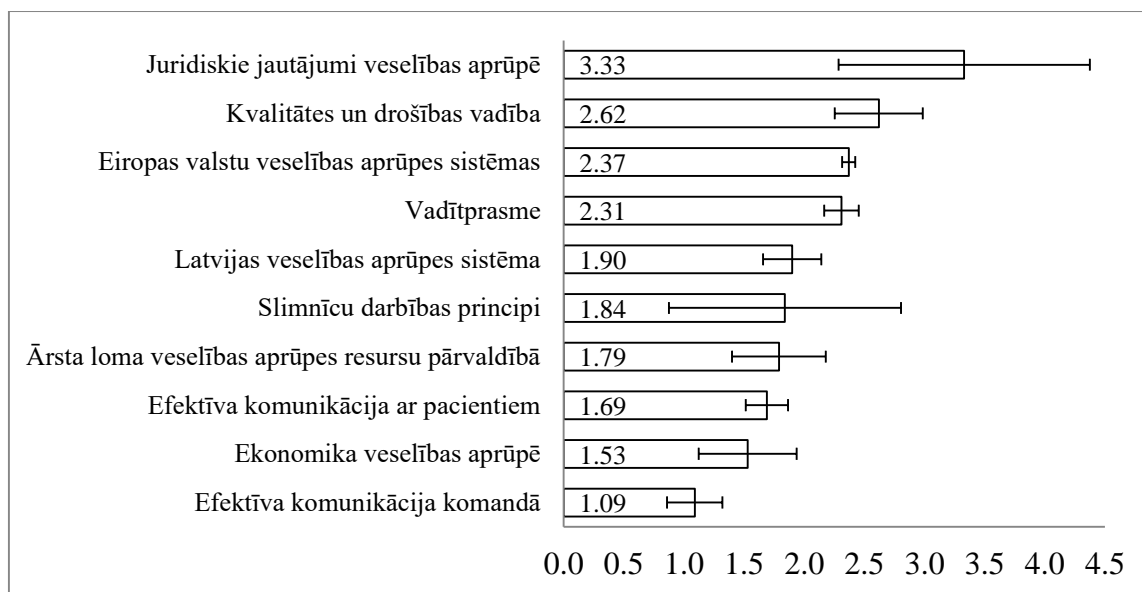
3.10. tabula.

Pētāmās populācijas un respondentu sadalījums atbilstoši studiju gadam (n=257)

Studiju gads	Aptveramā populācija	% no kopskaita	Atbildējušo populācija	% no atbildējušiem (Σ=100%)	%, kas atbildējušo no kopskaita
	N = 458		N = 257		
1*	149	32.5	65	25.3	43.6
2	97	21.2	51	19.8	52.6
3	64	14.0	39	15.2	60.9
4*	46	10.0	34	13.2	73.9
5	52	11.4	31	12.1	59.6
6*	50	10.9	37	14.4	74.0

* Nozīmīga atšķirība pētījuma populācijas un respondentu pārstāvniecībā $p < 0.01$

Pētījuma rezultāti liecina, ka no atbildējušajiem 97.7% apstiprina, ka tiem nav pietiekamas un vēlāk profesijā nepieciešamas zināšanas visās apskatītajās jomās. Respondentu subjektīvo vērtējumu (par tiem piemītošajām zināšanām / prasmēm un attiecīgās jomas zināšanu / prasmju svarīgumu ārsta profesijā) starpība, kas definēta kā zināšanu plaisa, vizīteiktākā ir attiecībā uz juridiskiem jautājumiem veselības aprūpē (3,33 no 7 ballēm), bet vismazākā – attiecībā uz efektīvu komunikāciju komandā (1,09 no 7 ballēm) (skat 3.8. attēlu).



3.8. attēls. Zināšanu plaisa sociālo un konceptuālo zināšanu un prasmju jomās (n=257)

Lielāka atšķirība starp subjektīvo vērtējumu starp esošajām zināšanām un svarīgumu tās iegūt papildus, netieši norāda uz lielāko gatavību attiecīgo jomu apgūt papildus.

Respondentu vērtējumā, no apskatītajām zināšanu un prasmju jomām visvairāk pārvaldītās jomas ir saistītas ar komunikācijas prasmi komandā un ar pacientiem. Vienlaikus abas šīs jomas, kopā ar kvalitātes un drošības vadību, ir tās, kuru apguves svarīgumu respondenti vērtē visaugstāk. Citas, pēc jau piemītošā zināšanu apjoma augsti vērtētas jomas ir „Latvijas veselības aprūpes sistēma” un „Kvalitātes un drošības vadība”. Jomas ar salīdzinoši augstu svarīgumu tās apgūt ir arī „Latvijas un Eiropas veselības aprūpes sistēmas”. Kā vismazāk pārzinātās jomas respondenti atzīmē „Juridiskie jautājumi veselības aprūpē” un „Slimnīcu darbības principi”. Starp visām apskatītajām jomām respondentiem vismazāk svarīgās apgūšanai likās „Ekonomika veselības aprūpē” un „Slimnīcu darbības principi”. Tomēr visās jomās aprēķinātā zināšanu plaisa bija nozīmīga (skat. 3.11. tabulu)

Studentu subjektīvais vērtējums par zināšanu un prasmju jomām (n=257)

Zināšanu un prasmju joma	Vērtējums par jau piemītošajām zināšanām		Vērtējums par svarīgumu iegūt zināšanas		Zināšanu plaisa	Zināšanu plaisa %
	Vidēji	SD	Vidēji	SD		
Efektīva komunikācija komandā	5.17	1.74	6.15	1.84	1.09	15.57
Efektīva komunikācija ar pacientiem	4.80	1.89	6.33	1.78	1.53	21.86
Latvijas veselības aprūpes sistēma	3.64	1.32	5.95	1.38	2.31	33.00
Kvalitātes un drošības vadība	3.46	1.68	6.09	1.84	2.62	37.43
Ārsta loma veselības aprūpes resursu pārvaldībā	3.27	1.66	5.11	1.84	1.84	26.29
Eiropas valstu veselības aprūpes sistēmas	2.84	1.20	5.48	1.20	1.79	25.57
Ekonomika veselības aprūpē	2.83	1.50	4.27	1.67	1.69	24.14
Vadītprasme	2.79	1.49	5.16	1.39	2.37	33.86
Slimnīcu darbības principi	2.74	1.50	4.83	1.98	1.90	27.14
Juridiskie jautājumi veselības aprūpē	2.21	1.28	5.54	1.80	3.33	47.57

Vidējā kopīgā zināšanu plaisa visiem respondentiem visas apskatītajās jomās kopā bija 2.1 (SD 1.11), jeb 30.1% no 7 piedāvātajām novērtējuma ballēm Likerta skalā.

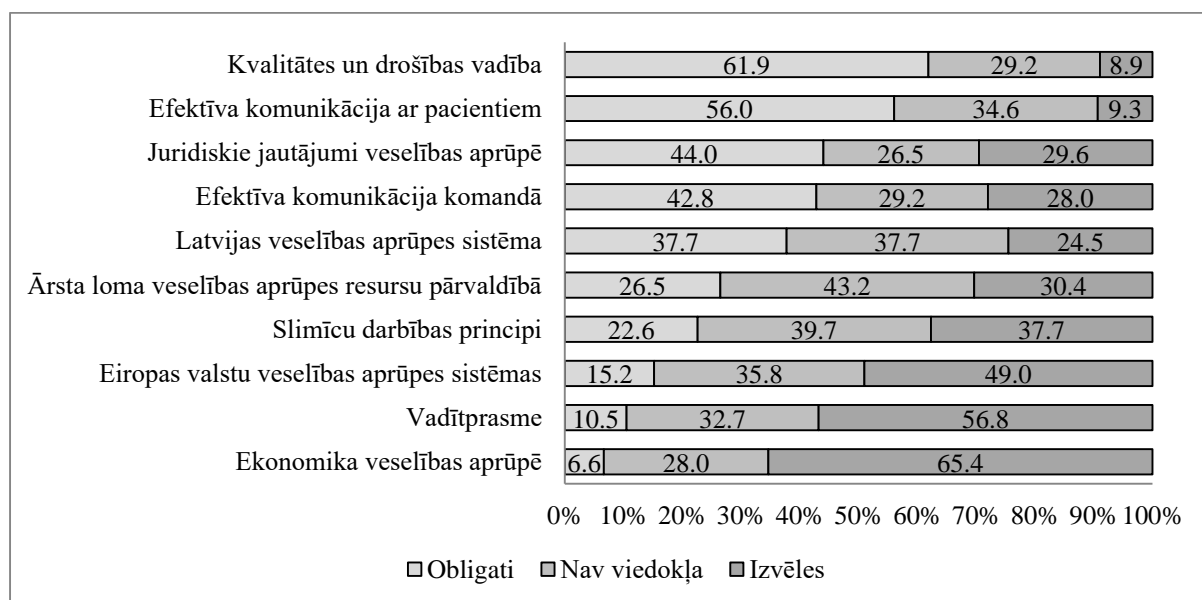
Lai noteiktu faktoros, ar ko saistīta lielāka vai mazāka zināšanu plaisa un kas būtu jāņem vērā, veidojot attiecīgas apmācību programmas, papildus tika noskaidrotas iespējamās šī rādītāja korelācijas ar atsevišķām aptaujāto studentu kopu raksturojošām pazīmēm. Atbilstoši konstatētajai vājai, bet statistiski ticamai korelācijai, ir sagaidāms, ka jaunāko studiju gadu studentiem un tiem, kas plāno kļūt par ģimenes ārstiem (8,6 % no kopskaita), zināšanu plaisa būs mazāka nekā kopējai studentu populācijai, savukārt tā būs vairāk izteikta studentiem, kas paredz strādāt privātā medicīnā (44.7%), studentiem, kas vairāk uzņemas līdera lomu, un studentiem, kas augstāk novērtē iespējamās konkurences ietekmi profesionālajā darbībā. Statistiski ticami zināšanu nepietiekamību neietekmē ne izvēle par labu strādāšanai valsts vai pašvaldību iestādē (53,3%), ne nespēja vēl izlemt par tālāko karjeru pēc studiju beigšanas (14,4%), ne vēlme strādāt citā darbā veselības aprūpē (8,9% no kopskaita), vai ārpus tās (1,2%). Tāpat nav sagaidāma ietekme uz zināšanu nepietiekamību vēlmei strādāt Rīgā (39.3%), citur Latvijā (13.2%) vai ārzemēs (25,3%) (skat. 3.12. tabulu).

Respondentu populāciju raksturojošo parametru un kopīgās vidējās zināšanu plaisas korelāciju analīze (n=257)

Pazīme	Pirsona korelācijas koeficients	p vērtība
Studiju gads	-0.297**	0.00
Vēlme strādāt valsts medicīnā	-0.019	0,75
Vēlme strādāt privātā medicīnā	0.253**	0.00
Vēlme strādāt ģimenes ārsta privātp praksē	-0.213**	0.00
Vēlme strādāt Rīgā	-0.045	0.47
Vēlme strādāt citur Latvijā	0.073	0,24
Vēlme strādāt ārzemēs	-0.044	0.48
Līdera lomas uzņemšanās	0.140*	0.02
Konkurences profesijā novērtēšana	0.259**	0.00

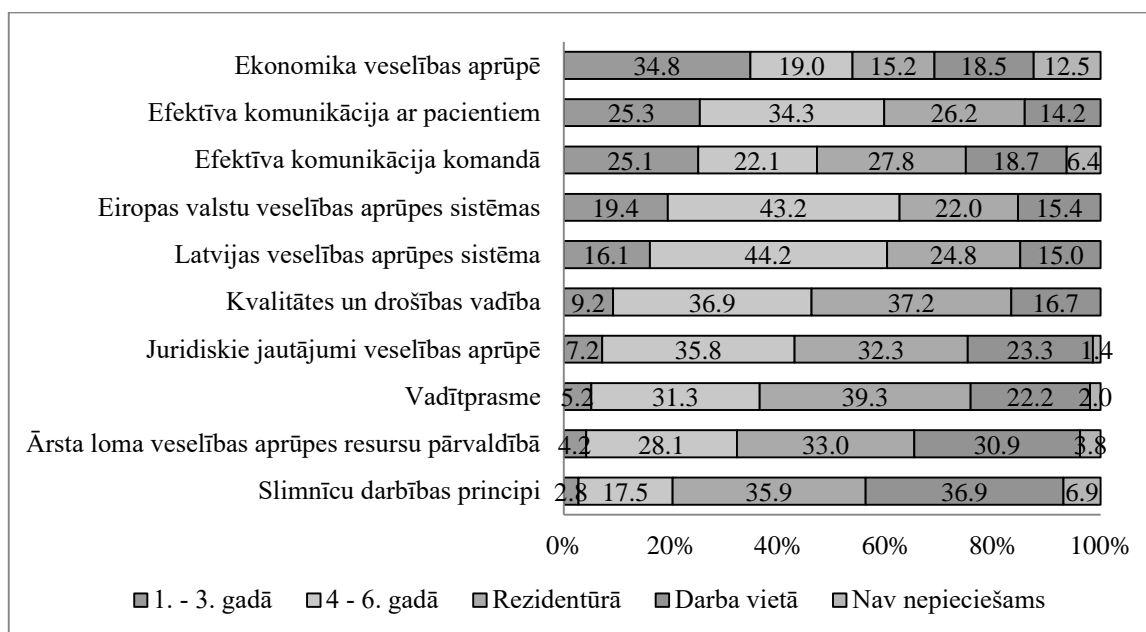
** . Korelācija ir nozīmīga p < 0.01 līmenī * . Korelācija ir nozīmīga p < 0.05 līmenī

Attiecībā uz vēlamo iespējamo papildus apmācību periodu un apmācības veidu (obligāts / izvēles priekšmets), respondentu izvēles būtiski atšķīrās starp zināšanu jomām. Kā trīs visbiežāk kā obligāti apmeklējamās minēja tādas jomas kā „Kvalitātes un drošības vadība”, „Efektīva komunikācija ar pacientiem” un „Juridiskie jautājumi veselības aprūpē”, savukārt „Ekonomika veselības aprūpē”, „Vadītprasme” un „Eiropas valstu veselības aprūpes sistēmas” bija biežāk minētās jomas, kurām būtu jābūt kā izvēles priekšmetiem (skat. 3.9. attēlu).



3.9. attēls. Respondentu viedokļa sadalījums attiecībā uz apmācības veidu

Attiecībā uz iespējamo papildu jomu apmācības laiku respondentu atbildēs bija ievērojamas variācijas. Jomas, kas visbiežāk tika minētas kā iekļaujamas studiju sākuma gadu apmācību programmā, bija „Ekonomika veselības aprūpē”, „Efektīva komunikācija ar pacientiem” un „Efektīva komunikācija komandā”. Savukārt tādas jomas kā „Slimnīcu darbības principi”, „Ārsta loma veselības aprūpes resursu pārvaldībā” un „Vadītprasme” bija tās, kuru apmācību visbiežāk vēlējas redzēt kā rezidentūras studiju vai tālākizglītības darba vietā sastāvdaļu (skat. 3.10. attēlu).



3.10. attēls. Respondentu viedokļa sadalījums attiecībā uz apmācību laiku profesionālās izglītības procesā

Pētījumā konstatēts, ka ārstu profesionālajā izglītībā Latvijā pastāv pieprasījums pēc vispārējo kompetenci veidojošas apmācības. Pētījums sniedz detalizētāku ieskatu studentu subjektīvajā vērtējumā attiecībā uz dažādām vispārējas kompetences jomām – gan to obligātu vai izvēles mācīšanas veidu, gan studiju laiku, kad šādas jomas būtu mācāmas. Protams, studiju programmas attīstībā apmācāmo viedoklis nav un nevar būt vienīgais, tomēr tas ir jāuzskata par svarīgu, ieviešot zināmā mērā netradicionālas pārmaiņas studiju programmā. Pētījums pierāda, ka ir iespējama, un no studējošo puses pieņemta, medicīnas studiju programmas maiņa nolūkā tajā ietvert studiju priekšmetus vispārējo kompetenču attīstībai. **Medicīnu studējošie apzinās konceptuālu zināšanu un prasmju svarīgumu un atbalsta tādu papildus jomu studēšanu, kas vēlāk dos tiem iespēju efektīvāk darboties veselības aprūpes uzņēmumos un sistēmās gan ārsta, gan vadītāja un līdera lomā.** Šis ir svarīgs un gaidīts rezultāts, jo, atšķirībā no tehniskām zināšanām un prasmēm, daļai no vispārējam kompetencēm ir jāsāk veidojas iespējami agrīni, jo ir nepieciešama arī ietekme uz dziļākām un tādēļ grūtāk maināmām kompetences sastāvdaļām – vērtībām, motīviem, rakstura īpašībām (skatīt 89. lpp. par kompetenču attīstību). Lai ārsta ietekme un dabiskā līdera loma pārmaiņu procesā būtu vērsta uz organizācijas

interesēm, ar iegūtām zināšanām vadības, ekonomikas un veselības organizācijas jomā varētu nebūt pietiekami motivācijai tās izmantot, ja šīs zināšanas un prasmes nebūs patiesas kompetences līmenī – tātad balstītas uz iespējami agrāk izveidotu vērtību sistēmu.

Fakts, ka lielāku zināšanu nepietiekamību dažādās vispārējo kompetenču jomās izjūt jaunāko studiju kursu studenti, ļauj secināt, ka, apgūstot pamatā profesionālos mācību priekšmetus, studentiem pieaug subjektīvais vērtējums par savas vispārējās kompetences līmeni. Tātad ilgāks studiju laiks, pat tad, ja tajā formāli netiek mācīti priekšmeti vispārējo kompetenču attīstībai, mazina subjektīvo sajūtu par zināšanu nepietiekamību kādā no jomām, un līdz ar to **var sagaidīt topošo ārstu mazāku motivāciju papildus attīstīt vispārējās kompetences, pieaugot to profesionālajai kompetencei vēlākos studiju gados.** Tātad šis secinājums liecina par nepieciešamību vispārējo kompetenci attīstošu izglītošanu uzsākt jau agrākajos studijuursos.

Sakarā ar plašajām variācijām gan respondentu starpā, gan attiecībā uz studiju jomu iegūto rezultātu interpretācija par iespējamo apmācību brīvprātīgo vai obligāto raksturu un vēlamo laiku nevar būt viennozīmīga. Tikai divas jomās – „Kvalitāte un drošības vadība” un „Efektīva komunikācija ar pacientiem” – vairāk kā 50% respondentu pauda vēlmi redzēt attiecīgo priekšmetu kā obligāti pasniedzamu, savukārt tādas konceptuālai kompetencei svarīgas jomas kā „Ekonomika veselības aprūpē” un „Vadītprasme” kā obligātas vēlējās redzēt tikai attiecīgi 6,6 un 10,5% respondentu. Tas nozīmē, ka, iekļaujot attiecīgas apmācības medicīnas studiju programmā kā izvēles priekšmetus, saglabājas visai liela iespēja, ka ievērojama daļa studentu tos neizvēlētos. Ņemot vērā šo konstatējumu ir jāsecina, ka **iespēja procesu orientētai vadīšanai nepieciešamās kompetences apgūt brīvas izvēlesursos nevar nodrošināt visaptverošu slimnīcām nepieciešamā ārstu organizacionālā cilvēkkapitāla attīstību.** Šis atzinums arī netieši norāda uz to, ka tradicionālai medicīnas izglītībai „svešu” studiju priekšmetu didaktiska mācīšana negūs pietiekamu atsaucību no studentu puses un ir nepieciešama vispārējo kompetenču attīstībai nepieciešamo tēmu maksimāla integrēšana jau esošajos mācību priekšmetos visā studiju laikā. Vadītprasmes apmācība, to integrējot esošajos apmācību priekšmetos, tiek ieteikta, arī balstoties uz citiem pētījumiem (Cox, Pacala, Vercellotti, & Shea, 2004). Tomēr konceptuālo kompetenču iegūšanai nepieciešamās apmācības integrēšana klīniskajā apmācībā prasa arī pietiekamu pašu klīnisko priekšmetu pasniedzēju kontekstuālo kompetenci un motivāciju to pielietot mācību procesā.

Faktiskā darba vides izpēte Latvijas slimnīcās (skat. 3.1. nodaļu) un veiktā esošās situācijas izpēte topošo ārstu sagatavošanā, ļauj secināt, ka **pārejas uz procesu orientētu vadīšanu sistēmas sastāvdaļai ir jābūt arī pasākumiem, kas vērsti uz jauno ārstu atbilstošāku sagatavošanu darbam slimnīcā, veicinot vispārējās kompetences attīstībai nepieciešamo zināšanu un prasmju integrēšanu to profesionālās izglītības posmā.**

Šī pētījuma rezultātu nepastarpināta izmantošana medicīnas studiju programmu korigēšanā tomēr nebūtu atbalstāma, ņemot vērā, ka šis pētījums neaptver mācībspēku un iespējamo darba devēju pārstāvju un vadītāju veselības aprūpē viedokļa vērtējumu, kā arī aptvēra studējošos tikai vienā augstskolā. Līdz ar to būtiskas izmaiņas medicīnas studiju programmās, atbildot uz būtiskām pārmaiņām veselības aprūpē un sabiedrībā kopumā, jāpamato ar paplašinātu pētījumu, tostarp starptautiski salīdzinot dažādu augstskolu medicīnas studiju programmas, kas veikta šī pētījuma otrajā daļā.

Veiktā pētījuma otrajā daļā tiek meklēta atbilde uz šādu jautājumiem:

1. Vai dažādu valstu augstskolu medicīnas profesionālās izglītības programmās aktivitāšu apjoms un saturs topošo ārstu vispārējo kompetenču attīstībai atšķiras
2. Vai pārejai uz procesu orientētu vadīšanu slimnīcā ir iespējams ārstu profesionālajā izglītībā Latvijā palielināt konceptuālās kompetences attīstošas apmācības īpatsvaru.

Tāpēc kopēja **pētījuma otrā posma mērķis ir, starptautiski salīdzinot un nosakot atšķirības dažādu augstskolu medicīnas profesionālo studiju programmās attiecībā uz tādu kursu integrāciju, kas vērsti uz vispārējo kompetenču attīstību, pamatot iespēju medicīnas studiju programmās Latvijas augstskolās palielināt šādu kursu īpatsvaru.** Apsekojumā īpaši tika vērtēta tādu apmācības kursu esamība, kas var kalpot par pamatu konceptuālām zināšanām un prasmēm vadīšanai un līderībai veselības aprūpes sistēmās nepieciešamo kompetenču attīstībai. Papildus tika vērtēts studiju periods, kurā šāda veida kursi tika mācīti.

Apsekojumā tika iekļautas visas piecas medicīnas studiju programmas trīs Baltijas valstīs (Latvija un Lietuva – divas studiju programmas, Igaunija – viena studiju programma). Lai iegūtu ģeogrāfiski plašāku salīdzinājumu par citām Eiropas valstu studiju programmām, papildus tika veikta izpēte par to brīvu pieejamību internetā. Tā kā lielai daļai Eiropas valstu universitāšu brīvi pieejami pietiekami detalizēti studiju programmu apraksti nav pieejami, plašāks programmu ģeogrāfiskais salīdzinājums bija ierobežots, un apsekojumā salīdzināšanai tika iekļautas tikai atsevišķas, publiski pieejamas programmas no Čehijas, Norvēģijas, Ungārijas un Polijas universitātēm. Uz pieejamību balsūta atlase ir ierobežojums salīdzinošam pētījumam, tāpēc citu Eiropas valstu studiju programmu apsekojuma uzdevums ir ilustrēt iespējamās variācijas.

Atlasīto studiju programmu saturs tika vērtēts atkarībā no tā, kāda tipa kompetences tas attīsta visvairāk. Studiju kursi tika sadalīti kategorijās, balstoties uz trīs Dafta (Daft, 2012) identificētajiem un definētajiem prasmju tipiem, kuriem būtu jāpiemīt vadītājam un zināmā mērā arī jebkurai organizācijā strādājošajam:

- (1) tehniskās prasmes – spēja pielietot metodes, procesus un tehnoloģijas konkrētā darbības jomā, apgūstamas teorētiskā un praktiskā apmācībā, kā arī veidojoties pieredzei darbā;

- (2) sociālās prasmes – spēja darba vietā veiksmīgi sadarboties ar citiem cilvēkiem, tos saprast, motivēt un vadīt;
- (3) konceptuālās prasmes – prāta spēja vizualizēt visas kompleksās savstarpējās attiecības, kādas eksistē organizācijā starp tajā strādājošajiem, organizācijas struktūrvienībām, kā arī starp organizāciju un vidi, kurā tā darbojās – spēja redzēt organizāciju kā vienotu sistēmu un lielākas sistēmas daļu.

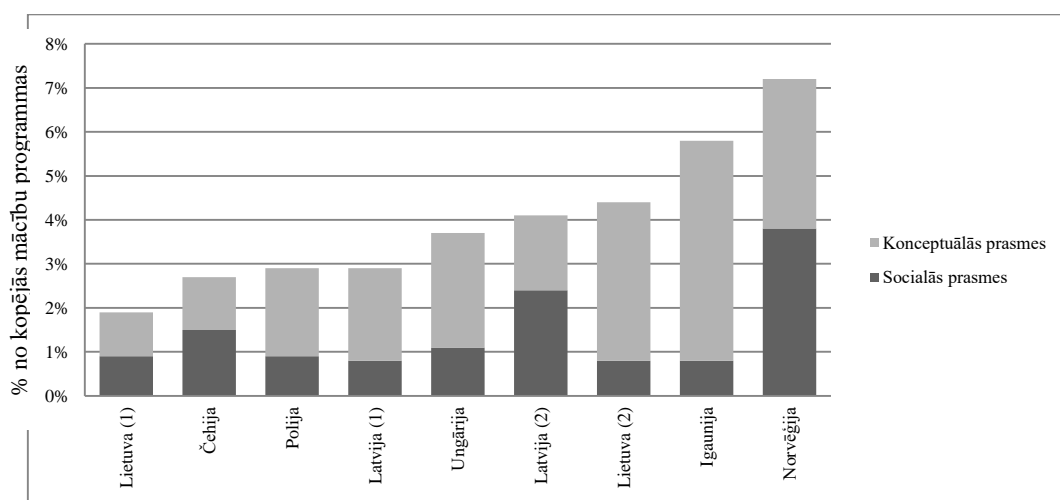
Sadalot kursus minētajās kategorijās, par tehniskas prasmes veidojošiem kursiem tika uzskatīti visi biomedicīnas, bāzes zinātnes, klīniskie, valodas, terminoloģijas un medicīnas informātikas kursi. Visi pārējie kursi tika uzskatīti par tādiem, kas pamatā vērsti uz sociālu vai konceptuālu prasmju attīstīšanu. Kā atsevišķa apakšgrupa otra tipa kursiem atsevišķi tika uzskaitīti kursi, kas speciāli paredzēti vadības prasmju attīstībai. Netehnisko prasmju kursu sadalījums starp sociālo un konceptuālo kursu grupām bija subjektīvs, jo kursu nosaukumi dažādu universitāšu programmās bija atšķirīgi, un tie nesniedza pilnu informāciju par kursa saturu. Atlasīto kursu īpatsvars tika aprēķināts kā tiem atbilstošo kredītpunktu skaits no kopējā studiju apjoma, vai mācību nedēļu skaits no kopējā studiju laika.

Autora veiktās studiju programmu analīzes konsolidētie dati liecina par to, ka dažādu augstskolu profesionālo medicīnas studiju programmās ietvertie kursi sociālo un konceptuālo prasmju attīstīšanai ievērojami atšķiras gan apjoma, gan satura, gan studiju gada, gan to apmācības obligātuma vai izvēles ziņā (skat. 3.13. tabulu un 3.11. attēlu).

Sociālās un konceptuālās prasmes attīstoši kursi dažādās universitātēs, to īpatsvars kopējā studiju apjomā, studiju gads, kurā notiek kurss

Valsts	Sociālās prasmes attīstoši kursi			Konceptuālās prasmes attīstoši kursi		
	Kursa nosaukums	Apjoms no kopējās studiju programmas %	Studiju gads	Kursa nosaukums	Apjoms no kopējās studiju programmas %	Studiju gads
Lietuva (1) (Lithuanian University of Health Sciences, 2011)	Vispārējā psiholoģija	0.3%	2	Sociālā medicīna	0.4%	3
	Medicīnas ētika	0.6%	4	Vadība, kvalitāte un juridiskie jautājumi veselības aprūpē	0.6%	4
Lietuva (2) (University of Vilnius, 2011)	Medicīnas ētika	0.8%	5	Medicīnas vēsture	0.8%	1
				Sabiedrības veselība	1.4%	2
				Sociālā medicīna. Veselības likumdošana un ekonomika	1.4%	6
Latvija (1) (Rīga Stradiņš University, 2011)	Medicīnas filozofija un bioētika	0.8%	1	Ievads specialitātē un informācijas pārvaldība	0.3%	1
	Medicīnas ētika un likumdošana	0.8%	1	Ievads medicīnas vēsturē	0.3%	1
	Filozofiska antropoloģija (Izvēles kurss)	0.8%	1	Medicīnas socioloģija (Izvēles kurss)	0.8%	2
	Starpkultūru attiecības, ievads studiju procesā (Izvēles kurss)	0.8%	1	Sabiedrības veselība un epidemioloģija	0.8%	4
	Komunikācijas psiholoģija (Izvēles kurss)	0.8%	2	Ekonomika un veselības aprūpes organizācija (Izvēles kurss)	0.8%	4
	Personību psiholoģija (Izvēles kurss)	0.8%	2	Juridisko jautājumu pamati	0.3%	6
	Personalitātes teorijas (Izvēles kurss)	0.8%	3			
	Medicīnas ētikas pamatjautājumi	0.8%	3			
	Ārstnieciskie un ētiskie ārstu – pacientu attiecību aspekti	0.8%	6			
Latvija (2) (University of Latvia, 2010)	Psiholoģija	0.8%	1	Ievads medicīnā	0.8%	1
	Ētika (Izvēles kurss)	0.8%	2	Sociālā medicīna (Izvēles kurss)	0.8%	4
	Biheiviorālā medicīna (Izvēles kurss)	0.8%	4	Medicīnas vēsture un ētika	1.3%	5
Igaunija (University of Tartu, 2011)	Medicīnas teorija un ētika	0.8%	2	Medicīnas vēsture	1.3%	1
	Krīzes komunikācija ar pacientu (Izvēles kurss)	1.3%		Ievads medicīnā	0.3%	1
	Ievads filozofijā (Izvēles kurss)	1.3%		Veselības veicināšana un medicīniskā socioloģija	1.7%	2
				Veselības aprūpes vadība un ekonomika	1.7%	6
				Medicīnas jurisprudence (Izvēles kurss)	0.6%	
			Medicīnas tehnoloģiju novērtēšana (Izvēles kurss)	0.6%		

Valsts	Sociālās prasmes attīstoši kursi			Konceptuālās prasmes attīstoši kursi		
	Kursa nosaukums	Aptoms no kopējās studiju programmas %	Studiju gads	Kursa nosaukums	Aptoms no kopējās studiju programmas %	Studiju gads
Polija (Medical University of Gdansk, 2010)	Medicīnas psiholoģija	0.6%	2	Medicīnas vēsture	08%	1
	Medicīnas ētika un deontoloģija	03%	6	Socioloģija medicīnā	0.6%	4
				Sabiedrības veselība	0.6%	4
Ungārija (University of Szeged, 2011)	Ievads psiholoģijā un komunikācijā	0.8%	2	Ievads medicīnā	0.6%	1
	Medicīniskā psiholoģija	0.3%	4	Sabiedrības veselība	1.4%	4
				Sociālā un veselības politika	0.6%	5
Čehija (Charles University in Prague, 2011)	Medicīnas psiholoģija un psihoterapija	0.6%	4	Sabiedrības veselības pakalpojumi un jurisdikcija	1.2%	6
	Biomedicīnas ētika	0.9%	2; 4			
Norvēģija (University of Oslo, 2011)	Medicīnas ētika	0.4%	1	Ex. philosophicum	1.7%	1
	Klīniskā komunikācija	3%	Visi	Kopienas medicīna	1.7%	Visi
	Biheiviorālās zinātnes	0.4%	4			

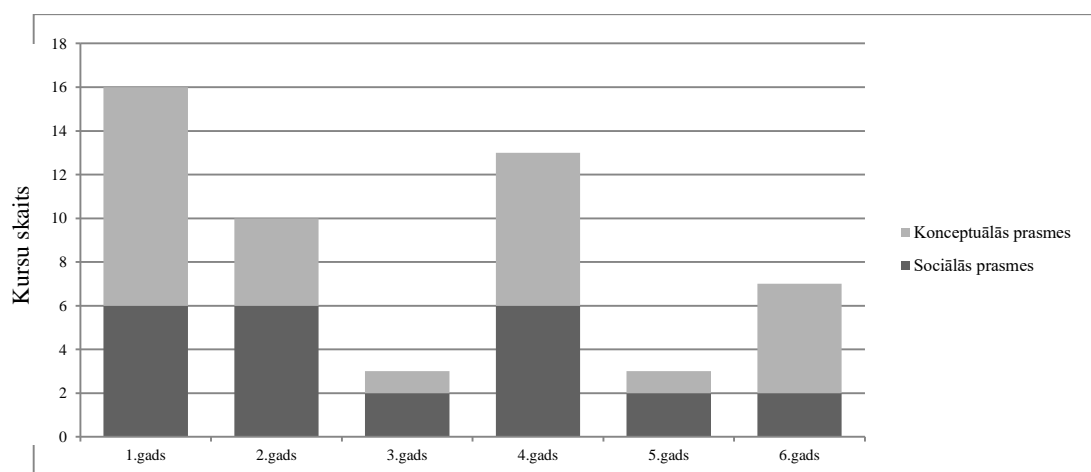


3.11. attēls. Konceptuālās prasmes attīstošo obligāto kursu īpatsvars kopējā mācību programmā un to sadalījums starp sociālās un konceptuālās prasmes attīstošiem kursiem

Kopējais obligāto konceptuālās prasmes attīstošo kursu īpatsvars apskatītajās studiju programmās sastādīja no 1.9% līdz 7.2% (sociālās prasmes attīstošie kursi – no 0.8% līdz 3.8%, bet konceptuālās

prasmes attīstošie kursi no 1 % līdz 5%) no kopējā medicīnas studiju apjoma. Papildus obligātiem kursiem vairākas no augstskolām piedāvā arī izvēles kursus, kas varētu attīstīt sociālas un konceptuālas prasmes. Kopumā lielākā daļa uz sociālajām prasmēm orientēto kursu paredz apmācību ētikas un / vai psiholoģijas jomā (no kopā 28 apskatāmajiem kursiem, 11 bija saistīti ar ētikas un 12 ar psiholoģijas jomu). Savukārt no kursiem, kas attīsta konceptuālās prasmes, lielākā daļa bija veltīta sabiedrības veselībai, veselības vēsturei un jurisdikcijai (no 32 kopā apskatāmajiem kursiem 8 bija veltīti sabiedrības veselībai, 6 medicīnas vēsturei un 5 juridiskajiem jautājumiem). No visām deviņām universitātēm, tikai četros gadījumos medicīnas studiju programmā bija integrēti kursi, kas veltīti ekonomikas, vadības un veselības aprūpes sistēmas organizācijas jautājumiem. No minētajiem kursiem tikai trīs gadījumos tie bija obligāti. Lielākais šāda veida obligāti apgūstamo kursu īpatsvars bija 17% (Tartu Universitāte).

Attiecībā uz konceptuālās prasmes attīstošo kursu norises laiku kopējā studiju programmās starp universitātēm arī bija vērojamas lielas atšķirības. Tomēr kopīga bija tendence sociālās un konceptuālās kompetences veidojošos obligātos kursus visvairāk mācīt pirmajā, otrajā un ceturtajā studiju gadā (skat. 3.12. attēlu).



3.12. attēls. Obligāto ne-tehniskās kompetences veidojošo kursu pasniegšanas gads medicīnas studiju programmās

Kursi, kas specifiski bija veltīti ekonomikas, vadības un veselības aprūpes organizācijas apmācībai, tika pasniegti 4. studiju gadā (2 gadījumi) un 6. studiju gada (2 gadījumi).

Interpretējot studiju programmu satura analīzes rezultātus, ir jāņem vērā vairāki papildus apsvērumi. Pirmkārt, ir skaidrs, ka sociālo un konceptuālo prasmju apguve medicīnas studiju procesā neaprobežojas tikai ar formālo apmācību kursos. Studiju kursu apraksts neatspoguļo neformālo iespēju iegūt prasmes visā studiju procesā, arī kursos, kuru primārais mērķis ir sniegt tehniskas zināšanas un attīstīt tehniskas prasmes. Otrkārt, šajā pētījumā netiek veikta dziļāka katra atsevišķā kursa satura vērtēšana – analizējamie

faktori ir kursa nosaukums, tā apjoms, izteikts kredītpunktos vai mācību nedēļās, un kursa pasniegšanas laiks kopējā studiju programmā. Tas nozīmē, ka sociālo un konceptuālo prasmju apmācības apjoms un saturs patiesībā var būtiski atšķirties pat kursiem ar līdzīgu nosaukumu un vienādu apjomu. Tomēr pētījuma rezultāti kopumā ļauj novērtēt esošo situāciju attiecībā uz vispārējās kompetences attīstošu izglītības aktivitāšu iekļaušanu medicīnas studiju programmās visās trīs Baltijas valstīs un atsevišķās citu Eiropas valstu augstskolās.

Veiktais apsekojums liecina, ka, neraugoties uz pieaugošu pieprasījumu ārstu profesionālo izglītību veidot tādu, kas bez tehniskām prasmēm attīsta arī sociālas un konceptuālas prasmes, kas nepieciešamas ārsta darbam sarežģītās sociāli tehniskās sistēmās, medicīnas studiju programmu piedāvājums vispārējo kompetenču attīstībai būtiski atšķiras. No abu Latvijas augstskolu 240 kredītpunktu medicīnas studiju programmām kursi, kas veltīti sociālu vai konceptuālu prasmju attīstībai, sastāda attiecīgi 10.5 un 5.3 procentus, kas vienā gadījumā atbilst, bet otrā neatbilst augstākās izglītības valsts standartā noteiktajam, ka kopējā mācību kursā 20 kredītpunktu apmērā ir obligāti jāparedz vispārīzglītojošie studiju kursi humanitārajās un sociālajās zinātnēs, tai skaitā pedagoģijā, psiholoģijā un biznesa ekonomikā. Jāatzīmē, ka nevienā no Latvijas augstskolu medicīnas studiju programmām šajā standartā minēto 6 kredītpunktu apjomu nesasniedz to kursu apjoms, kas attīsta komunikatīvas un organizatoriskās pamatiemaņas arī uzņēmējdarbības profesionālo kompetenču veidošanai (t.sk. uzņēmumu organizācija, vadīšanas metodes, projektu izstrādes un vadīšanas pamati, lietvedības un finanšu uzskaites sistēma, utt.). Tomēr no šajā apsekojumā ietvertajām citu Baltijas valstu un atsevišķu Eiropas valstu augstskolu medicīnas studiju programmām divās no augstskolām – Igaunijā un Norvēģijā – studiju kursi vispārējo kompetenču attīstībai sasniedz šo Latvijas augstākās izglītības standartā paredzēto līmeni. No tā var secināt, ka augstskolu reakcija uz augošo pieprasījumu nozarei gatavot profesionāļus, kas piemēroti darbam sarežģītās sociāli tehniskās sistēmās, ir atšķirīga un ka jau šobrīd daļa augstskolu ir reaģējušas uz veselības aprūpes darba tirgus prasībām vairāk nekā citas.

Pētījuma šīs daļas rezultāti sniedz apstiprinošu atbildi uz izvirzītajiem pētījuma jautājumiem – dažādu valstu augstskolu medicīnas profesionālās izglītības programmās aktivitāšu apjoms un saturs topošo ārstu vispārējo kompetenču attīstībai būtiski atšķiras, un pārejai uz procesu orientētu vadīšanu slimnīcā ir iespējams un nepieciešams ārstu profesionālajā izglītībā Latvijā palielināt konceptuālās kompetences attīstošas apmācības īpatsvaru.

Veiktā pētījuma abu daļu rezultātu sintēze ļauj secināt, ka ārstu profesionālajā izglītībā Latvijā pastāv pieprasījums pēc vispārējās kompetenci veidojošas apmācības (studējošo aptaujas rezultāti), bet studiju programmās attiecīga piedāvājuma apjoms ir salīdzinoši zems (starptautisks mācību programmu salīdzinājums). Vienlaikus, izpēte liecina, ka liela daļa vispārējo kompetenci veidojošie apmācību kursi

ir brīvas izvēles un arī studējošo aptauja liecina, ka tie labprātāk vispārējo kompetenci veidojošus kursus (piemēram, saistībā ar vadītprasmes un izpratnes par ekonomiku attīstību) velētos kā izvēles kursus.

Ņemot vērā šo secinājumu, kā arī iepriekš konstatēto vispārējās kompetences kritiski svarīgo nozīmi ārstiem procesu orientācijas slimnīcā attīstībā, autors secina, ka, uz **procesu orientētas sistēmas ieviešanas sastāvdaļa ir ārstu profesionālās izglītības vispārējo kompetenču attīstības apakšsistēma.** – tas pierāda trešo darbā izvirzīto tēzi.

Tātad, vispārējo kompetenču obligāta attīstība ārsta profesionālajā izglītībā ir jāuzskata par sastāvdaļu pārejai uz procesu orientētu slimnīcu.

Balstoties uz šī pētījuma rezultātiem, autors ir sagatavojis apmācību kursu medicīnas studentiem „Ekonomika un vadība veselības aprūpē”, kas ir iekļauts medicīnas studentu apmācību programmā (skat. 4. pielikumu).

Balstoties uz visiem šajā daļā aprakstītajiem veiktajiem pētījumiem, autors pierāda, ka, līdzīga tipa slimnīcās pastāvošo atšķirīgo skatījumu uz jaunām vadīšanas metodēm veido gan vadītāju, gan ārstu atšķirīgā izpratne par slimnīcas ilgtspējīgas attīstības uzdevumiem, un to negatīvi ietekmē ārstu sagatavošanā nepietiekamai veltītā uzmanība vispārējās kompetences attīstīšanai. Tas savukārt norāda uz to, ka **procesu vadīšanas ieviešanas metodoloģijai ir jābūt iespējami visaptverošai un vienotai, – aptverot ne tikai klīnisko procesu pārveidi, bet arī tajos iesaistīto profesionāļu apmācību vispārējās kompetences līmeņa paaugstināšanai.**

4. PROCESU VADĪŠANAS SISTĒMAS ELEMENTI UN TO IEVIEŠANA

4.1. PROCESU VADĪŠANAS SISTĒMAS IEVIEŠANAS METODOLOĢIJA UN UZDEVUMI

Pāreja no funkcionāli orientētas uz procesu orientētu slimnīcu, kā atbilde uz pārmaiņām ārējā vidē, prasa realizēt pārdomātu, savstarpēji saistītu pārmaiņu procesu. Izprotot slimnīcas kā organizācijas turpmāko lomu veselības aprūpes sistēmā, pārmaiņu procesu nevar atstāt pašplūsmā. Katrā slimnīcā pārmaiņu realizācijai veidojas sava pieeja, bet līdz šim nav formulēta kopīga visās slimnīcās izmantojama pārmaiņu metodoloģija uz procesu orientētas vadīšanas ieviešanai, kas sistematizētu zinātniski pamatojamus principus un likumsakarības specifisku metožu un paņēmieni izveidei un pielietošanai. Tāpēc, balstoties uz iepriekšējās darba daļās atspoguļoto teorētisko un praktisko izpēti, **pārejai uz procesu orientāciju slimnīcā autors ir izstrādājis universālu metodoloģiju, kas paredz konkrētu savstarpēji saistītu pārmaiņu kopu – uzdevumu realizāciju**, minot piemērus katrā no pārmaiņu kopām veicamām specifiskām darbībām – apakšuzdevumiem definēto mērķu sasniegšanai (skat. 4.4. attēlu 144. lpp.).

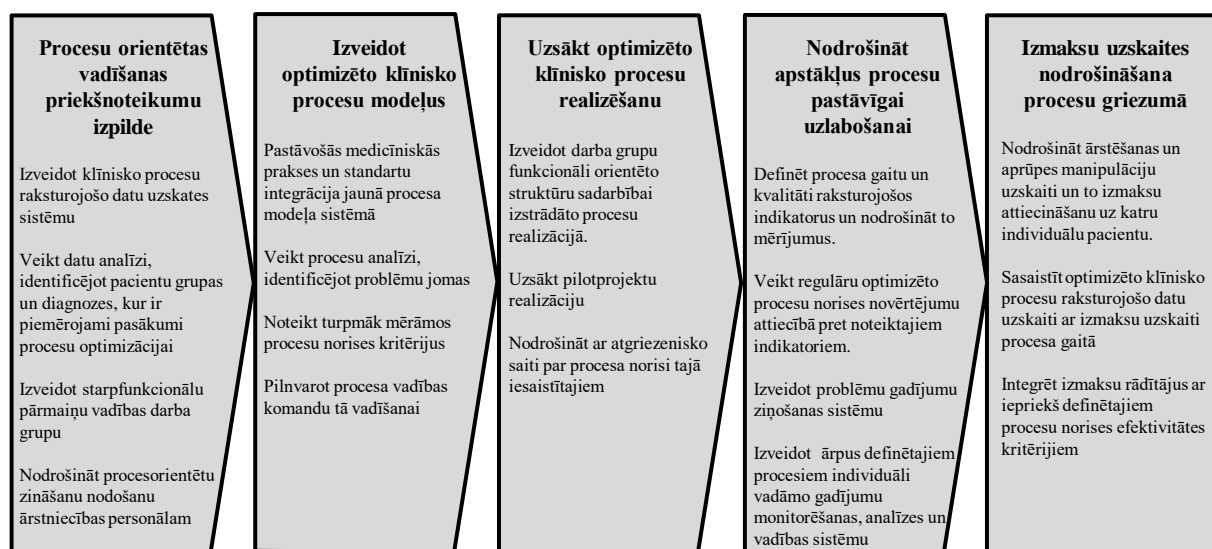
Pirms sīkāka metodoloģijas izklāsta (skat. 145. lpp.), vispirms tiek sniegts nepieciešamais skaidrojums par pieciem principiem un likumsakarībām, uz kurām autors balsta piedāvāto metodoloģiju.

Pirmkārt, piedāvātā metodoloģija balstās uz iepriekš veikto izpēti, kas pamato:

- nepieciešamību līdzšinējā slimnīcas funkcionālajā organizācijā palielināt orientāciju uz procesiem kā iespēju veidot pacientu centrētu, izmaksu efektīvu un kvalitatīvu veselības aprūpi;
- nepieciešamību cilvēkkapitāla teoriju attiecināt uz investīciju atdevi ārstu cilvēkkapitāla palielināšanā, veicinot vispārējo kompetenču attīstību ārsta profesionālajā izglītībā un ikdienas darbā;
- nepieciešamību respektēt slimnīcas kā sarežģītas sociāli tehniskas sistēmas specifiku pārmaiņu apstākļos;
- nepieciešamību ārstu vidū attīstīt uz procesu orientētu zināšanu veidošanos, pārvadi un izplatīšanos, kā arī to izmantošanu profesionālo lēmumu pieņemšanā klīniskā procesa gaitā, tādējādi nodrošinot ārstu vadīšanu, balstoties uz to atbildīgu profesionālo autonomiju un pašvadību;
- nepieciešamību uzkrāt un analizēt klīniskos procesus raksturojošo informāciju, mērīt procesu efektivitāti attiecībā uz iznākumiem, kvalitāti un izmaksām pretstatā līdzšinējam funkcionālo struktūrvienību darbības efektivitātes novērtējumam.

Otrkārt, piedāvātā metodoloģija balstās uz kopēju izpratni par to, ka **procesu orientācijas centrālā ideja ir optimizēt pacientu plūsmu pāri esošo funkcionālo struktūru robežām**, un tā tiks realizēta atbilstoši šādiem soļiem: (1) uz procesiem orientētas vadīšanas priekšnoteikumu izpilde (tajā skaitā biežāk

sastopamo ārstēšanas ceļu identifikācija un to raksturojošo datu analīze, „pudeles kakla” situāciju identifikācija); (2) optimizēšanai izvēlēto procesu modeļu izveide; (3) mērķu uzstādīšana uz procesu orientētai aprūpei, koordinējošu pasākumu izvēle uz procesu orientētas aprūpes realizēšanai; (4) koordinējošu pasākumu ieviešana un panāktā efekta novērtēšana un (5) uz procesu orientētas izmaksu uzskaites ieviešana. Tātad piedāvātā metodoloģija sistematizē principus un likumsakarības, kas palīdz izveidot un pielietot specifiskas metodes un paņēmienus katrā no slimnīcām, lai būtu iespējama uz procesiem orientētas vadīšanas ieviešana atbilstoši piedāvātajiem realizācijas soļiem, kas, papildināti ar organizatoriskām darbībām to izpildei, veido secīgu darbību plūsmu (skat. 4.1. attēlu).



4.1. attēls. Uz procesu orientētas vadīšanas ieviešanas soļi

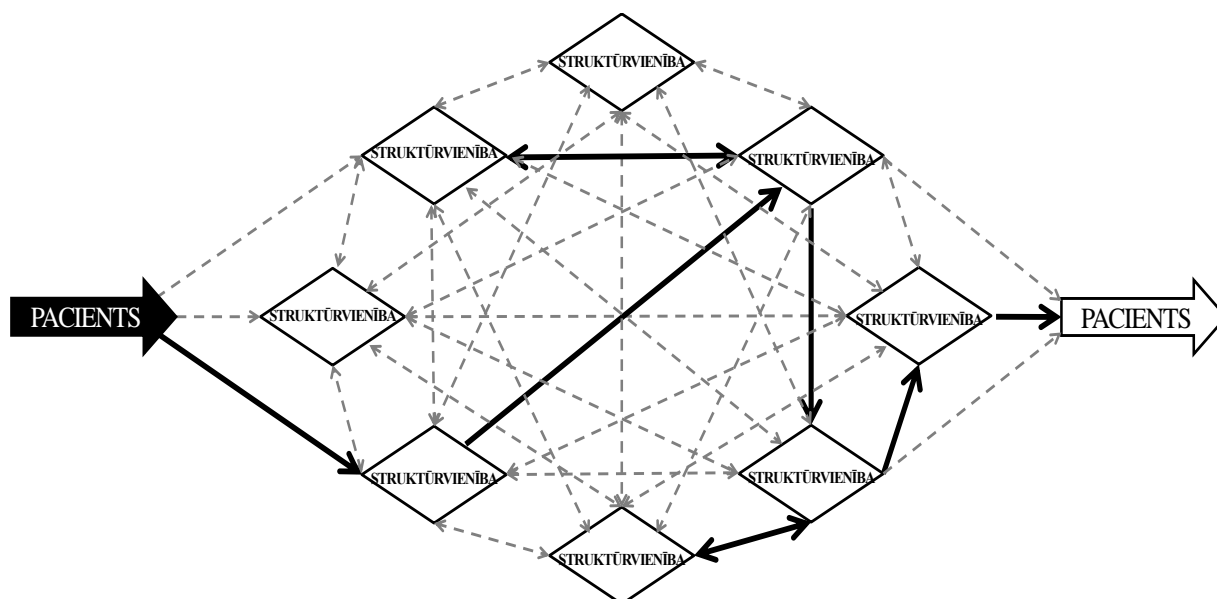
Avots: Autora veidots attēls

Treškārt, piedāvātā metodoloģija balstās uz **izvēli procesu orientētu aprūpi slimnīcā primāri veidot, nevis būtiski mainot līdzšinējo funkcionālo slimnīcas struktūru, bet veidojot koordinējošus horizontālus mehānismus procesu vadīšanai**. Autoraprāt, veidojot uz procesiem orientētu organizāciju, ir racionāli saglabāt izveidojušos funkcionālo struktūru sekojošu iemeslu dēļ:

- 1) atšķirībā no cita veida uzņēmumiem slimnīcas darbībā lielāka nozīme ir politiskiem un ētiskiem apsvērumiem, kas tai neļauj tikpat brīvi kā citiem uzņēmumiem atteikties no atsevišķiem savas darbības virzieniem, lai pilnībā fokusētos uz stratēģiski svarīgākajiem;
- 2) ārstu spēcīga orientācija uz profesionālajām vērtībām, autoritātes un savas profesijas prestiža saglabāšanu, kas bieži vien ir pretrunā ar vadības mērķiem, attīstot procesos balstītu organizāciju.

Izvēle veidot metodoloģiju pārejai uz procesu orientētu vadīšanu apstākļos, kad pamatā tiek saglabātas esošas struktūras, balstās uz iepriekš veikto pārmaiņu modeļu un iesaistīto pušu analīzi, kā arī vispārējo kompetenču attīstības teoriju ārsta profesijas autonomijas kontekstā. Tātad piedāvātā

metodoloģija pārejai uz procesu orientētu vadīšanu neparedz izjaukt esošo funkcionālo struktūru, un klīniskais process, pacientam nodrošinot diagnostiku, ārstēšanu un aprūpi, turpina būt kompleks, un tajā mijiedarbojas dažādas struktūrvienības (skat. 4.2. attēlu).

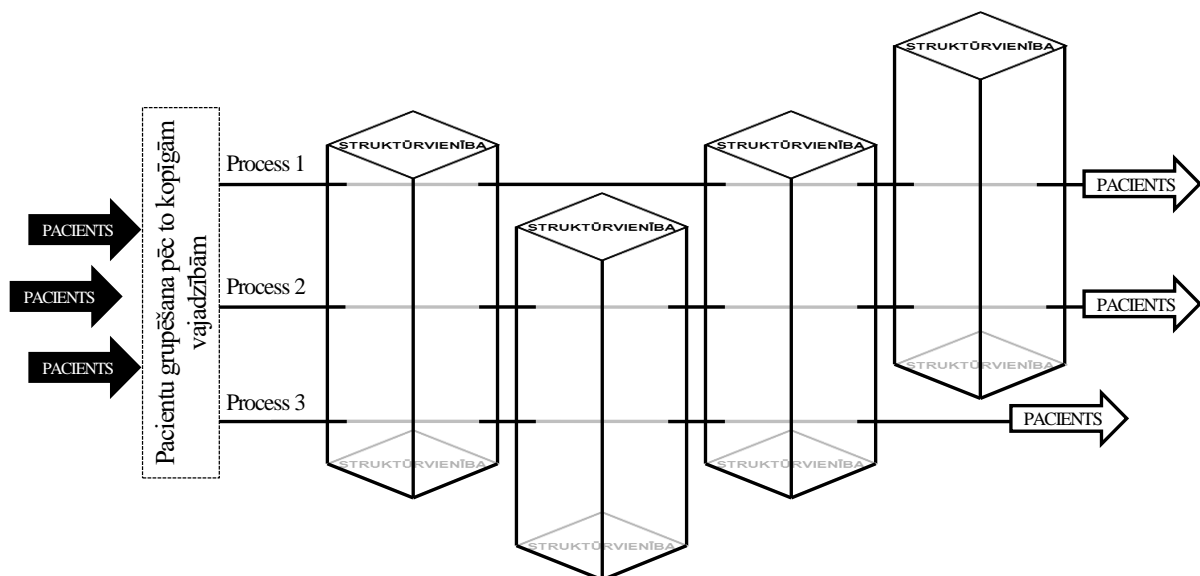


4.2. attēls. Pacienta klīniskais process funkcionāli strukturētā slimnīcā

Avots: Autora veidots attēls

Attēlā ar pārtrauktām līnijām ir attēlotas visas iespējamās mijiedarbības starp struktūrvienībām, kas var būt nepieciešamas, dažādiem pacientiem nodrošinot visu nepieciešamo to klīniskajā procesā, savukārt ar nepārtrauktām līnijām un bultām ir norādīts konkrēta pacienta ceļš ārstniecības procesā un tā mijiedarbība ar dažādām struktūrvienībām. Ja nav uz procesu orientētas vadīšanas, klīniskie procesi funkcionāli sadalītā slimnīcā veido sarežģītu iespējamo mijiedarbību tīklu starp dažādām struktūrvienībām, kurā katra atsevišķa pacienta ceļš tiek uzskatīts par unikālu, un starp darba vietām, kurās organizācijas klientam – pacientam dažādu darbību rezultātā rodas pievienotā vērtība, ir daudz mijiedarbības variantu, kas ir atkarīgi no ļoti daudziem apstākļiem.

Uz procesu orientētas vadīšanas kā paralēla koordinējoša mehānisma uzdevums ir mazināt pacientu plūsmu variācijas un neparedzamību gan attiecībā uz laiku, ko, gaidot uz dažādiem pakalpojumiem klīniskajā procesā, pavadīs pacients, gan pašu pakalpojumu un kopējā klīniskā procesa kvalitāti. Tātad autors piedāvā metodoloģiju, kas palīdz attīstīt vēl aizvien funkcionāli strukturētā slimnīcā vadīšanu pāri esošo struktūru robežām, iespēju robežās standartizējot un optimizējot klīniskos procesus pacientu grupām ar līdzīgām vajadzībām, kā arī attīstot horizontālus koordinējošus mehānismus procesu vadīšanai (skat. 4.3. attēlu).



4.3. attēls. Standartizētie klīniskie procesi uz procesiem orientētā funkcionāli strukturētā slimnīcā

Avots: Autora veidots attēls

Ceturtkārt, piedāvājot metodoloģiju pārejai uz procesu orientētu vadīšanu slimnīcā, autors ņem vērā klīniskā procesam īpašību kombināciju, kas to veido atšķirīgu no tradicionāliem biznesa procesiem citās nozarēs – procesa (1) dinamismu, (2) sarežģītību, (3) nepieciešamību būt augsti adaptīvam un vienlaikus (4) atbilst profesionālu individuālu pakalpojumu prasībām, kā arī (5) atbilst masveidā pielietojamu pakalpojumu prasībām:

(1) klīniskais process ir ļoti dinamisks, tas mainās dažādu iemeslu dēļ – gan ieviešot jaunas administratīvas procedūras, gan mainoties tehnoloģijām, gan ieviešot jaunas ārstniecības metodes. Medicīnas zināšanas, kas ir pamatā procesa gaitai, nepārtraukti papildinās, un līdz ar to process ir tām jāadaptē. Klīniskā procesa dinamiskumu nosaka arī nepieciešamība to operatīvi koriģēt, reaģējot uz attiecīgo resursu pieejamību konkrētajā laikā;

(2) klīniskais process ir ļoti sarežģīts, tā kompleksitātes pamatā ir dažādi iemesli – ārsta medicīniskā lēmuma pieņemšana, tam balstoties uz dziļi specifiskām zināšanām, līdzšinējo pieredzi un sistēmiskām zināšanām par darba vidi, tās informācijas apjoms, uz kuras pamata klīniskais lēmums tiek pieņemts, bieži ir ļoti liels, slimības gaita un paša pacienta vēlmes var būt neparedzamas. Ārsts klīnisko lēmumu pieņem, interpretējot pacienta specifiskos datus atbilstoši savām zināšanām attiecīgajā medicīnas jomā. Šo lēmuma pieņemšanas procesu bieži nevar formalizēt, jo tas ietver gan klīniskas vadlīnijas, gan ārsta personīgo pieredzi. Līdz ar to klīniskais lēmums var būt neparedzams, un tāpat neparedzama var būt visa klīniskā procesa gaita. Tāpat ārstam nākas ņemt vērā ārstēšanā nepieciešamo resursu pieejamību konkrētam pacientam konkrētā laika sprīdī;

(3) **kliniskajam procesam ir jābūt augsti adaptīvam**, tā pārmaiņām ir *ad-hoc* raksturs – rezultāts sadarbībai starp procesa dalībniekiem, kuriem piemīt augsta autonomijas pakāpe, pieņemot lēmumus atbilstoši savām profesionālajām zināšanām. Tā rezultātā process ir variabls, pielāgots katram individuālam gadījumam, tam pamatā nav raksturīgi atkārtoties, un procesa soļu izpildes kārtība visbiežāk nav jau iepriekš zināma;

(4) **kliniskajam procesam ir jāatbilst profesionālu individuālu pakalpojumu prasībām** – neliels transakciju skaits, augsta individuālā adaptācija, ilgstošs kontakta laiks, nepieciešamas augsti specifiskas eksperta pārvaldītas zināšanas;

(5) **kliniskajam procesam ir jāatbilst masveidā pielietojamu pakalpojumu prasībām** – liels transakciju skaits, individuālā adaptācija ir zema, īss kontakta laiks, maz nepieciešamas ekskluzīvas, tikai ekspertu pārvaldītas zināšanas.

Piektkārt, autora piedāvātā metodoloģija uz procesiem orientētas vadīšanas sistēmas ieviešanai paredz ne tikai kliniskajā procesa vadīšanā iesaistīto personu pieaugošu izpratni par pacientu kā organizācijas klientu kompleksām vajadzībām kliniskajā procesā, bet arī par organizācijas kopējām vajadzībām tieši vai netieši kontrolēt klinisko procesu izmaksas. Tādējādi tiek akcentēta uz procesiem orientēta vadīšana kā iespēja nodrošināt slimnīcas ilgtspējīgu attīstību, arī uzlabojot slimnīcas izmaksu efektivitāti.

Ņemot vērā iepriekš minēto, piedāvātā metodoloģija pārejai uz procesu orientētu vadīšanu paredz **attīstīt slimnīcā starpfunkcionālu, uz procesu orientētu domāšanu un rīcību pieņemama līdzsvara atrašānai starp katra pacienta individualitāti un procesu standartizāciju.**

Kā viens no šķēršļiem, kas nevar palikt neievērots, jau inicializējot vajadzību attīstīt procesu orientāciju, ir jāmin daļā klinisko darbinieku iesakņojusies pārliecība par to, ka viņu darba raksturs principā neļauj attīstīt uz procesiem orientētu vadīšanu, tāpēc ka tas pilnībā ir atkarīgs no ārējiem apstākļiem (piemēram, neatliekamas palīdzības gadījumiem) un cilvēciskiem faktoriem (piemēram, atsevišķu gadījumu augstas sarežģītības pakāpes, autonomiem profesionālu lēmumiem un individuālām atbildes reakcijām uz nozīmēto ārstēšanu). Neraugoties uz to, ka realitātē visās neatliekamās palīdzības slimnīcās patiesi neatliekami pacienti veido tikai salīdzinoši nelielu daļu no visiem tajās uzņemtiem pacientiem, šie gadījumi bieži tiks uzskatīti par nekontrolējamu iemeslu procesu pārrāvumam un argumentu pret procesu vadīšanu kā tādu. Nepieciešamība pārvarēt minēto šķērslī uzskatāmi norāda, ka **ārstēšanas datu efektīvas uzkrāšanas un analīzes sistēmas esamība ir priekšnoteikums uz procesiem orientētas vadīšanas sistēmas ieviešanai**, jo tikai līdzšinējā klinisko procesu statistikā var rast atbildi par neatliekamo gadījumu reālo ietekmi uz pārējiem kliniskajiem procesiem un meklēt veidus, kā šo ietekmi minimalizēt. Tāpat datu analīzē balstās vienveidīgo procesu identifikācija, cita veida procesu pārrāvumu

identifikācija un veikto koordinējošo pasākumu efekta novērtēšana attiecībā uz procesu iznākumiem, to kvalitāti un arī izmaksām.

Pāreju uz procesu vadīšanas metodoloģiju veido piecas savstarpēji saistītu pārmaiņu kopas un realizācijas uzdevumi (skat. 4.4. attēlu).

<p>1. uzdevums</p> <p>Uz pacienta kā organizācijas klienta vajadzībām vērstu vērtību un uzskatu attīstība.</p> <p><i>Uzdevuma izpildes pazīme:</i></p> <p>Kolektīva apņemšanās pirmāri koncentrēties uz klientu vajadzībām un tāpēc nepātraukti uzlabot klīniskos un aprūpes procesus slimnīcā.</p> <p>Apakšuzdevumi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ar katru pacientu tiek izdiskutēts tā ārstēšanas plāns un saskaņoti ārstēšanas procesā kopēji sasniedzamie mērķi. 2. Regulāri tiek veiktas pacientu apmierinātības aptaujas, to rezultāti tiek izplattīti ar izskaidrojumiem darbiniekiem. 3. Katrs darbinieks ir motivēts parākt augstāku pacientu apmierinātības līmeni. 4. Visos slimnīcas vadības līmeņos notiek komunikācija par procesiem, procesu izpildes kvalitāti un komandu lomu tajos. 5. Nepātraukti klīnisko procesu uzlabošanā ir svarīga slimnīcas filozofijas sastāvdaļa. 6. Arī, māsas un vadītāji kopīgi rūpējas par to, lai pacientam tiktu sniegta optimāla ārstēšana un aprūpe, visatbilstošākajā laikā un vispiemērotākajā vietā. 7. Katram darbiniekam ir sava loma klīniskajā procesā un pacienta aprūpes process tiek organizēts kopīgi 	<p>2. uzdevums</p> <p>Procesu izpratnes attīstība</p> <p><i>Uzdevuma izpildes pazīme:</i></p> <p>Pastāv vienota kolektīva izpratne par klīnisko procesu kā visu ar pacientu saistīto kontaktu un aktivitāšu kopumu, sākot ar brīdi, kad ir radusies nepieciešamība ārstēties slimnīcā, līdz brīdim, kad ārstēšanās slimnīcā vairs nav nepieciešama. Visu līmeņu darbiniekiem piemīt zināšanas un izpratne par funkcionālo struktūrvienību robežas šķērsojošā klīniskā procesa sastāvdaļām, akvītātēm un uzdevumiem.</p> <p>Apakšuzdevumi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Katram darbiniekam ir priekšstats par visiem klīniskā procesa soļiem, kurus, atrodoties slimnīcā, iziet pacients. 2. Darbinieki izprot sadarbības nepieciešamību starp dažādām struktūrvienībām klīniskā procesa optimālai norisei. 3. Lau uzsākot klīnisko procesu, tiek apzīmēta pacienta piederība kādai no pacientu grupām ar līdzīgu kopējo vajadzību profilu. 4. Katrai pacientu grupai ar līdzīgu kopējo vajadzību profilu ir izveidots atsevišķs klīniskā procesa apraksts. 5. Klīniskā procesa soļi ir aprakstīti, un to norise tiek fiksēta slimnīcas informācijas sistēmā, ir aprakstīta optimāla klīniskā procesa norise. 6. Klīniskā procesa soļu apraksts un optimāla klīniskā procesa apraksts ir pieejams katram darbiniekam. 7. Starp darbiniekiem nepastāv aprakstītā optimāla klīniskā procesa interpretācijas atšķirības. 8. Klīniskā procesa apraksts ir fiksēts katrā atsevišķā procesa soļa nodrošināšanai nepieciešamo resursu apjomā. 9. Klīniskā procesa apraksts katram no procesa soļiem satur esošos un optimālos gatūšanas un izpildes laikus. 10. Klīniskā procesa apraksts tiek koriģēts atbilstoši pārmaiņām slimnīcas iekšējā un ārējā vidē. 	<p>3. uzdevums</p> <p>Procesu nozīmīguma palielināšana vadīšanā</p> <p><i>Uzdevuma izpildes pazīme:</i></p> <p>Uz procesu orientēta vadīšana ir nospiņņūšes kā vēl viena vadīšanas dimensija funkcionālā organizācijā. Ir attīstīta vadīšanas sistēma, kas fokusējas uz procesiem un starptūnacionālām komandām vairāk kā uz struktūrvienībām.</p> <p>Apakšuzdevumi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Slimnīcas vadība aktīvi veicina uz procesu orientētu darba organizāciju un mentalitāti. 2. Klīnisko procesu veidošana un to vadība ir svarīga slimnīcas ikdienas sastāvdaļa. 3. Procesu uzlabošanai slimnīcā tiek pielietota sistēmiska pieeja. 4. Klīniskā procesa uzlabošanā piedalās visu iesaistīto struktūrvienību pārstāvi, un tiek ņemts vērā arī pacientu viedoklis. 5. Katram no noteiktām pacientu grupām kopīgajiem klīniskajiem standarta procesiem ir apstiprināta par to atbildīga multidisiplināra komanda. 6. Pacientu grupām kopīgajiem klīniskajiem procesiem ir apstiprināts viens atbildīgs darbinieks, kuram tiek piešķirta vara un atbildība monitorēt procesa norisi un tā atbilstību aktuālajai situācijai. 7. Slimnīcas augstākā vadība proaktīvi reaģē uz pārmaiņu ārējā vidē ietekmi uz klīniskajiem procesiem. 	<p>4. uzdevums</p> <p>Procesu nozīmīguma palielināšana ārstniecībā un aprūpē</p> <p><i>Uzdevuma izpildes pazīme:</i></p> <p>Darbinieki fokusējas uz klīnisko procesu kopumā, un viņiem ir arī horizontālas atbildības. Par svarīgu tiek uzskatīta sadarbība ar kopēju mērķi nodrošināt klīnisko procesu uzlabošanu.</p> <p>Apakšuzdevumi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Spēja strādāt, nodrošinot klīniskos procesus, ir svarīgs katra darbinieka individuāla novērtējuma elements. 2. Darbinieki jūtas atbildīgi par klīnisko procesu organizāciju. 3. Darbinieki ikdienā pievērš uzmanību iespējām uzlabot procesu norisi. 4. Pateikami daudziem slimnīcas darbiniekiem ir izveidojušies klīnisko procesu uzlabošanas pieredze. 5. Atbildīgas par procesu novērtē un nodrošina klīniskā procesa atbilstību pacienta vajadzībām un vēlmēm. 6. Darbinieki komandās nodrošina klīniskā procesa nepātrauktību arī kāda no kolēģiem prombūtnes laikā. 	<p>5. uzdevums</p> <p>Procesu monitorēšanas iespēju nodrošināšana un tās nozīmīguma izpratnes attīstība</p> <p><i>Uzdevuma izpildes pazīme:</i></p> <p>Ir ieviesti un vadīšana, ārstniecībā un aprūpē tiek pielietoti klīnisko procesu norises novērtēšanas indikatori. Uz procesu orientētas zināšanas ikdienā tiek pielietotas procesa vadīšanai un uzlabošanai.</p> <p>Apakšuzdevumi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Izveidot tehnisku risinājumu iespējai regulārā vērtēt katra procesa soļa norises indikatorus pašiem procesos iesaistītajiem. 2. Starp procesa kvalitātes indikatoriem ir ne tikai apjoma un finanšu rādītāji, bet arī pacientu apmierinātības līmenis, klīniskie iznākumi, gatūšanas laiks, procesa izpildes laiks. 3. Klīniskie procesi tiek regulāri pāvērtēti atbilstībā uz to atbilstību attiecīgās pacientu grupas vajadzībām un vēlmēm. 4. Pieejamie resursi ir tā sadalīti starp dažādām pacientu grupām, ka tiek nodrošināta visu klīnisko procesu netraucēta norise. 5. Pārdaļot resursus starp klīniskajiem procesiem, tiek ņemta vērā informācija par resursu patēriņu katrā no procesiem iepriekšējā periodā. 6. Ja slimnīcas stratēģiskie mērķi tiek pārskatīti, tiek pārskatīti un no jauna noformulēti arī procesu mērķi. 7. Tiek novērtēts, vai procesa kvalitātes un efektivitātes mērķi tiek sasniegti, un, ja tie netiek sasniegti, tad procesi tiek modificēti.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.4. attēls. Uzdevumi pārejas uz procesu vadīšanu metodoloģijas realizēšanā
Avots: Autora veidot attēls. Autora veidot attēls, balstoties uz teorētiskās un praktiskās izpētes rezultātiem

Pirmais uzdevums paredz veikt nepieciešamās darbības pacienta kā organizācijas klienta vajadzību uztveres prioritātes līmeņa paaugstināšanai. Attiecīgi nesasniedzot progresu šajā virzienā, uz procesu orientētas vadīšanas tālāka attīstība nav iespējama. Lai klienta vajadzības netiktu skatītas šauri tikai tā konkrētās medicīniskās problēmas kontekstā, par vienu no metodēm uzdevuma izpildei ir jāuzskata pacientu apmierinātības aptaujas. Orientācijai uz pacientu kā organizācijas klientu ir jāklūst par slimnīcas filozofijas sastāvdaļu – tāpat tai ir jābūt atspoguļotai formulētajā slimnīcas misijā un vīzijā, un tai ir jāklūst par ikdienas darba komunikācijas sastāvdaļu visos līmeņos. Būtiski svarīga metodoloģijas pirmā uzdevuma sasniegšanas daļa ir paša pacienta (vai arī viņa tuvinieku) iespējami liela iesaiste tā ārstēšanas plāna izveidē – iespēju robežās pārvēršot ārstēšanu no pasīva stāvokļa par aktīvu. Metodoloģijas pirmā uzdevuma izpildes pazīme ir kolektīva apņemšanās primāri koncentrēties uz klientu vajadzībām un tāpēc nepārtraukti uzlabot klīniskos un aprūpes procesus slimnīcā.

Otrais uzdevums ir panākt to, ka pastāv vienota kolektīva izpratne par klīnisko procesu kā visu ar pacientu saistīto kontaktu un aktivitāšu kopumu, sākot ar brīdi, kad ir radusies nepieciešamība ārstēties slimnīcā, līdz brīdim, kad ārstēšanās slimnīcā vairs nav nepieciešama. Šī uzdevuma izpilde panāk cita veida domāšanu līdz šim tikai funkcionāli orientētajā slimnīcā – tiek panākta universāla spēja darba uzdevumu izpildē par svarīgu uzskatīt sadarbību starp dažādām struktūrvienībām. Visu līmeņu darbiniekiem piemīt zināšanas un izpratne par funkcionālo struktūrvienību robežas šķērsojošā klīniskā procesa sastāvdaļām, aktivitātēm un uzdevumiem, tiek atpazīta pacientu piederība kādai no pacientu grupām ar līdzīgu kopējo starpfunkcionālu vajadzību profilu. Metode šī uzdevuma sasniegšanai ir vienveidīgo klīnisko procesu aprakstu veidošana. Par būtisku procesa apraksta daļu kļūst tā veikšanai nepieciešamo resursu analīze, kā arī indikatoru definēšana tā efektivitātes un kvalitātes mērīšanai. Metodes obligātai sastāvdaļai ir jābūt dažādu profesionālo grupu un funkcionālo struktūru iesaistei procesa definēšanā, jo svarīgi ir panākt, lai optimālā klīniskā procesa apraksts būtu pieejams un saprotams visiem tajā iesaistītajiem un starp tiek nepastāvētu procesa detaļu interpretācijas atšķirības. Metodes un tehniskos risinājumus šī metodoloģijas uzdevuma realizēšanai autors pēta dziļāk, aprakstot slimnīcas klīniskā procesa kā slimnīcas pamata biznesa procesa modelēšanas un vizualizācijas iespējas (skat 4.2. nodaļu, 149. lpp.).

Trešais uzdevums ir vadīšanā palielināt nozīmīgumu uz procesu orientētam skatījumam. Lai organizācijā, kura saglabā funkcionālu struktūru, nostiprinātos uz procesiem orientēta vadīšana, kā svarīga vadīšanas dimensija, slimnīcas augstākajai vadībai ir aktīvi jāveicina procesu orientācijas mentalitāte un sistēmiska pieeja procesu uzlabošanai. Sistēmiska projektu vadības pieeja pakāpeniskai un secīgai izvēlēto procesu uzlabošanai ir jāuzskata par plānotu pārmaiņu realizēšanas metodi. Tajā ir svarīgs gan atbalsts iesaistīto struktūrvienību pārstāvju neformālai līderībai, gan formāla autorizācija komandai, kas ir

uzņēmusies atbildību par konkrētā procesa uzlabošanu, gan tā atbildīgā darbinieka izvēle, kuram tiek piešķirta vara un atbildība monitorēt procesa norisi. Uz procesu orientēts vadības skatījums atklājas arī tās gatavībā proaktīvi reaģēt uz pārmaiņām ārējā vidē tieši ietekmes uz klīniskajiem procesiem kontekstā.

Pārejas uz procesu vadīšanu metodoloģijas **ceturtais uzdevums** lielā mērā sasaucas ar pirmo uzdevumu – procesa nozīmīgums ārstniecībā un aprūpē ir cieši saistīts ar spēju un motivāciju pacientu uzvert kā organizācijas klientu, un visas darbības, kas saistītas ar tā ārstēšanu un aprūpi, – kā vienotu, organizācijai galveno procesu. Tieši spēja šajā procesā nodalīt darbības, kuras ir ar reālu pievienoto vērtību, klientam no procesa posmiem, kuros pievienotā vērtība nerodas, ir uzskatāma par ārstniecībā iesaistīto darbinieku procesa orientācijas sākumposmu. Turpmāk ir attīstāma ārstēšanā un aprūpē iesaistīto darbinieku spēja ikdienā fokusēties uz klīnisko procesu kopumā un uzņemties horizontālu – starpfunkcionālu atbildību kad tas ir nepieciešams. Šajā pārejas uz procesu vadīšanu metodoloģijas uzdevumā ir jārealizē vadīšanā zināmas metodes komandas darba attīstībai, tajā skaitā darbinieku individuālajā vērtējumā kā atsevišķu elementu iekļaujot to novērtējumu attiecībā uz potenciālu darboties komandā, nodrošinot klīniskos procesus. Sekojot nepārprotamai uz procesu orientētai vadītāju rīcībai un komunikācijai, ir jāpanāk, ka arī darbinieki jūtas atbildīgi par klīnisko procesu organizāciju un ikdienā pievērš uzmanību iespējām uzlabot procesu norisi. Procesu nozīmīguma palielināšanai ārstniecībā un aprūpē ir svarīgi, lai pietiekami daudziem slimnīcas darbiniekiem būtu izveidojusies klīnisko procesu uzlabošanas pieredze, kas ir panākams, iespējami plaši iesaistot darbiniekus ar līderības potenciālu procesu uzlabošanas projektu darba grupās.

Piektais uzdevums ir sociāli tehnisks – vienlaikus gan tāds, kas, līdzīgi iepriekšējiem uzdevumiem, liek panākt līdzšinējās domāšanas maiņu vadītājiem un ārstniecībā iesaistītajiem darbiniekiem, gan tehnoloģisks – tāds, kurā tiek radīta iespēja uz procesu orientētas zināšanas iespējami brīvi iegūt ne tikai vadītājiem, bet arī ārstiem un citiem profesionāļiem slimnīcā. Lai realizētu nepieciešamību pastāvīgi uzlabot esošos procesus, šī uzdevuma izpildei ir divas daļas:

- **pirmā daļa** šim uzdevumam ir tādu procesu norises efektivitātes un kvalitātes indikatoru izvēle, kuri raksturo procesa sastāvdaļas un mēra efektivitāti. Procesu monitorēšanai ir jāizvēlas ne tikai apjoma un finanšu rādītāji, bet arī pacientu apmierinātības līmenis, klīniskie iznākumi, gaidīšanas laiks, procesa izpildes laiks, dažādu resursu patēriņš, atsevišķu darbinieku un iesaistīto komandu darbības uzskaitē. Šīs uzdevuma daļas tehniskā komponente ir klīniskā procesa laikā to raksturojošo datu uzkrāšanas kopējā informācijas sistēmā nodrošināšana;

- **otrā daļa** šim uzdevumam ir saistīta ar nepieciešamību, panākt, ka slimnīcas ikdienā vadīšanā, ārstniecībā un aprūpē tiek ņemti vērā un analizēti klīnisko procesu norises kritēriji to novērtēšanai un

pārveidei. Šīs uzdevuma daļas sociālā komponente ir saistīta ar attiecīgu kompetenču, tajā skaitā zināšanu, prasmju un motivācijas attīstību ne tikai vadītājiem, bet iespējami daudziem klīniskajā procesā iesaistītajiem darbiniekiem, pirmkārt jau ārstiem, kuri nosaka šo procesu gaitu. Savukārt šīs uzdevuma daļas tehnoloģiskā komponente ir saistīta ar klīniskā procesa gaitā uzkrāto datu transformāciju par jaunām zināšanām par procesu tajā iesaistītajiem.

Visas šī uzdevuma komponentes ir cieši saistītas, un jo tehnoloģiski piemērotāks būs risinājums un mazāk specifiskas prasmes prasīs tā pielietošana, jo plašākam procesos iesaistīto darbinieku lokam veidosies nepieciešamās uz procesa orientētas zināšanas to pašvadīšanas potenciāla realizēšanai.

Tehnoloģiskā risinājuma prasības šīs uzdevuma daļas izpildei ir izstrādātas darbu noslēdzošajā nodaļā.

(skat. 149. lpp.).

Iespējas kopumā pārredzēt procesu norisi ne tikai vadītājiem, bet arī tiem, kas tos īsteno, veicina pašvadīšanu – uz procesu orientētas zināšanas vairs nav tikai vadītāju monopols, tās tiek pielietotas procesa vadīšanā un uzlabošanā arī ikdienā, jo tajā iesaistītajiem ir iespējas vērtēt katra procesa soļa norisi. Nodrošinot caurspīdīgumu procesu norisē, darbiniekiem izprotamāki un ar viņu ikdienas darbu labāk sasaistāmi kļūst klīnisko iznākumu, pacienta apmierinājuma, gaidīšanas un izpildes laiku, resursu patēriņa, finanšu un apjoma indikatori. Tas nodrošina to, ka klīniskie procesi tiek atkārtoti novērtēti attiecībā uz to atbilstību attiecīgās pacientu grupas un organizācijas kopējām vajadzībām un ka klīnisko procesu gaitu noteicošajiem ārstiem ir radītas iespējas uzņemties līderību atbildīgas autonomijas apstākļos. Savukārt vienotā izpratne par klīniskajiem procesiem nodrošina slimnīcas vadītāju un ārstu papildinošu sadarbību, nodrošinot pieejamo resursu sadalīšanu, balstoties uz informāciju par līdzšinējo resursu patēriņu konkrētos procesos. Tādējādi, mainoties apstākļiem ārējā vidē un rodoties nepieciešamībai pārskatīt slimnīcas stratēģiskos mērķus, esošo klīnisko procesu pārskatīšanā un jaunu mērķu noformulēšanā tiek nodrošināta lielāka vadītāju un ārstu sadarbība. Pāreja uz procesu orientētu vadīšanu notiek efektīvāk, jo papildus tradicionālām vadīšanas metodēm tiek efektīvi izmantots ārstu cilvēkkapitāls – to unikālais potenciāls līdztekus profesionālajai kompetencei attīstīt kompetenci pielietots savu autoritāti un varu, vadot pārmaiņas klīniskajos procesos.

Pārejas uz procesu orientētu vadīšanu metodoloģijas īstenošanas rezultātā ir paredzamas būtiskas pārmaiņas daudzās slimnīcas organizācijas darbības un vadības jomās (skat. 4.1. tabulu).

Funkcionālas un uz procesu orientētas slimnīcas raksturojums

(Avots: autora izveidota tabula, balstoties uz teorētisko un praktisko izpēti)

Pazīme	Funkcionāla organizācija	Procesu orientēta organizācija
Organizācijas struktūra	Līdzīgas funkcionālās kapacitātes ir apvienotas struktūrvienībās (atbilstoši specializācijai, iepriekšējai apmācībai un piedāvātajam konkrētajam pakalpojumam)	Līdzīgas funkcionālas kapacitātes ir sadalītas daudz-specialitāšu struktūrvienībās atbilstoši biežāk sastopamo klīnisko procesu vajadzībām. Vai arī funkcionālās struktūras saglabājas, bet pastāv arī horizontāla pārvaldība funkcionālo resursu mobilizēšanai noteiktu grupu pacientu klīniskā procesa nodrošināšanai atbilstoši iepriekš pieņemtam klīnisko pasākumu ceļvedim
Organizācijas orientācija	Vertikāla, katras struktūras mērķi tikai netieši ir saistīti ar pacientu kopējo vajadzību apmierināšanu	Pacientu orientēta, horizontāla orientācija pāri funkcionālo struktūru robežām, aktivitātes var tikt tieši attiecinātas uz pacientu kopējo vajadzību apmierināšanu
Vadīšanas būtība	Struktūrvienības – procesa fragmenta vadīšana, optimizējot tās lokālo efektivitāti	Visaptverošs skats uz pacientu – procesu vadīšanu, optimizējot pacientu plūsmas
Lēmumu pieņemšana	Centralizēta	Iesaistoties multidisciplinārai komandai
Atbildība par kopējo pacienta procesu	Atbildīgā par kopējo pacienta procesu nav, jo darbs ir organizēts atbilstoši atsevišķiem uzdevumiem	Par katru procesu pilnībā atbildīgs ir konkrēts darbinieks. Atbildīgajam darbiniekam ir pietiekamas pilnvaras procesa efektivitātes un kvalitātes nodrošināšanai
Koordinācija starp struktūrvienībām	Atbilstoši aktuālajām šī brīža vajadzībām, pacienta kustība starp struktūrvienībām bieži ir nekoordinēta	Ja ir izveidotas multispecialitāšu procesorientētas struktūrvienības, tad notiek salīdzinoši neliela pacientu kustība starp struktūrvienībām. Gadījumā, ja funkcionālās struktūras saglabājas, tad pacientu procesu starp tām koordinē no augstāka līmeņa
Klientu (pacientu) plūsma	Nav strukturēta, ir grūti paredzama, un līdz ar to pastāv lielas variācijas klīniskajā procesā pat līdzīgu vajadzību pacientu grupām	Iespējami skaidri definēta no līdzīgo vajadzību viedokļa un tāpēc paredzama, un ir iespējama augstāka klīniskā procesa standartizācijas pakāpe
Neefektivitāte klientu aprūpē (pacientu ārstēšanā)	Pacienta ārstēšanā daudz posmu un loģistikas operāciju bez pievienotās vērtības pacientam	Klīniskais process ir organizēts tā, lai tajā liekā būtu iespējami mazāk

Šajā apkopojumā norādītās uz procesiem orientētās slimnīcas pazīmes autors iesaka metodoloģijas īstenošanas gadījumā katrā konkrētā slimnīcā definēt kā pārmaiņu procesā sasniedzamos mērķus, nosakot tiem skaitlisku sasniedzamo vērtību un termiņus. Tajā pašā laikā, autoraprāt, pāreja uz procesu orientāciju

slimnīcā nevar tikt uzskatīta par vienreizēju organizatorisku pasākumu, bet tā pati par sevi ir uzskatāma par procesu, kura gaita un mērķi ir koriģējami tā norises gaitā.

4.2. PROCESU VADĪŠANAS SISTĒMAS ĪSTENOŠANA UN MONITORINGS

Autora veiktā slimnīcas kā organizācijas izpēte apliecina nepieciešamību, izstrādājot vadības risinājumus, ņemt vērā tās sociāli tehniskas sistēmas būtību. Līdz ar to izstrādātā metodoloģija pārejai uz procesu vadīšanu slimnīcā ietver arī norādes uz nepieciešamiem tehnoloģiskajiem risinājumiem. Divu izstrādātās metodoloģijas uzdevumu – otrā („Procesu izpratnes attīstība”) un piektā („Procesu monitorēšanas nozīmes izpratnes veidošana”) konceptuālais risinājums tālāk tiek izstrādāts detalizētāk, jo, autoraprāt, šo uzdevumu realizācija ir viskomplicētākā, tāpēc ka tiem ir nepieciešami konkrēti vadības un informātikas zinātnes nozaru sadarbībā izstrādājami sociāli tehniski risinājumi.

Šajā darba daļā izstrādātais procesu vadīšanas sistēmas īstenošanas un tā monitoringa apraksts vienlaikus ir arī nepieciešamā tehnoloģiskā risinājuma prasību apraksts kopēja sociāli tehniska risinājuma izveidei sadarbībā ar informātikas zinātņu nozares speciālistiem.

Piedāvātais risinājums no vadībzinātnes puses pamatā balstās uz klasiskām teorijām – Sendži organizāciju kas mācās (*learning organization*) pieeju (Senge, 1990) attiecībā uz slimnīcu kopumā un mācīšanos divos ciklos (*double loop learning*) (Argyris & Donald A. Schön, 1978) attiecībā uz indivīdu, kas mācās, izmantojot atgriezenisko saiti par aktivitātēm pagātnē, lai pārbaudītu pieņēmumus, uz kuriem balstās pašreizējie uzskati.

Konceptuālā risinājuma – metodes pamatā ir ņemta vērā nepieciešamība slimnīcām un citām sarežģītām sociāli tehniskām sistēmām veidot vadīšanas sistēmu, kurā tiktu ievēroti sekojošie principi:

- 1) atbildīga autonomija,
- 2) spēja adaptēties,
- 3) uzdevumi, kuru izpildes mehānisms ir jānosaka pašiem izpildītājiem,
- 4) uzdevuma mērķa izpratne.

Prasība ir slimnīcas gadījumā šos principus attiecināt uz ārstu profesiju. Lai ārstu autonomija tiktu vērsta slimnīcas ilgtspējīgas attīstības virzienā, spējai adaptēties ir jābūt saistībā ar uz procesiem orientētas vadīšanas un pašvadīšanas attīstību.

Pārejas uz procesu un klientu orientētu vadīšanu metodoloģijas virsuzdevums ir nodrošināt iespēju ārstiem un citiem klīniskajā procesā iesaistītajiem labāk izprast savas profesionālās darbības sistēmisko ietekmi attiecībā uz visu klīnisko procesu kopumu. Šī virsuzdevuma sasniegšanai izstrādātās metodes

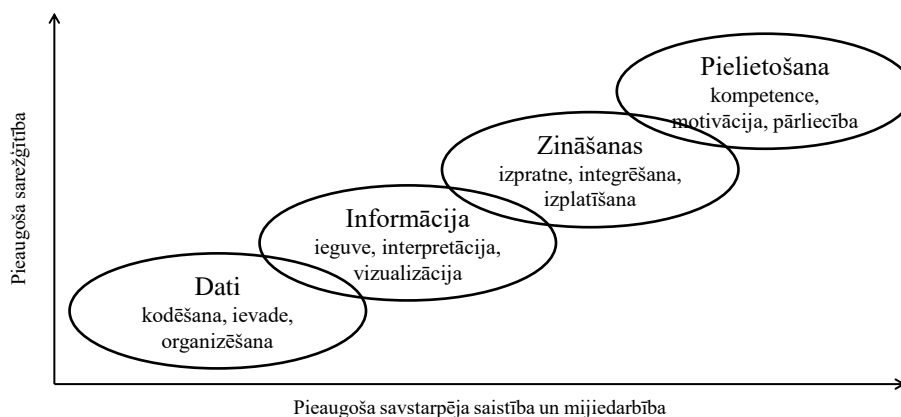
pamatā ir tēze, ka veicinot iespēju iegūt profesionālo informāciju caur klīnisko jeb slimnīcas pamata biznesa procesu prizmu, ārsti vienlaikus arī iegūst zināšanas, kas tiem ļauj labāk izprast savu organizāciju un efektīvi tajā darboties, arī iespējami autonomāk un biežāk uzņemties vadītāja un līdera lomu, veicot nepieciešamās pārmaiņas esošajos procesos. Vienlaikus līdz šim maz pārredzamais klīniskais process kļūst caurspīdīgāks. Iespējami lielāka caurspīdīguma princips attiecībā uz klīnisko procesu norisi ir nepieciešams katra procesā iesaistītā individuālās atbildības attīstībai salīdzinoši autonomas darbības apstākļos. Caurspīdīgumam – tāpat izvēlēto procesu indikatoru analīzes iespēju līdzvērtīgumam kā vadītājiem, tā arī ārstiem – piemīt potenciāls uzlabot savstarpējo izpratni par lēmumu pieņemšanu – attiecīgi par klīniskajiem lēmumiem, ko pieņem ārsti, un vadības lēmumiem, ko pieņem vadītāji.

Pieņemot klīniskos procesus ietekmējošu lēmumu, ārsts tradicionāli balstās uz zināšanām medicīnā un uz praktisko pieredzi līdzīgos klīniskajos gadījumos un ņem vērā konkrēta pacienta dotā brīža vajadzības. Vadītājs, pieņemot lēmumu, kas var ietekmēt arī klīnisko procesu norisi, tradicionāli balstās uz procesu norises retrospektīvu analīzi un ņem vērā pacientu kopuma vajadzības. Abi šie lēmumi ietekmē klīnisko procesu norisi slimnīcā, bet ārstam atgriezeniskā saite par pieņemto lēmumu sistēmisko ietekmi ir daudz mazāka kā vadītājam.

Lai nodrošinātu ārsta tādas vispārējās kompetences veidošanos, kas būtu salīdzināma ar vadītāja kompetenci attiecībā uz slimnīcas pamata procesu norisi, ārstam šī atgriezeniskā saite ir jāattīsta, un tai ir jāietver ne tikai klīniskā informācija, bet arī tā informācija, kas nepieciešama klīnisko procesu vadīšanai – piemēram, informācija par laika un resursu patēriņu, apkopota salīdzinoša un retrospektīva informācija par līdzīgiem klīniskajiem procesiem kopumā.

Šāda abpusēja caurspīdīguma principa ievērošanas uzdevums ir panākt, ka klīniskā procesā, pieņemot profesionālos lēmumus, ārsts būtu ziņošs par sava un citu procesā iesaistīto profesionālā darba sistēmisko ietekmi – tāpat pilnīgāk izprastu to, ka jebkuram klīniskam lēmumam ir ietekme uz resursu patēriņu, pieņemtu to, ka ir nepieciešams sabalansēt klīnisko autonomiju ar caurspīdīgu atbildību, atbalstītu klīniskā darba sistematizāciju un pašā klīniskajā procesā dalītos ar varu tad, kad tas ir nepieciešams tā efektīvākai norisei.

Ceļš no datiem informācijas sistēmā par līdzšinējo klīnisko procesu norisi līdz izplatītām zināšanām ārstu vidū un to pielietošanu līdzšinējās prakses adaptācijai jaunām vajadzībām ir pakāpenisks (skat. 4.5. attēlu).



4.5. attēls. Datu, informācijas, zināšanas un pielietošanas nepārtrauktība

Avots: (Nelson & Stagers, 2013)

Lai varētu sagaidīt, ka ārsts iegūs un pielietos zināšanas tā, lai veidotos slimnīcas ilgtspējīgai attīstībai nepieciešamā orientācija uz procesu un vadīšana balstītos uz atgriezenisko saiti par procesa norisi, ir jārada iespēja nodrošināt šo datu → informācijas → zināšanu veidošanās secību atbilstoši pacienta procesam. Tātad datiem ir jābūt kodētiem, ievadītiem un organizētiem tā, lai tie iespējami pilnīgi atspoguļotu to klīnisko procesu, kura centrā mēs vēlamies redzēt pacientu. Iegūstamā informācija ir jāspēj interpretēt un vizualizēt tā, lai tā sniegtu iespējami pilnīgu izpratni par klīnisko procesu norisi. Tikai šādas uz procesu orientētas zināšanas, kas ir nodotas ārstiem, var pakāpeniski veidot to vispārējās kompetences, motivāciju un pārliecību, kas nepieciešama atbildīgai autonomijai uz procesu un tātad arī uz pacientu orientētā slimnīcā.

Vadības uzdevums šāda koncepta gadījumā ir nodrošināt tādu risinājumu pieejamību un adaptāciju lokālām vajadzībām, kas palīdzētu slimnīcas ārstiem attīstīt konceptuālas uz procesu orientētas zināšanas par savu ikdienas profesionālo darbību. Savukārt ārsta loma sistēmā, kas nodrošina slimnīcas ilgtspējīgu attīstību, veicinot uz procesu orientētu vadīšanu, ir lielākas atbildības uzņemšanās par slimnīcas kā organizācijas galvenā procesa norisi, kā arī tā saskaņu ar pārējiem procesiem slimnīcā –nevis tikai atbildība par šī procesa iznākumu attiecībā uz konkrētu pacientu.

Kā pirmais solis sarežģītu procesu caurspīdīguma veicināšanā vadības un sistēmu inženierijas jomas literatūrā bieži tiek minēta procesu vizualizācija. Procesu attēlošanas nozīme tiek aprakstīta kā iespēja apvienot sistēmas elementus vienuviet, norādot virzienus, kurā process uzlabojams, tādējādi nodrošinot iesaistīto pušu lielāku līdzdalību lēmumu pieņemšanā. Līdzīgi arī taupīgajā (*lean*) vadīšanā procesa vizualizācija tiek pielietota kā „viegls veids, kā atklāt un radīt vērtību” (Womack & Jones, 2010).

Tomēr slimnīcās veiktās darbības un procesi ir īpaši kompleksi un nenoteikti. Ir plaši atzīts un iepriekš jau aprakstīts fakts, ka slimnīcas ir fragmentētas, un darbinieki tajās tradicionāli fokusējas tikai uz to aktivitāti, ko veic to profesionālās grupas pārstāvji, un ārsti, pieņemot ar pacienta ārstēšanu saistītus lēmumus, var

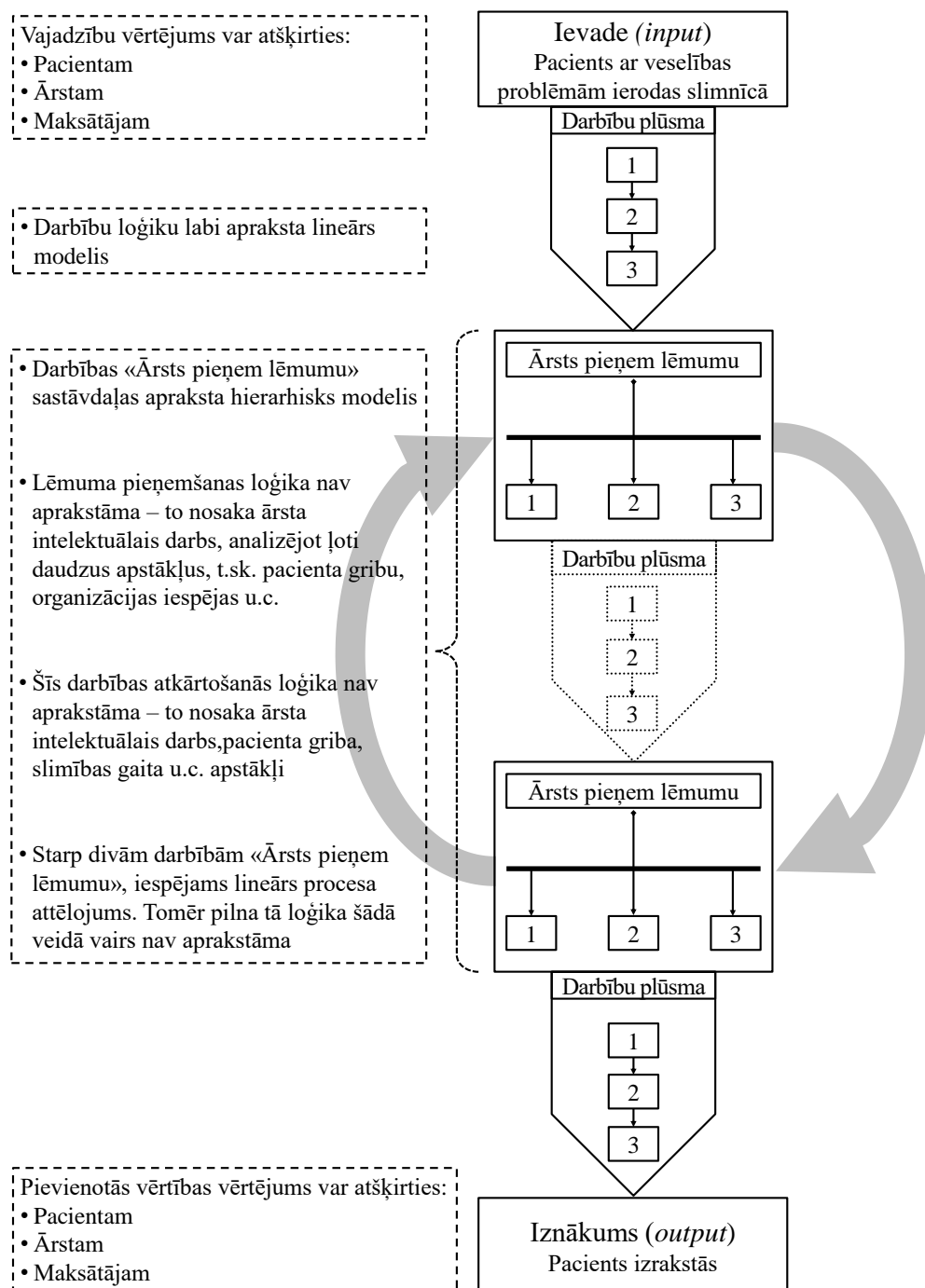
rīkoties neatkarīgi. Tāpēc šķērslis caurspīdīgumam slimnīcā ir ne tikai nepietiekošais sistēmiskās informācijas atgriezeniskums attiecībā uz ārstiem, bet arī paša klīniskā procesa nenoteiktība.

Katru atsevišķu individuāla pacienta ārstēšanas gaitu var aprakstīt un viegli izprast kā secīgu darbību virkni, un var pat mēģināt formalizēt ārsta konkrēto klīnisko lēmumu pieņemšanas stimulus, un to visu attēlot vienkāršas darbību plūsmas diagrammas veidā, taču slimnīcas pamata biznesa procesus kopumā šādi nevar ne aprakstīt, ne vizualizēt to ārkārtīgi variablās dabas dēļ. Nenoteiktība, ko nosaka pacientu variablais stāvoklis un vajadzības, un ārsta autonomija, pieņemot ar ārstēšanu saistītus lēmumus, šos procesus padara grūti vizualizējamus, un to analīzei ir nepieciešams īpašs risinājums.

Ja procesam klasiski ir raksturīga specifisku darbību secība laikā un vietā un skaidri definēta ievade (*inputs*) un sagaidāmais rezultāts (*outputs*), tad slimnīcas gadījumā par klasiskiem procesiem var uzskatīt tikai palīgprocesus un vadības procesus. Ārstu pārvaldītie pamata biznesa procesi jeb klīniskie procesi, kas nodrošina vērtības radīšanu klientam, respektīvi, pacientam, ir īpaši. Šajos procesos noteiktas secīgas darbības mijas ar visnotaļ grūti formalizējamu procesa sastāvdaļu – darbību, kad ārsts pieņem lēmumu par procesa tālāko gaitu. Šī darbība ietver profesionālu ekspertīzi – pacienta apskati, iztaujāšanu un iepriekš esošās informācijas interpretēšanu. Būtisks procesa un tā izpratnes komplicētību palielinošs faktors ir fakts, ka darbību kopa „ārsts novērtē pacientu, pieņem lēmumu par tālākiem soļiem, pacients saņem ārstēšanu” ir cikliska un atkārtojas iepriekš nezināmu reižu skaitu.

Ārsta konkrētais lēmums par individuāla pacienta tālāko ārstēšanu ir komplicēts no procesa izpratnes viedokļa – tas ir grūti formalizējams attiecībā pret stimuliem, kas to nosaka. Katras izmaiņas slimības gaitā, vai ārsta vērtējumā par slimības gaitu, veikto izmeklējumu datu novērtēšana, pacienta, tā tuvinieku izteiktās vajadzības un vēlmes, izmaiņas ārstēšanai, diagnostikai, aprūpei, loģistikai nepieciešamo resursu pieejamībā, mijiedarbība ar citiem profesionāļiem, administratoriem un, galu galā, intuīcija, varētu būt galvenie, bet ne visi no stimuliem, kas nosaka ārsta kārtējo lēmumu par klīniskā procesa norisi. Ņemot vērā iepriekš minēto, lai iegūtu pietiekami universālu procesa vizualizāciju, tajā ir jākombinē divas atšķirīgas daļas – darbības „ārsts pieņem lēmumu” sastāvdaļu attēlojums un visu pārējo darbību secību attēlojums.

Autora izstrādātā universālā klīniskā procesa vizuālais modelis apvieno gan **darbību secību**, gan **darbības sastāvdaļu** attēlošanu (skat. 4.6. attēlu).



4.6. attēls. Klīniskā procesa vizuāls modelis, pielietojot darbību secības un darbību sastāvdaļu attēlojuma kombināciju.

Avots: Autora veidots attēls, balstoties uz teorētisko un praktisko izpēti

Slimnīcas klienta ceļu atspoguļojošā pamata biznesa procesa shēma ataino procesa būtību, ja tajā lineāru, secīgu darbību attēlojums kombinējas ar hierarhisku attiecību attēlojumu, kas raksturo darbības „ārsts pieņem lēmumu” sastāvdaļas un sakarības ar lēmumu ietekmējošajiem faktoriem. Kā noteiktu darbību plūsmu var attēlot visu, kas notiek, līdz ārsta pirmajai vizītei un pēc ārsta pēdējās vizītes (piemēram,

pacienta nogādāšana slimnīcā, reģistrēšana, prioritātes noteikšana pēc stāvokļa smaguma, pacienta novietošana apskates telpā, izrakstīšanas dokumentu sagatavošana, apmaksājamā rēķina sagatavošana utt.), tāpat definēta secība būs darbībām starp divām ārsta lēmuma pieņemšanas darbību kopām – viss notiekošais, kas izriet no ārsta veiktajiem nozīmējumiem – gan tas, kas tieši notiek ar pacientu, gan visi palīgprocesi, kas to nodrošina. Piedāvājot klīnisko procesu attēlot šādi, autors atzīst, ka darbība „ārsts pieņem lēmumu” visbiežāk nebūs formalizējama, tai nebūs stingras iekšējas secības, un arī ļoti variabla būs tā procesa daļa, kas ir starp divām ārsta lēmuma pieņemšanas reizēm. Tā ir būtiska pazīme, kas atšķir slimnīcas procesus no vairāk tradicionālas organizācijas procesiem. Tas arī izskaidro faktu, kāpēc, atšķirībā no citam nozarēm, ar biznesa procesu saistītu zināšanu dokumentēšana modeļu veidā slimnīcās tiek pielietota tikai homogēnu grupu, atsevišķu tās struktūrvienību darba aprakstam, bet ne slimnīcas klīniskajam procesam kopumā.

Cikliskā darbība „ārsts pieņem lēmumu” atkārtojas tik reizes, cik tas ir nepieciešams konkrētā pacienta izārstēšanai. Procesa aprakstā tas ir diagnostikas – ārstēšanas cikls, tā atkārtošanās reižu skaits ir nenoteikts, tāpat kā nenoteikta ir sekojošā darbību plūsma pēc katra no šiem cikliem. Ārsts kā atbildīgā persona šajā ciklā, pieņemot lēmumu, pamatā balstās uz dziļi specifiskām medicīniskām zināšanām, bet, lai viņš varētu uzņemties pilnīgāku atbildību par visa klīniskā procesa norisi, ir jārada tam iespēja analizēt līdzšinējo procesu norisi.

Autors uzskata, ka vēl viens kavējošs iemesls pilnvērtīgai biznesa procesu modelēšanai tradicionālā veidā ārstniecībā ir arī tehnoloģijas pārmaiņu dinamisms. Izmaiņas tajās ietekmē arī kopējo biznesa procesa norisi, ierobežo reiz izveidotu biznesa procesu modeļu atkārtotas izmantošanas iespējas apstākļos, kad resursi, kas nepieciešami jauna modeļa izveidē, nav pietiekami.

Atzīstot veselības aprūpes procesos augsto variācijas pakāpi kā šķērslī vienkāršotam secīgu darbību attēlojumam darba plūsmas diagrammas veidā, teorētiski pastāv iespējas pielietot sarežģītākas sistēmu inženieriem pazīstamās procesu modelēšanas metodes. Tomēr, pamatojoties uz uzdevumu veicināt caurspīdīgumu attiecībā uz klīnisko procesu norisi, autors uzskata, ka, palielinot modeļa sarežģītību un ieviešot jaunas formalizēšanas metodes, netiks ņemtas vērā potenciālo gala lietotāju – veselības aprūpē praktizējošo profesionāļu tomēr ierobežotā iespēja iedziļināties un izprast šādus modeļus. Tādējādi kompleksi sistēmu inženieriem saprotami risinājumi visticamāk vairs nebūs pielietojami pašu procesā iesaistīto zināšanu pilnveidei, jo modeļu pielietošanā netiks ņemtas vērā gala lietotāju vajadzības pēc viegli uztverama intuitīva risinājuma.

Tātad, no vienas puses, vienkāršas darba plūsmas diagrammas nedod pilnu priekšstatu par klīniskajiem procesiem slimnīcā, savukārt dažādas sistēmu inženieriem un informātikas speciālistiem pazīstamās

alternatīvas komplicētu modeļu izveidē samazina iespēju, ka gala lietotāji spēs jēgpilni šos modeļus izmantot procesu vadīšanā, komunikācijā par tiem un to pārveidē. Tāpēc autors piedāvā, neatsakoties no procesa vizualizācijas kā efektīva zināšanu pārvaldes rīka, slimnīcas gadījumā meklēt tam cita veida pielietojumu uz procesiem orientētu zināšanu attīstībai pašiem procesā iesaistītajiem.

Veicot biznesa procesu apraksta un modelēšanas pielietojumu analīzi slimnīcas kontekstā, ir jāsecina, ka biznesa procesu modelēšanas tradicionālie pielietojumi (dokumentācija, procesu pārveide un izpildes kontrole) slimnīcā ir izmantojami tikai daļēji (skat. 4.2. tabulu).

4.2. tabula.

Biznesa procesu modelēšanas uzdevumi

(Avots: autora izveidota tabula)

Uzdevumi	Klasiskais pielietojums (Indulska et al., 2009)	Pielietojumam īpašie apstākļi slimnīcas gadījumā
Dokumentācija	Procesu efektivitāti un kvalitāti palielina to veikšana iespējami stingrā, iepriekš noteiktā kārtībā. Tāpēc procesu apraksti, kalpo kā standarts un instrukcija pašiem uzņēmumā strādājošajiem un citādi iesaistītajiem par to, kā procesa aktivitātēm ir jāseko cita citai no procesa paša sākuma līdz pat beigām. Dokumentēšana ļauj saprast procesa kopējo gaitu katra atsevišķa klienta gadījumā.	Tikai daļa vadības un palīgprocesu secības un attiecības var tikt formalizētas. Paša pamata (klīniskā) procesa norisē aprakstāms secīgums mijas ar neformalizējamu tā daļu – ārsta lēmumu par tālāko procesa gaitu.
Pārveide	Jebkurā nozarē tās biznesa procesos ir jāpārveido, ja saskatīt novērtējamās neefektivitātes, iespējas samazināt izmaksas un paātrināt klienta vajadzību apmierināšanu. Tiek uzsvērts, ka process nevar tikt pārveidots, kamēr tas netiek izprasts. Pārveide ir iespējama tikai tad, kad process ir pienācīgi dokumentēts. Tipiskā gadījumā sistēmu analītiķis un konkrētās jomas pārzinātais dokumentācijas nolūka pārveidojamo procesu vispirms modelē.	Lai pārveidotu slimnīcas pamata (klīnisko) biznesa procesu, izpratnei par to ir jāveidojas ne tikai vadītājiem, bet arī pašiem procesa saimniekiem – ārstiem. Klīniskā procesa neformalizējamības dēļ klasisks modelēšanas piedāvājums var nebūt pietiekams šādas izpratnes veidošanai, un tas arī nespēs to dokumentēt.
Procesu pārveides mehānisms	Biznesa procesu dokumentēšana un modelēšana ļauj sagatavot un veikt radikālas pārmaiņas esošajos procesos (<i>reengineering</i>), ja to pieļauj uzņēmumā valdošā kultūra un skaidra vadības līderība pārmaiņu procesā.	Radikāla procesu pārveide var nebūt iespējama, jo: (1) ne visus procesus var skaidri dokumentēt, (2) klīniskā procesa pārveidē ir nepieciešama pašu tā saimnieku – ārstu līderība. Tāpēc ir sagaidāms, ka pārmaiņu process būs lēns, kā arī atkarīgs no iespējām ārstiem apgūt nepieciešamās uz procesiem orientētās zināšanas.
Izpilde	Lielākajā daļā gadījumu, labākie veidi, kā palielināt biznesa procesa efektivitāti, ir procesa maksimāla standartizācija un sekojoša automatizācija. Iespēja izvairīties no manuāla darba ļauj procesu veikt ātrāk un ar zemākām izmaksām. Tomēr informācijas tehnoloģiju pielietošana neefektīva procesa automatizēšanai nebūtu ieteicama – šai fāzei jānotiek tikai pēc procesa pārveides.	Viss minētais attiecas arī uz procesiem slimnīcā, tomēr to standartizācijas iespējas ir ierobežotas (tomēr standartizācija tiek veikta, definējot īpašus ārstēšanas ceļvežus tipiskām pacientu grupām vai izveidojot multidisciplināras struktūrvienības, kurās nonāk pacienti, kuriem klīniskais process būs līdzīgs). Pilnvērtīgi iespējama ir tikai palīgprocesu automatizācija.

Vizualizējot slimnīcas procesus, ārstu profesionālās darbības daļa un tai pakārtotās norises bieži nebūs dokumentējamas procesa apraksta veidā, arī klīniskā procesa pārveidē ne vienmēr būs iespējams lietot tā visaptverošus modeļus, un būtiska būs ārstu pašu līderība, jo tikai tie ir atbildīgi par katra klienta iznākumu šajā procesā.

Tātad slimnīcas klīniskā procesa jēgpilna vizualizācija ir sarežģīta – ja katru atsevišķu individuāla pacienta ārstēšanas gaitu var aprakstīt un viegli izprast kā secīgu darbību virkni, tad slimnīcas pamata procesus kopumā šādi nevar ne aprakstīt, ne vizualizēt to ārkārtīgi variablās dabas dēļ. Tāpēc autors uzskata par nepieciešamu slimnīcas procesus vizualizēt tikai augstā, vispārīgā līmenī un izveidoto modeļi pamatā izmantot kā ārstam atpazīstamu vidi, kurā tas var redzēt un izprast, kādi, kur un kad ārstēšanas laikā informācijas sistēmā tiek fiksēti dati, kas būtu izmantojami klīniskā procesa izpētei un monitorēšanai. Izprotot datu lokalizāciju procesa modelī, ārsts var viennozīmīgi un saprotami formulēt uz tiem balstītu jautājumu uz procesu orientētu zināšanu ieguvei. Tāpat arī iegūtas skaitliskās atbildes vizualizēšana pazīstama procesa modelī varētu būt efektīvāka uz procesu orientētu zināšanu attīstībai nekā ar modeli nesaistīta skaitliska informācija. **Šis autora piedāvātais biznesa procesa modeļa izmantošanas veids ir jauns, un tas prasa arī atbilstoša tehnoloģiska risinājuma izveidi.**

Dažādu *ad-hoc* jautājumu noskaidrošana attiecībā uz paša ārstētiem pacientiem un sava individuālā darba rezultātu vērtēšana visas organizācijas līmenī, atbilstoši autora izstrādātajai metodoloģijai, ir pamats vispārējās kompetences attīstībai. Ņemot vērā to, ka ārsts savā, uz palīdzību indivīdam orientētajā profesionālajā izglītībā nav speciāli gatavots sistēmiski analizēt slimnīcas procesus, informāciju tehnoloģiju attīstība pati par sevi nenodrošinās uz procesu orientētu zināšanu izplatību ārstu vidū, ja vien netiks atrasts lietotājam ērts veids piekļuvei šīm zināšanām.

Kā piemēri klīnisko procesu raksturojošiem rādītājiem jeb skaitliskajiem indikatoriem, kuriem viegli var definēt vēlamās robežas un kuri raksturo klīniskā procesa kopējo norisi, ir minami sekojošie: vidējais ārstēšanās laiks, vidējā gultu noslodze un aprīte, stacionāra pacientu skaits ārstam, ārsta ambulatori pieņemto pacientu skaits, pacientu mirstība un citi klīniskie iznākumi, atkārtotas hospitalizācijas biežums, gaidīšanas laiki dažādos posmos, slimnīcā radušos novēršamu kaitējumu pacientam biežums, pacientu apmierinātība, dažādu resursu izmantošanas pakāpe (telpas, aparatūra, personāls), izdevumi uz struktūrvienību, izmaksas par noteiktām manipulāciju grupām, izmaksas uz konkrētu pacientu, ienākumi par konkrētu pacientu, pacientu ārstēšanas ienākumi un izdevumi, attiecināti uz struktūrvienību vai ārstu, u.c.

Klīnisko procesu raksturojošie rādītāji tiek reģistrēti katram individuālam pacientam, kuru savukārt papildus vēl raksturo tādas pazīmes kā vecums, klīniskais stāvoklis, diagnoze, diagnozes maiņa procesa

gaitā, anamnēze, dzīves vieta, sociālais statuss. Katram notikumam, kas iespaido pacienta ārstēšanu, ir arī laika dimensija – kad tas ir noticis, cik reizes, ar kādu laika intervālu. Daļa no minētajiem indikatoriem jau tiek reģistrēti un arī vērtēti, pieņemot vadības lēmumus arī Latvijas slimnīcās, tajā skaitā arī struktūrvienību līmenī.

Minētie rādītāji ir iegūstami, balstoties uz primārajiem datiem slimnīcas informatīvās sistēmas datu bāzē, un tie jau šobrīd ir pamats slimnīcas vadības lietotājam dažādām standarta atskaitēm. Tomēr iespēja uzdot papildus jautājumus, kas rodas, lai izprastu, piemēram, kāpēc notiek nobīdes no normas un kas traucē tiekties uz mērķiem, prasa ievērojamus papildus resursus un tehniskās zināšanas.

Autors piedāvā izmantot klīniskā procesa vizualizāciju šāda tipa jautājumu uzdošanai arī pašiem ārstiem, un tāpēc ir svarīgi, lai tas būtu izdarāms iespējami vienkārši, un informācijas iegūšanai no datiem ir jābūt vienkāršākai, kā, piemēram, *MS Excel* vidē, ko varētu uzskatīt par visplašāk pielietoto datu apstrādes un analīzes rīku.

Veidojot tehnisko risinājumu, ir svarīgi izprast, kāda veida jautājumi tā lietotājam var rasties, tāpēc **autors ir izstrādājis informācijas ieguvei par procesu iespējamo jautājumu veidu klasifikāciju, kā arī jautājuma izveidošanas elementu un atbilžu loģisko sakarību aprakstu.**

Lai veidotu uz procesu orientētas zināšanas par slimnīcas kopīgo pamatdarbību un ārsta individuālā darba ietekmi uz to, katrs no iespējamiem jautājumiem ir klasificējams kā:

- 1) atlases jautājums, kur atbilde ir saraksts ar atlasītajiem gadījumiem,
- 2) jautājums, kura atbilde ir kvantitatīva kāda indikatora vērtība,
- 3) jautājums, kura atbilde raksturo laiku vai laika sprīdi.

Atlases jautājuma – tāda, kur **jautājuma atbilde saraksts ar atlasītajām vienībām** (piemēram, pacientu saraksts ar kādām kopīgām vienojošām pazīmēm), paraugs varētu būt šāds: „*Kuriem pacientiem ar dg. insults pagājušā gadā uz datortomogrāfiju bija jāgaida ilgāk nekā 4 stundas*”. Noskaidrojot atbildi uz šādu jautājumu, procesa izzinātājam ir iespējams analizēt dziļāk un meklēt, vai novēlotam izmeklējumam ir kāds sakars ar, piemēram, diennakts laika posmu, kādu atsevišķu ārstu, ar citiem vienlaicīgiem procesiem attiecīgajā laika posmā. Cits atlases jautājuma piemērs varētu būt sekojošais: „*Kuri 10 ārsta X ārstētie pacienti ar diagnozi Y izmaksāja visvairāk?*”. Iegūstot sarakstu ar šiem desmit gadījumiem, ir iespējams veikt tālāku analīzi par to, kas tieši bija iemesls, kāpēc šo pacientu ārstēšana bija dārgāka nekā lielākai daļai līdzīgu pacientu.

Citos gadījumos procesa izzināšanas **jautājuma atbilde ir kvantitatīva vērtība**, kas raksturo kādu elementu procesa posmā, par kuru tiek veikta izpēte. Šādiem jautājumiem var minēt daudzus piemērus: „*Cik reizes vidēji pacientiem ar dg. pneimoniya tika veikts rentgena izmeklējums?*”, „*Cik ir vidējā*

aprēķinātā samaksa no NVD par slimnīcā uzņemtajiem pacientiem vecuma grupā no 18–65 gadiem, kuriem viena no blakus diagnozēm bija „alkohola reibums”?”, „Cik % gadījumu ārsts X pacientam, kam gala diagnoze ir Y, pirmās tika papildus nozīmēta ķirurga konsultācija?”, „Cik pacientiem ārstēšanās laikā mainījās diagnozes?”, „Cik no pacientiem ar diagnozi X ārsts Y veica izmeklējumu Z?”, vai „Cik izmeklējumu Z tiek veikti brīvdienās?”. Iegūstot atbildes uz šādiem jautājumiem, veicot to salīdzināšanu ar līdzīgām situācijām, ar līdzīgiem laika periodiem retrospektīvi, katram no izpētes veicējiem pakāpeniski rodas aizvien sistemātiskākas zināšanas par procesiem kopumā un par faktoriem, kas ietekmē to norisi.

Būtiska jautājumu daļa var būt tādi, kuru **atbilde raksturo laiku vai laika sprīdi**, vai laika vērtība ir viens no atlasas kritērijiem: „Vidēji cik NMP nodaļā vienlaicīgi ir bijuši pacienti ar ķirurģisku diagnozi darba dienās laika posmā no 16.00–22.00?”, „Vidēji cik ilgu laiku ārsti X un Y velta vienam pacientam ar Y diagnozi?”, „Vidēji cik ilgs ir laiks starp diviem RTG izmeklējumiem pacientiem ar dg. pneimonija ārstiem X un Y? Cik ārstam X uz n nostrādātām stundām ir gadījumi, kad tā pacientam ar atzīmi „neatliekams” nācās gaidīt ilgāk nekā 15 min.?””, „Cik % ārsta X pacienti ar Dg. pneimonija 14 dienu laikā ir atkārtoti hospitalizēti?”.

Kā sarežģītāki jautājumi, uz kuriem atbilde nav ne atlasīts saraksts, ne konkrēta kvantitatīva vērtība, bet iepriekš aprakstītie jautājumi sniedz informāciju, kas palīdzētu veidoties uz **procesu orientētām zināšanām**, varētu būt sekojošie: „Kādas ir biežākās aktivitāšu kombinācijas, kas atkārtojas pacientu populācijā ar kādām konkrētām klīniskām pazīmēm?”, „Cik lielā mērā aktivitāšu kombinācijas (procesu) variē starp dažādiem pacientiem?”, „Cik lielā mērā variē laiks konkrētu aktivitāšu kombināciju (procesu) veikšanā starp dažādiem pacientiem?”, „Kādi faktori bija tie, kas izraisīja procesu variācijas starp dažādiem pacientiem?”, „Pēc kādām pazīmēm pacienti būtu grupējami, lai tiem nepieciešamo aktivitāšu kombinācijas būtu iespējami līdzīgas?”. Atbildes uz šādiem jautājumiem jau ir zināšanas, kuras varētu būt gatavas pielietošanai praksē, transformējot esošos klīniskos procesus.

Veidojot tehnisko risinājumu, ir svarīgi arī izprast **jautājuma izveidošanas elementu un atbilžu loģiskās sakarības**, tāpēc autors ir izstrādājis to grafisku shēmu ar atbilstošo jautājumu piemēriem (skat. 4.7. attēlu).

Attēlotajā shēmā dotajos piemēros ir noformulētas sastāvdaļas jautājumam, kuras ir precīzi jākombinē, lai tas tiktu noformulēts viennozīmīgi. Šāda strukturēta jautājuma formulēšana atvieglo saziņu starp jautājuma uzdevēju un datu pārzini, kuram korektas atbildes došanai ir nepieciešams korekti formulēts jautājums.

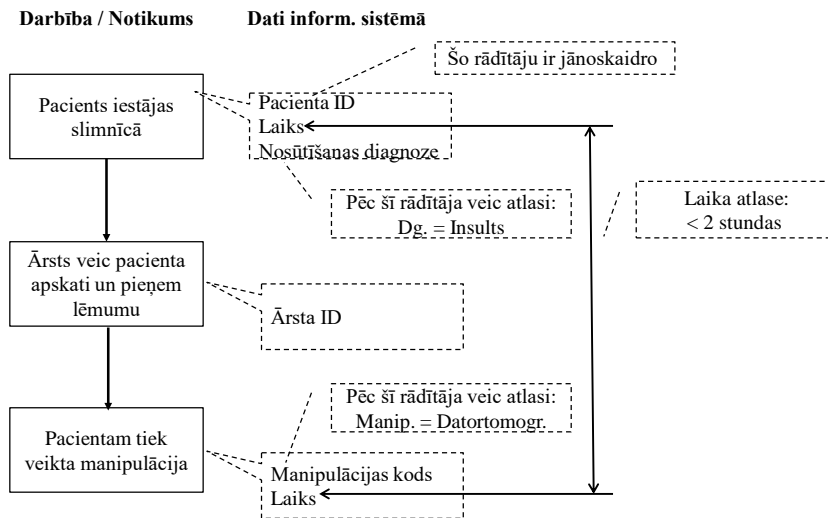
Klasiskā gadījumā jautājuma precīzai formulēšanai tā uzdevējam būtu jāzina datu bāzes struktūra – kādi dati tajā ir, kādus klīniskā procesa notikumus tie raksturo, kuros klīniskā procesa posmos tie rodas un kāds ir vienojošais elements starp tiem. Tomēr, ņemot vērā pacientu lielo skaitu, fiksēto notikumu apjomu un ārkārtīgo kompleksitāti procesiem slimnīcā kopumā, nevar sagaidīt, ka zināšanas par datu bāzes struktūru būs viegli aptveramas nespeciālistiem bez kādu palīgmetožu pielietošanas.

Apzinot šo nepieciešamību, autors piedāvā izmantot iepriekš aprakstīto klīniskā procesa vizualizācijas metodi (darbību secību un darbības sastāvdaļu hierarhiskā attēlojumā kombinācija) (skat. 4.6. attēlu 164. lpp.) kā vidi, kurā ārstam ir vieglāk uztvert klīnisko procesu raksturojošo datu struktūru un kurā vienlaicīgi vislabāk izprast kvantitatīvu informāciju par šiem procesiem.

Lai precīzāk aprakstītu piedāvāto konceptu tā tehniskajai realizācijai, tiek piedāvāts piemērs: ir zināms, ka pacientam ar insultu specifiska ārstēšana – tromba šķīdināšana (trombolīze) ir jāuzsāk iespējami ātrāk. Tomēr šo ārstēšanu nedrīkst uzsākt, pirms nav veikta datortomogrāfijas izmeklēšana diagnozes precizēšanai. Zinot, ka, pacientu reģistrējot slimnīcā, digitālā veidā tiek saglabāts arī uzņemšanas laiks, kā arī to, ka radioloģijas informācijas sistēmā saglabājas ieraksts par katru veikto izmeklējumu (t.sk. ar izmeklējuma laiku un pacienta datiem), var viegli secināt, ka nepieciešamie dati tālāk analizējamai informācijai par to, cik laicīgi katram no insulta pacientiem tika veikts šis izmeklējums, ir fiksēti. Vēloties panākt pacientu iespējami labāku iznākumu, loģiska ir interese noskaidrot un atsevišķi analizēt, piemēram, tos gadījumus, kad pacientam uz šo izmeklējumu bija jāgaida vairāk kā divas stundas.

Diemžēl šajā piemērā minēto pacienta ar insultu ārstēšanas procesa izpēti un daudzus līdzīgus jautājumus ārsts vai pat vadītājs šobrīd visbiežāk nevar veikt patstāvīgi. Lai kaut vai noskaidrotu to pacientu identitātes, kuriem kādā definētā laika posmā šis izmeklējums netika veikts vēlamajā laikā, un izpētītu konkrēto situāciju raksturojošos ierakstus slimības vēsturē, slimnīcas informātikas speciālistam (vai jebkuram citam speciālistam, kas ārsta uzdevumā meklē šo informāciju uzkrātajos datos) šāda uzdevuma izpildei ir jābūt ne tikai pietiekami augstām specifiskām zināšanām datu bāzu apstrādē, bet arī ļoti labi jāizprot pats klīniskais process.

Jaunais procesa vizualizācijas izmantošanas piedāvājums paredz iespēju jautājumu noformulēt pašam ārstam uz procesa vizualizācijas bāzes tā, lai datu atlase būtu iespējama nekļūdīga (skat. 4.8. attēlu).



4.8. attēls. Procesu izziņoša jautājuma attēlojums tā vizuālajā modelī

Avots: Autora veidots attēls

Tātad šajā piemērā tiek uzdots jautājums „Kuriem pacientiem ar diagnozi „insults” datortomogrāfijas izmeklējums tika veikts vairāk nekā divas stundas pēc iestāšanās slimnīcā?” Balstoties tikai uz šo klīniskā procesa modeļa fragmentu un norādot uz citiem datiem informācijas sistēmā jeb attiecīgās darbības vai notikuma sastāvdaļām (atribūtiem), šajā „valodā” ir iespējams nepārprotami noformulēt vēl daudzus citus jautājumus procesu raksturojošās informācijas iegūšanai.

Šis ir viens no ļoti daudziem iespējamiem piemēriem slimnīcas informācijas sistēmai adresētam *ad-hoc* jautājumam, kur kāda konkrēta veida pacientu klīniskajā procesā būtiski ir analizēt laika vai cita veida dimensiju. Šobrīd šādas salīdzinoši detalizētas, procesa orientētas analīzes veikšanas iespējas slimnīcā ir visai ierobežotas, neraugoties uz to, ka digitālā veidā aizvien vairāk fiksējas katra pacienta ārstēšanas gaita un attiecīgo slimnīcas resursu (darbinieku, aparātūras, telpu) iesaiste. Līdzšinējā, funkcionāli organizētajā slimnīcā vadīšanai nepieciešamās zināšanas vairāk balstās uz datu analīzi struktūrvienību griezumā, nevis procesu un vienveidīgu klientu grupu griezumā. Arī vadībai pieejamie administratīvie resursi biznesa datu analīzei un pašu vadītāju bieži ierobežotās zināšanas specifiskos medicīniskos jautājumos ir šķērslis tam, ka uzkrāto datu potenciāls tiek līdz galam izmantots procesu analīzei un vadīšanai atbilstoši tiem. Līdz ar to vadības lēmumi, kas maina klīnisko un arī palīgprocesu līdzšinējo norisi, ir analītiski mazāk pamatoti, nekā tas būtu iespējams. Savukārt ārstiem, pieņemot vai nepieņemot vadības piedāvātos risinājumus, aktuāli ir pierādījumi, nevis vadītāja intuīcija, ka līdzšinējā prakse būtu jāmaina. Paļaušanās uz pierādījumu ir medicīnā valdošais princips (*evidence based medicine*), ko profesionāli labprāt attiecina arī uz vadības lēmumiem tad, kad tie paredz izmainīt līdzšinējo praksi. Šo vadības lēmumu balstīšanu uz faktiem atvieglotu vieglāka uzkrāto datu analizējamība, un tā arī palielinātu to medicīnas profesionāļu

loku, kas vēlētos un spētu no datiem paši iegūt nepieciešamās zināšanas un pierādījumus par klīniskā procesa pārveidi.

Aprakstītais konceptuālais risinājums slimnīcas pārejai uz procesa orientētu vadīšanu, nodrošinot uz procesu orientētu zināšanu izplatību vadītāju, ārstu un citu procesā iesaistīto vidū, šobrīd tiek attīstīts tālāk starpdisciplināra projekta ietvaros attiecībā uz tā automatizācijas iespēju.¹⁵ Minētajā projektā klīniskā procesa specifikas atspoguļošanai tiek aprobēta jauna biznesa procesa modelēšanas metode, tālāk attīstīta jautājuma veidošanas valoda un testēts tehnoloģisks risinājums ātrai un lietotājam vienkāršai iespējai procesa vizuālā modeli veidot jautājumu un tajā arī saņemt atbildi.

Izveidojot aprakstītā koncepta lietotājam izprotamu tehnisko realizāciju, tiek palielināts to medicīnas profesionāļu loks, kas vēlētos un spētu no datiem paši iegūt nepieciešamās zināšanas un pierādījumus par klīniskā procesa norisi un vēlamo pārveidi. Tādējādi tiek nodrošināta procesu vadīšanas sistēmas efektīva īstenošana, pašvadīšanas attīstība un procesu monitorings.

¹⁵ ERAF projektā “Granulāro ontoloģiju rīki datu analīzei” autors ir viens no projekta izstrādes grupas dalībniekiem. Autora ieguldījums projektā ir slimnīcas biznesa procesu aprakstīšana un sākotnēja modelēšana, ārstu un vadītāju interesējošo iespējamo jautājumu tipu aprakstīšana un metodes testēšana slimnīcas ārstu vidū.

5. SECINĀJUMI UN PRIEKŠLIKUMI

SECINĀJUMI

1. Slimnīca kā vadāmais objekts ir atvērta, sarežģīta sociāli tehniska sistēma, kurā darbojas liels skaits savstarpēji saistītu apakšsistēmu. Slimnīca ir intelektuāla organizācija, jo tās pastāvēšana un attīstība ir pilnībā atkarīga no darbinieku zināšanām un garīgajām spējām, tomēr ne visas slimnīcas struktūrvienības veic intelektuālu darbu.
2. Slimnīca ir uz profesionālu autonomiju orientēta organizācija, tomēr tā ir arī komercdarbību veicošs uzņēmums, kura racionāla un ilgtspējīga funkcionēšana balstās uz organizācijas darbinieku, finanšu, materiālu un informācijas resursu iespējami pilnīgāku izmantošanu.
3. Slimnīcas darbības modelī visi procesi dalās trīs lielās grupās: pamata jeb klīniskais process, palīgprocesi un vadības procesi. Palīgprocesi nodrošina klīnisko procesu norisi. Vadības procesi nodrošina pamata procesa un palīgprocesu saskaņotu norisi, vienlaikus tiem ir jānodrošina slimnīcas resursu racionāla izmantošana.
4. Slimnīcas vadīšanas būtiska īpatnība ir vadītāju pārstāvēto slimnīcas kā organizācijas kopējo mērķu un ārstu pārstāvēto individuālo pacienta orientēto mērķu duālisms.
5. Slimnīcas vadīšanas būtiska īpatnība ir tā, ka administratīvajiem vadītājiem ir ierobežota vara klīnisko jeb pamata procesu vadīšanā, kur dominē ārsta pašregulējoša lēmumu pieņemšana un darbība.
6. Slimnīcas administratīvo vadītāju iespēja kontrolēt klīnisko procesu pieaug, attīstoties tehnoloģiskiem risinājumiem, kas nodrošina klīnisko procesu raksturojošo datu elektronisku pierakstu. Lai arī šis apstāklis tiek uzskatīts par draudu ārstu profesionālajai autonomijai, radītā iespēja ārstiem labāk analizēt savu darbu ir arī ārstu tālākas pašregulācijas attīstības priekšnoteikums.
7. Galvenais faktors, kas slimnīcu neļauj vadīt kā birokrātisku organizāciju, ir tas, ka tās pakalpojumiem ir jābūt individuāli adaptētiem katram organizācijas klientam – pacientam, un šo adaptāciju veic ārsti.
8. Slimnīcas organizatoriskajā struktūrā dominē funkcionālās struktūras variants. Funkcionālās struktūras būtiskākais trūkums ir nepietiekama orientācija uz pacienta vajadzībām un nespēja nodrošināt operatīvu reaģēšanu uz pārmaiņām vidē, kuras izpaužas kā pārmaiņas pieprasījumā, piedāvājumā un finanšu nodrošinājumā.
9. Novērtējot vadībzinātnes jaunākās atziņas un slimnīcu iegūto pieredzi to izmantošanā, autors secina, ka slimnīcas vadīšanā visatbilstošākā ir procesu vadīšanas metodes izmantošana, jo tā vislabāk nodrošina pacienta interešu ievērošanu un ātru reaģēšanu uz vides izmaiņām. Tā autors pierāda pirmo aizstājamo tēzi – mainīgā vidē slimnīcas vadīšanas pilnveidošanā jāizmanto metodes, kas dod iespēju vadāmam objektam operatīvi pielāgoties jaunajai vides situācijai.

10. Procesu orientētas vadīšanas izmantošanas gadījumā slimnīcā būtiski mainās ārstu loma, pieaug viņu pašvadīšanas nozīme, un līdz ar to palielinās nepieciešamība ārstiem iegūt jaunas zināšanas un prasmes.
11. Ārstu vispārējās kompetences attīstība ir uzskatāma par priekšnoteikumu pārejai uz procesu vadīšanu slimnīcā.
12. Latvijā pēdējā desmitgadē slimnīcu sektorā ir notikušas būtiskas pārmaiņas – ir sarucis slimnīcās ārstēto pacientu skaits, saīsinājies vidējais ārstēšanas ilgums, pieaugusi nepieciešamība slimnīcām iesaistīties hospitalizācijai alternatīvas aprūpes nodrošināšanā.
13. Latvijas lielo reģionālo slimnīcu izpētē ir konstatēts, ka atsevišķas pārmaiņas procesu vadīšanas ieviešanas virzienā notiek, bet tās nav visaptverošas, un to ieviešana notiek bez zinātniski pamatotas metodoloģijas. Par vienotas metodoloģijas nepieciešamību liecina, autora veiktā Daugavpils un Liepājas slimnīcas salīdzinošā pētījuma rezultāti: atšķirības hospitalizācijas skaitā – par 40%, atkārtotu hospitalizāciju skaita atšķirības – par 53%, hospitalizācijai alternatīvu risinājumu izmantošanas biežumā – par 212%, un šīs atšķirības nevar tikt skaidrotas ar atšķirībām ārējā vidē. Pierādīta otrā tēze, ka pārejas uz procesu orientētu vadīšanu ieviešanai ir nepieciešama zinātniski pamatota metodoloģija.
14. Slimnīcu atšķirīga iekšējā vide pieprasījumu pēc hospitalizācijas ietekmē vairāk nekā atšķirības to ārējā vidē, un atšķirīgie ārstu klīniskie lēmumi Latvijas slimnīcās rada nozīmīgas atšķirības slimnīcas resursu izmantošanā.
15. Slimnīca kā pakalpojumu sniedzējs būtiski var ietekmēt pieprasījuma apjomu attiecībā uz tās piedāvātajiem pakalpojumiem.
16. Ārstu vispārējo kompetenču attīstības studiju programmās salīdzinošās analīzes pētījums (Latvija, Igaunija, Lietuva, Čehija, Norvēģija, Polija) norāda, ka studiju programmu piedāvājums vispārējo kompetenču attīstībai būtiski atšķiras, un Latvijā tas ir salīdzinoši zems – tāpat pastāv iespēja to palielināt, lai topošie ārsti varētu veiksmīgāk darboties mūsdienu slimnīcā kā sarežģītā sociāli tehniskā sistēmā.
17. Pāreja uz slimnīcas procesu orientētu vadīšanu var notikt, ja ārstu vispārējās kompetences attīstību iekļauj procesu vadīšanas sistēmā kā vienu no apakšsistēmām, jo autora veiktais pētījums par ārstu profesionālās izglītības studiju programmu satura vērtējumu norāda, ka tādi kursi kā „Veselības aprūpes ekonomika” un „Vadītprasme” ir izvēles kursu daļā (kā obligātus kursus studiju programmā tos vēlējās 6,6% un 10,5% respondentu). Tā pierādīta trešā tēze.
18. Pāreja uz procesu orientētu vadīšanu ir ilgstošs process, kas jāsāk ar tādu vērtību un uzskatu attīstību, kas vērsti uz pacientu kā organizācijas klientu vajadzībām.

PRIEKŠLIKUMI

Procesu orientētas vadīšanas ieviešanas iespējas slimnīcā ir atkarīgas gan no to vadītāju, gan ārstu, gan to profesionālo izglītību nodrošinošo augstskolu kopējas aktīvas rīcības. Līdz ar to darba rezultātā izstrādātie priekšlikumi ir strukturēti atbilstoši to galvenajiem adresātiem.

Priekšlikumi vadītājiem:

1. Ņemot vērā to, ka slimnīca kā vadāmais objekts ir sarežģīta sociāli tehniska sistēma, tās vadīšanas efektivitātes paaugstināšanai autors iesaka izmantot izveidoto slimnīcas darbības modeli, kurš parāda atsevišķo struktūrvienību, procesu un to mērķu savstarpējo saistību un ietekmi uz darba rezultātu.
2. Uz procesu orientētas vadīšanas ieviešanas paātrināšanai un racionalizēšanai autors izstrādājis procesu vadīšanas ieviešanas metodoloģiju, kura paredz piecus savstarpēji saistītus darbības soļus, kas optimizēs pacientu plūsmu pāri esošo funkcionālo struktūru robežām.
3. Autors, lai pēc iespējas labāk ņemtu vērā ieinteresēto pušu vajadzības un saglabātu ārstu profesionālo autonomiju, paredz procesu orientētu aprūpi slimnīcā primāri veidot nevis būtiski mainot līdzšinējo funkcionālo slimnīcas struktūru, bet veidojot papildus koordinējošas horizontālas struktūrvienības.
4. Procesu orientētas vadīšanas ieviešanas metodoloģijas veiksmīgas izmantošanas nodrošināšanai autors definē tās ieviešanas priekšnoteikumu – piecu secīgu uzdevumus izpildi: uz pacienta kā organizācijas klienta vajadzībām vērstu vērtību un uzskatu attīstību; procesu izpratnes pilnveidošanu; procesu lomas palielināšanu vadīšanā; procesu nozīmīguma palielināšanu ārstniecībā un aprūpē; procesu monitorēšanas iespēju nodrošināšanu.
5. Veiksmīgai paredzēto pārmaiņu ieviešanai slimnīcas pamata (klīniskos) procesos autors iesaka papildināt slimnīcu attīstības plānus ar sadaļu, kas paredz pakāpenisku intelektuālo organizāciju vadīšanas principu izmantošanu slimnīcas intelektuālajās struktūrvienībās. Šāda pieeja nodrošinās izmaiņas organizācijas kultūrā, zināšanās un attīstīs pašvadīšanu.
6. Ņemot vērā ārstu īpašo lomu procesu vadīšanas ieviešanā un izmaiņas to darba organizācijā, vienlaicīgi ar vispārējo priekšnoteikumu radīšanu slimnīcā ir jāizstrādā ārstu vispārīgās kompetences pilnveidošanas pasākumu kopums, kas ietver darba organizācijas īpatnību un metožu apgūšanu procesu vadīšanas sistēmā.
7. Tā kā procesu vadīšana slimnīcā ir iespējama ja procesu izpildē iesaistītie darbinieki ir labi informēti, autors uzskata par nepieciešamu šim nolūkam izmantot klīniskā procesa vizualizācijas metodi. Autors, metodes izmantošanas ieviešanai, izstrādājis klīniskā procesa izziņas jautājumu sistēmu un šo jautājumu attēlojumu principus klīniskā procesa vizuālajā modelī.

8. Slimnīcas augstākā līmeņa vadībai procesu vadības ieviešanas nodrošināšanai ir jāparedz slimnīcas informācijas sistēmas papildināšana un jāiekļauj tajā klīniskā procesa monitoringa rādītāju (indikatoru) kopa, kas dotu iespēju ārstiem paredzēt gan savu, gan kolēģu individuālā darba sistēmiskos rezultātus procesu griezumā tā attīstot ārstu darbības pašvadīšanu.

Priekšlikumi ārstiem, to profesionālajām organizācijām:

9. Lai nodrošinātu profesionālās autonomijas saglabāšanos apstākļos, kad pieaug klīniskā procesa slimnīcā monitoringa un procesa orientētas vadīšanas nepieciešamība un iespējas, ārstiem ir jāattīsta jaunas vadīšanai un pašvadīšanai nepieciešamas vispārīgās kompetences.
10. Vispārējo kompetenču pilnveidošanas pasākumu kopums, kas ietver darba organizācijas īpatnību un metožu apgūšanu procesu vadīšanas sistēmā būtu ietverams ārstu profesionālās tālākizglītības saturā.

Priekšlikumi augstskolām, kas realizē medicīnas studiju programmu:

11. Lai nodrošinātu pēctecības principu procesu vadīšanas izmantošanā topošajiem ārstiem studiju procesā ir nepieciešams jau agrīnās stadijās uzsākt vispārējo kompetenci veidojošu vērtību, attieksmju un atbildību attīstību.
12. Topošo ārstu vadīšanas un pašvadīšanas potenciāla attīstīšanai ir nepieciešams augstskolās papildināt studiju kursu programmas ar atbilstošu saistīto problēmu izskatīšanu gan atsevišķu kursu veidā, gan integrējot to uz slimnīcu bāzes veiktajā klīniskajā apmācībā.

6. LITERATŪRAS SARAKSTS

1. Aalst, W. M. P. Van Der, Hofstede, A. H. M., & Weske, M. (2003). Business Process Management: A Survey. *LNCS*, 1–12.
2. Anderson, G., & Hussey, P. (2000). Population Aging: A comparison Among Industrialized Countries. *Health Affairs*, 19(3), 191–203.
3. Apinis, P., & Kaktins, A. (2014). Medical Profession in Latvia Today. *World Medical Journal*, 60(1), 11–22.
4. Aranya, N., & Ferris, K. R. (1984). A reexamination of accountants' organizational-professional conflict. *The Accounting Review*, Vol. LIX.
5. Argyris, C., & Donald A. Schön. (1978). *Organizational learning*. Mass.: Addison-Wesley Pub. Co.
6. Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness*, 17(3), 393–405.
7. Atun, R. A. (2003). Doctors and managers need to speak a common language. *BMJ*, 326(3), 655.
8. Augl, M. (2012). Building a Conceptual Roadmap for Systemic Change – A Novel Approach to Change Management in Expert Organizations in Health Care. In C. Stary (Ed.), *S-BPM ONE – Scientific Research SE - 4* (Vol. 104, pp. 43–61). Springer Berlin Heidelberg.
9. Babris, S. (2007). *Intelektuālo darbinieku vadīšanas metodes un to pilnveidošanas nepieciešamība. Promocijas darba kopsavilkums*. Latvijas Universitāte.
10. Baldrige, J. V., Terrence, E. D., & Ingols, C. (1983). *The Dynamics of organizational change in education*. Berkeley: McCutchan Pub. Corp.
11. Bartels, D. B., Wypij, D., Wenzlaff, P., Dammann, O., & Poets, C. F. (2006). Hospital volume and neonatal mortality among very low birth weight infants. *Pediatrics*, 117(6), 2206–14.
12. Bārzdīņš, J. (2013). Human capital development in physicians' profession. *Journal of Economics and Management Research*, 2, 16–25.
13. Bax, M. F. P., Berkenbosch, L., & Busari, J. O. (2011). How do medical specialists perceive their competency as physician-managers? *International Journal of Medical Education*, 2, 133–139.
14. Becker, G. S. (1964). *Human capital*. New York: Columbia University Press.
15. Berkenbosch, L., Brouns, J. W. M., Heyligers, I., & Busari, J. O. (2011). How Dutch medical residents perceive their competency as manager in the revised postgraduate medical curriculum. *Postgraduate Medical Journal*, 87(1032), 680–7.
16. Bikse, V. (2011). *Uzņēmējspējas*. Rīga: Rīgas domes Izglītības, kultūras un sporta departaments.
17. Birkmeyer, J. D., Siewers, A. E., Finlayson, E. V. a, Stukel, T. a, Lucas, F. L., Batista, I., ... Wennberg, D. E. (2002). Hospital volume and surgical mortality in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 346(15), 1128–37.
18. Björnberg, A. (2005). *The Great Healthcare Paradigm Shift. Health Consumer Powerhouse*. Brussels/Stockholm. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://www.healthpowerhouse.com/media/ParadigmShift.pdf>
19. Bolman, L., & Deal, T. E. (1991). *Reframing organizations: artistry, choice, and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
20. Brill, P. L., & Worth, R. (1997). *The four levers of corporate change*. New York: AMACOM.
21. Brown, D. J. (2007). Consumer perspectives on nurse practitioners and independent practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(10), 523–529.

22. Bruce, a, & Hill, S. (1994). Relationships between doctors and managers: the Scottish experience. *Journal of Management in Medicine*, 8(5), 49–57.
23. Brugha, R., & Varvasovszky, Z. (2000). Review article Stakeholder analysis : a review. *Health Policy and Planning*, 15(3), 239–246.
24. Burnes, B. (1996). *Managing change: A strategic approach to organizational dynamics*. London: Pitman.
25. Burns, L. R., Bradley, E. H., Weiner, B. J., & Shortell., S. M. (2012). *Shortell and Kaluzny ' s Health Care Management Organization Design and Behavior. Management*. Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning.
26. Calhoun, J. G., Dollett, L., Sinioris, M. E., Wainio, J. A., Butler, P. W., Griffith, J. R., & Warden, G. L. (2003). Development of an interprofessional competency model for healthcare leadership. *Journal of Healthcare Management*, 53(6), 375–89.
27. Carnall, C. A. (1990). *Managing change in organizations*. New York: Prentice Hall.
28. Chadi, N. (2009). Medical leadership: doctors at the helm of change. *McGill Journal of Medicine : MJM: An International Forum for the Advancement of Medical Sciences by Students*, 12(1), 52–7.
29. Charles University in Prague. (2011). Medicine curriculum 2011/2012.
30. Charnov, B. H., & Montana, P. J. (2008). *Management*. Barron's Educational Series.
31. Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., ... Shekelle, P. G. (2006). Improving Patient Care Systematic Review : Impact of Health Information Technology on. *Annals of Internal Medicine*, 144(10), 742–752.
32. Clark, J., & Armit, K. (2010). Leadership competency for doctors: a framework. *Leadership in Health Services*, 23(2), 115–129.
33. Clarkson, M. B. E. (1995). A Stakeholder Framework for Analyzing and Evaluating Corporate Social Performance. *The Academy of Management Review*, 20(1), 92–117.
34. Collins, D. (1998). *Organizational change: sociological perspectives* Title. New York: Routledge.
35. Connolly, T., Conlon, E. J., & Deutsch, S. J. (1980). Organizational Effectiveness: A Multiple-Constituency Approach. *The Academy of Management Review*, 5(2), 211–217.
36. Conrad, P. (2007). Eliot Freidson's revolution in medical sociology. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 11(2), 141–4.
37. Cox, M., Pacala, J. T., Vercellotti, G. M., & Shea, J. A. (2004). Health Care Economics , Financing , Organization , and Delivery. *Family Medicine*, (January), 5–8.
38. CPMA. (2010). *Policy on Task Shifting All delegations* (No. 2010/128) (Vol. 32). Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://cpme.dyndns.org:591/database/2010/cpme.2010-128.task.shifting.FINAL.pdf>
39. CSP. (2013). *Vispārējās valdības sektora izdevumi pēc valdības funkcijām*. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: http://data.csb.gov.lv/pxweb/lv/ekfin/ekfin__ikgad__valdfin/VF0040_euro.px/table/tabViewLayout1/?rxid=a5ac4811-9c38-4137-a810-79c60eb7a3fd
40. Currall, S., & Towler, A. (2003). Research Methods in Management and Organizational Research: Toward Integration of Qualitative and Quantitative Techniques. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (pp. 513–526). Thousand Oaks: Sage.
41. Cutler, D. M., & Maera, E. (1999). *The Concentration of Medical Spending: An Update* (No. 7179). Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://www.nber.org/chapters/c10328.pdf>
42. Daft, R. (2012). *Management. Learning* (10th ed.). Mason: Cengage Learning.
43. Daloni, C. (2008). Doctor/manager relationships. The big fight. *The Health Service Journal*, (4), 13–22.

44. Daugird, a J., & Spencer, D. C. (1990). The perceived need for physician management training. *The Journal of Family Practice*, 30(3), 348, 351–2.
45. Davenport, T. . (1993). *Process Innovation*. Boston: Harvard Business School Press.
46. Davies, H. T. O., & Harrison, S. (2003). Trends in doctor-manager relationships. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 326(7390), 646–9.
47. Davies, H. T. O., Hodges, C.-L., & Rundall, T. G. (2003). Views of doctors and managers on the doctor-manager relationship in the NHS. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 326(7390), 626–8.
48. Degeling, P., Kennedy, J., & Hill, M. (1998). Professional sub-cultures and hospital reform. *Clinician in Management*, 7(2), 89–98.
49. Degeling, P., Maxwell, S., Kennedy, J., & Coyle, B. (2003). Medicine, management, and modernisation: a “danse macabre”? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 326(7390), 649–52.
50. DNB Bank, & SKDS. (2011). *DnB Nord Latvijas barometrs Nr. 34: Veselības aprūpe*. Rīga. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://www.dnb.lv/static/files/291.dnb-nord-latvijas-barometrs-petijums-nr34.pdf>
51. Does, R. J. M. M. (2006). *The Scientific Underpinning of Lean Six Sigma. Business*.
52. Dormont, B., & Grignon, M. (2006). Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. *Health Economics*, 963, 947–963.
53. Dowton, S. B. (2004). Leadership in medicine: where are the leaders? *The Medical Journal of Australia*, 181(11-12), 652–4.
54. Drucker, P. F. (1988). The Coming of the New Organization. *Harvard Business Review*, (January-February), 3–11.
55. Drucker, P. F. (1989). *The New Realities: In Government and Politics, in Economics and Business, in Society and World View*. New York: Harper & Row.
56. Edwards, N. (2005). Doctors and managers: building a new relationship. *Clinical Medicine (London, England)*, 5(6), 577–9.
57. Edwards, N., Kornacki, M. J., & Silversin, J. (2002). Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 324(7341), 835–8.
58. Eiropas Komisija. (2005). *Recomendation of the European Parliament and of Council on key competences for lifelong learning. Education And Training (Vol. 0221)*. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: http://ec.europa.eu/education/policies/2010/doc/keyrec_en.pdf
59. Eiropas Komisija. (2012). European Commission. Competition. Professional services. Retrieved March 3, 2014, from http://ec.europa.eu/competition/sectors/professional_services/overview_en.html
60. Eiropas Parlamenta un padomes direktīva 2005/36/EK par profesionālo kvalifikāciju atzīšanu. (2005). *Eiropas Savienības Oficiālais Vēstnesis*, 255(22), 22–142.
61. European Commission. (2003). Recommendation 2003/361/EC: SME Definition. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: http://ec.europa.eu/enterprise/policies/sme/facts-figures-analysis/sme-definition/index_en.htm
62. European Commission. (2008). *Entrepreneurship in higher education, especially within non-business studies*. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: http://ec.europa.eu/enterprise/policies/sme/files/support_measures/training_education/entr_highed_en.pdf
63. Fawcett, T. (1988). O.P.C. organisational professional conflict. *Australian Accountant*, 58(1), 93.
64. Fillingham, D. (2008). *Lean Healthcare Improving the patient's experience*. Kingsham Press Ltd.
65. Finlayson, E. V. . A., Goodney, P. P., & Birkmeyer, J. D. (2003). Hospital Volume and Operative Mortality in Cancer Surgery. *Archives of Surgery*, 138(July 2003).

66. Freeman, R. E. (1984). *Strategic management: A stakeholder approach*. Boston: Pitman.
67. Freeman, R. E., & McVea, J. A. (2001). *A Stakeholder Approach to Strategic Management* (No. 01-02). Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://ssrn.com/abstract=263511>
68. Freidson, E. (1979). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton Pr.
69. Garvin, D. A. (1998). The Processes of Organization and Management. *Sloan Management Review*, 39(4), 33–50.
70. Gemme, P., Vandaele, D., & Tambreur, W. (2008). Hospital Process Orientation (HPO): The development of a measurement tool. *Total Quality Management & Business Excellence*, 19(11), 1207–1217.
71. Gerdtham, U. G., & Jönsson, B. (2000). International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis. *Handbook of Health Economics*, 1, 11–53.
72. Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
73. Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28, 235–261.
74. Girasek, E., Molnár, R., Eke, E., & Szócska, M. (2011). The medical career choice motivations — Results from a Hungarian study. *Central European Journal of Medicine*, 6(4), 502–509.
75. Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part I: Differentiation. *Health Care Manage Rev*, 56–71.
76. Godlee, F., & Walker, A. (1990). Tale of two hospitals. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 301(6761), 1154–6.
77. Goldzweig, C. L., Towfigh, A., Maglione, M., & Shekelle, P. G. (2009). Costs and benefits of health information technology: new trends from the literature. *Health Affairs (Project Hope)*, 28(2), w282–93.
78. Griffin, C. C. (1988). *User charges for health care in principle and practice. An EDI seminar paper, ISSN 1013-2015* .
79. Griffith, J. R., Pattullo, A., Arbor, A., & White, K. R. (2005). The Revolution in Hospital Management. *Journal of Healthcare Management*, 50(3).
80. Gunasekaran, a., & Kobu, B. (2002). Modelling and analysis of business process reengineering. *International Journal of Production Research*, 40(11), 2521–2546.
81. Guntz, H. P., & Guntz, S. P. (1994). Professional/organizational commitment and job satisfaction for employed lawyers. *Human Relations*, 47(8), 801–320.
82. Haddock, C. C. (1987). Professionals in Organizations: Debunking a Myth. *Administrative Science Quarterly*, 32(2), 297.
83. Halm, E. a, Lee, C., & Chassin, M. R. (2002). Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Annals of Internal Medicine*, 137(6), 511–20.
84. Hammer, M., & Champy, J. (1993). *the Corporation: A Manifesto for Business Revolution*. New York: HarperCollins Publishers.
85. Harrison, S., Moran, M., & Wood, B. (2002). Policy emergence and policy convergence: the case of “scientific-bureaucratic medicine” in the United States and United Kingdom. *The British Journal of Politics and International Relations*, 4(1), 1–24.
86. Henry, C. (2011). *A Critical Review of Contemporary Practice in Business Education in Veterinary Medicine*. Higher Education Academy. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī:

- http://www.heacademy.ac.uk/assets/hlst/documents/critical-reviews/BusinessEd_in_VetEd.pdf
87. Hensher, M., & Edwards, N. (2002). The hospital and the external environment: experience in the UK. In J. Helay & M. McKee (Eds.), *Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems Series*. Buckingham: Open University Press.
 88. Heyssel, R. M. (1989). Changing environment and the academic medical center: the Johns Hopkins Hospital. *AAMC Academic Medicine Journal of the Association of American Medical Colleges*, 64(1), 7–11.
 89. HFA-DB. (2012). European health for all database (HFA-DB). Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://data.euro.who.int/hfad/>
 90. Hillestad, R., Bigelow, J., Bower, A., Giroso, F., Meili, R., Scoville, R., & Taylor, R. (2005). Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. *Health Affairs (Project Hope)*, 24(5), 1103–17.
 91. HOPE. (2013). *Hospital Healthcare Europe 2013*. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://www.hospitalhealthcare.com/issues/46131>
 92. Hsiao, W., & Heller, P. S. (2007). *What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy? Health Care*. International Monetary Fund. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/wp0713.pdf>
 93. Huber, G. P., & Glick, W. H. (1993). *Organizational change and redesign: ideas and insights for improving performance*. New York: Oxford University Press.
 94. Hyppölä, H., Kumpusalo, E., Neittaanmäki, L., Mattila, K., Virjo, I., Kujala, S., ... Isokoski, M. (1998). Becoming a doctor - Was it the wrong career choice? *Social Science & Medicine*, 47(9), 1383–1387.
 95. Indulska, M., Green, P., Recker, J., & Rosemann, M. (2009). Business Process Modeling: Perceived Benefits. In *28th International Conference on Conceptual Modeling. Gramado, Brasil*.
 96. Ireri, S., Walshe, K., Benson, L., & Mwanthi, M. A. (2011). A qualitative and quantitative study of medical leadership and management: experiences, competencies, and development needs of doctor managers in the United Kingdom. *Journal of Management Marketing in Healthcare*, 4(1), 16–29.
 97. Jonas, S., Goldstein, T. L., & Goldstein, K. (2007). *An Introduction to the US Health Care System* (Sixth Edit.). Springer Publishing Company.
 98. Kaissi, A. (2005). Manager-Physician Relationships: An Organizational Theory Perspective. *The Health Care Manager*, 24(2), 165–176.
 99. Katz, R. (1955). Skills of an Effective Administrator. *Harvard Business Review*, 33, 33–42.
 100. Kezar, A. J. (2001). *Understanding and Facilitating Organizational Change in the 21st Century*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
 101. Kippist, L., & Fitzgerald, A. (2009). Organisational professional conflict and hybrid clinician managers: The effects of dual roles in Australian health care organisations. *Journal of Health Organisation and Management*, 23(6), 642–655.
 102. Kirchmer, M., Laengle, S., & Masias, V. (2013). Transparency-Driven Business Process Management in Healthcare Settings [Leading Edge]. *IEEE Technology and Society Magazine*, 32(4), 14–16.
 103. Klopper-Kes, H. a H. J., Siesling, S., Meerdink, N., Wilderom, C. P. M., & van Harten, W. H. (2010). Quantifying culture gaps between physicians and managers in Dutch hospitals: a survey. *BMC Health Services Research*, 10, 86.
 104. Kohlbacher, F. (2006). The Use of Qualitative Content Analysis in Case Study Research. *Qualitative Social Research*, 7(1).

105. Kotter, J. (2009). Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. *IEEE Engineering Management Review*, 37(3), 42–48.
106. Kovacheva, A. V. (2010). University of Aarhus Challenges in Lean implementation Successful transformation towards Lean enterprise. *Organization*, (January).
107. Krogt, T. Van Der. (2007). Towards a New Professional Autonomy in the Public Sector A pledge for re-professionalization on a collective level. In *EGPA Annual Conference*.
108. Kumana, C. R., & Kay, R. (2006). Medical professionalism in a changing SAR. *Hong Kong Medical Journal*, 12(3), 172–3.
109. Kumar, A., Ow, P. S., & Prietula, M. J. (1993). Organizational simulation and information systems design: An operations level example. *Management Science*, 39(2), 218–240.
110. Kumpusalo, E., Virjo, I., Mattila, K., & Halila, H. (2003). Managerial skills of principal physicians assessed by their colleagues: A lesson from Finland. *Journal of Health Organisation and Management*, 17(6), 457–462.
111. Lait, J. (2011). Stress at Work A Study of Organizational-Professional Conflict. *Relations Industrielles*, 57(November), 463–490.
112. Landzmane, L. (2014). *Valsts pārvaldes speciālistu profesionālās veiktspējas attīstības vadība: mediācijas institucionalizācijas konteksts*. Promocijas darbs. Latvijas Universitāte.
113. Langabeer, J. R., & Worthington, D. J. (2010). Operations research diffusion in health care management. *Journal of Health Care Finance*, 36(3), 73–87.
114. Larkin, G. (1983). *Occupational Monopoly and Modern Medicine*. London: Tavistock Publications.
115. Lathrop, J. P., Seufert, G. E., MacDonald, R. J., & Martin, S. B. (1991). The Patient-Focused Hospital: a patient care concept. *Journal Of The Society For Health Systems*, 3(2), 33–50.
116. Lega, F. (2004). Reorganising healthcare delivering in hospital: structure and processes to serve quality. In H. Davies & M. Tavakoli (Eds.), *Strategic issues in health care management: health care policy, performance and finance*. Aldershot: Ashgate.
117. Legard, J., & Bindslev, M. (2006). *Organizational theory*. Ventus Publishing ApS.
118. Levy, A., & Merry, U. (1986). *Organizational transformation approaches, strategies, theories*. New York: Praeger.
119. Lithuanian University of Health Sciences. (2011). Medicine curriculum 2011/2012.
120. LR Ministru kabinets. Noteikumi par otrā līmeņa profesionālās augstākās izglītības valsts standartu. , Pub. L. No. 481 (2001). Latvia. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://likumi.lv/doc.php?id=268761>
121. LR Ministru kabinets. Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība (2006). LR Ministru Kabinets. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://likumi.lv/doc.php?id=150766>
122. LR Ministru kabinets. Ārstniecības likums (2014). Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://likumi.lv/doc.php?id=44108>
123. LR Ministru kabinets. Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2014.–2020.gadam (2014). Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://likumi.lv/doc.php?id=269591>
124. Lubitz, J. (2005). Health, technology, and medical care spending. *Health Affairs*, 24 Suppl 2, W5R81–R85.
125. Lursoft. (2012). Uzņēmumu datu bāzes. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://www.lursoft.lv/>
126. Malcolm, L., Wright, L., Barnett, P., & Hendry, C. (2003). Improving the doctor-manager relationship. Building a successful partnership between management and clinical leadership: experience from New Zealand. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 326(7390), 653–4.

127. Martins, H. M. G., Detmer, D. E., & Rubery, E. (2005). Perspectives on management education: an exploratory study of UK and Portuguese medical students. *Medical Teacher*, 27(6), 493–498.
128. Mayer, E. K., Bottle, A., & Darzi, A. W. (2010). The volume-mortality relation for radical cystectomy in England: retrospective analysis of hospital episode statistics. *BMJ British Medical Journal*, 340(1128), 1–8.
129. Mclearney, A. N. N. S. (2006). Leadership Development in healthcare: a Qualitative Study. *Journal of Organizational Behavior*, 982(7), 967–982.
130. McConnell, C. R. (2008). The health care professional as a manager: balancing two important roles. *The Health Care Manager*, 27(3), 277–284.
131. Mckee, M., & Healy, J. (2002). The evolution of hospital systems. In M. Mckee & J. Healy (Eds.), *Hospitals in a changing Europe* (European O., pp. 14–36). Buckingham: Open University Press.
132. McKee, M., Healy, J., Edwards, N., & Harrison, A. (2002). Pressures for change. In J. Helay & M. McKee (Eds.), *Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems Series*. Buckingham: Open University Press.
133. McKenna, M. K., Gartland, M. P., & Pugno, P. A. (2004). Development of physician leadership competencies: perceptions of physician leaders, physician educators and medical students. *The Journal Of Health Administration Education*, 21(3), 343–354.
134. Medical University of Gdansk. (2010). Medicine curriculum 2010/2011.
135. Meller-Herbert, O., & Gubb, J. (2009). *Markets in health The theory behind the policy. CIVITAS: Institute for the Study of Civil Society*. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: http://www.civitas.org.uk/nhs/download/Civitas_Markets_in_healthcare_Dec09.pdf
136. Mintzberg, H. (1983). *Structuring in fives: designing effective organization*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
137. Mintzberg, H. (1997). Toward healthier hospitals. *Health Care Management Review*, 22(4), 9–18.
138. Minvielle, E., Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Jeantet, M., Préaubert, N., ... Richard, C. (2008). Hospital performance: competing or shared values? *Health Policy*, 87(1), 8–19.
139. Mitenbergs, U., Barzdins, J., Taube, M., Konstante, R., & Rozentāle, S. (2013). *Health Policy for Older Adults with Special Attention to Elderly Patients and Practices in Discharging Older Acute Care Patients*.
140. Mitenbergs, U., Taube, M., Misins, J., Mikitis, E., Martinsons, A., Rurane, A., & Quentin, W. (2012a). Latvia: Health system review. In *Health Systems in Transition* (p. 191). The European Observatory on Health Systems and Policies. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186072/e96822.pdf
141. Mitenbergs, U., Taube, M., Misins, J., Mikitis, E., Martinsons, A., Rurane, A., & Quentin, W. (2012b). *Latvia: Health system review. Health systems in transition* (Vol. 14). The European Observatory on Health Systems and Policies. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186072/e96822.pdf
142. Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S., & Mckee, M. (2012). *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. Copenhagen.
143. Morgan, G. (1987). Images of Organization. *Academy of Management Review*, 12, 750–753.
144. Muehlen, M. (2009). Business Process Analytics. In *Handbook on Business Process Management* (Vol. 2, pp. 2–24). Berlin: Springer Verlag.
145. Nauert, R. C. (1995). Academic medical centers and the fight for survival in the new era of managed care. *Journal of Health Care Finance*, 21(4), 47–59.

146. Nelson, R., & Stagers, N. (2013). *Health informatics: an interprofessional approach*. Saint Louis: Elsevier.
147. Newhouse, J. P. (1987). Cross national differences in health spending. What do they mean? *Journal of Health Economics*, 6(2), 159–162.
148. NHS Information Centre. (2010). Hospital Episode Statistics England. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://www.hesonline.nhs.uk/>
149. NHS Institute for Innovation and Improvement. (2010). Clinical Leadership Competency Framework Project. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: http://www.institute.nhs.uk/building_capability/building_leadership_capability/clinical_leadership_competency_framework_project.html
150. NHS Institute for Innovation and Improvement and Academy of Medical Royal Colleges. (2010). *Medical Leadership Competency Framework. Enhancing Engagement in Medical Leadership Third Edition. Leadership*. NHS Institute for Innovation and Improvement. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: [http://www.institute.nhs.uk/images/documents/Medical Leadership Competency Framework 3rd ed.pdf](http://www.institute.nhs.uk/images/documents/Medical_Leadership_Competency_Framework_3rd_ed.pdf)
151. Noordegraaf, M. (2007). From “Pure” to “Hybrid” Professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. *Administration & Society*, 39(6), 761–785.
152. O’Connell, M. T., & Pascoe, J. M. (2004). Undergraduate medical education for the 21st century: leadership and teamwork. *Family Medicine*, 36 Suppl, S51–6.
153. OECD. (2010). *How Much is Too Much? Value for Money in Health Spending. In Health*. Berlin. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://www.oecd.org/berlin/46201464.pdf>
154. OECD. (2012). *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD Publishing. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_en.pdf
155. Padilla, P. M., White, J. F., Bovee, C., & McQueen, M. E. (2011). An Innovative, Interdisciplinary Healthcare entrepreneurship and Innovation Program for Medical Students. In *USASBE 2011 Proceedings* (pp. 48–61). Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://usasbe.org/knowledge/proceedings/proceedingsDocs/2011/PaperID110.pdf>
156. Paim, R., Caulliraux, H. M., & Cardoso, R. (2008). Process management tasks: a conceptual and practical view. *Business Process Management Journal*, 14(5), 694–723.
157. Pinchot, G., & Pinchot, E. (1993). *The end of bureaucracy & the rise of the intelligent organizationon*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
158. Porter, M. E. (2009). A Strategy for Health Care Reform — Toward a Value-Based System. *New England Journal of Medicine*, 361(2), 109–112.
159. PricewaterhouseCoopers. (2008). *The price of excess. Identifying waste in healthcare spending*. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: [http://www.kaiserhealthnews.org/~media/Files/2010/May to September/pwcreport.pdf](http://www.kaiserhealthnews.org/~media/Files/2010/May%20to%20September/pwcreport.pdf)
160. Pritchard, J.-P., & Armistead, C. (1999). Business process management - lessons from European business. *Business Proces Management Journal*, 5(1), 10–32.
161. Pryor, M. G., & Taneja, S. (2010). Henri Fayol, practitioner and theoretician – revered and reviled. *Journal of Management History*, 16(4), 489–503.
162. Przywara, B. (2010). *Economic Papers. Projecting future health care expenditure at European level* (No. 417). doi:10.2765/42844
163. Purdy, S. (2010). *Avoiding hospital admissions*. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Avoiding-Hospital-Admissions-Sarah-Purdy-December2010.pdf>
164. Raghu, T. S., & Vinze, A. (2007). A business process context for Knowledge Management. *Decision Support Systems*, 43(3), 1062–1079.

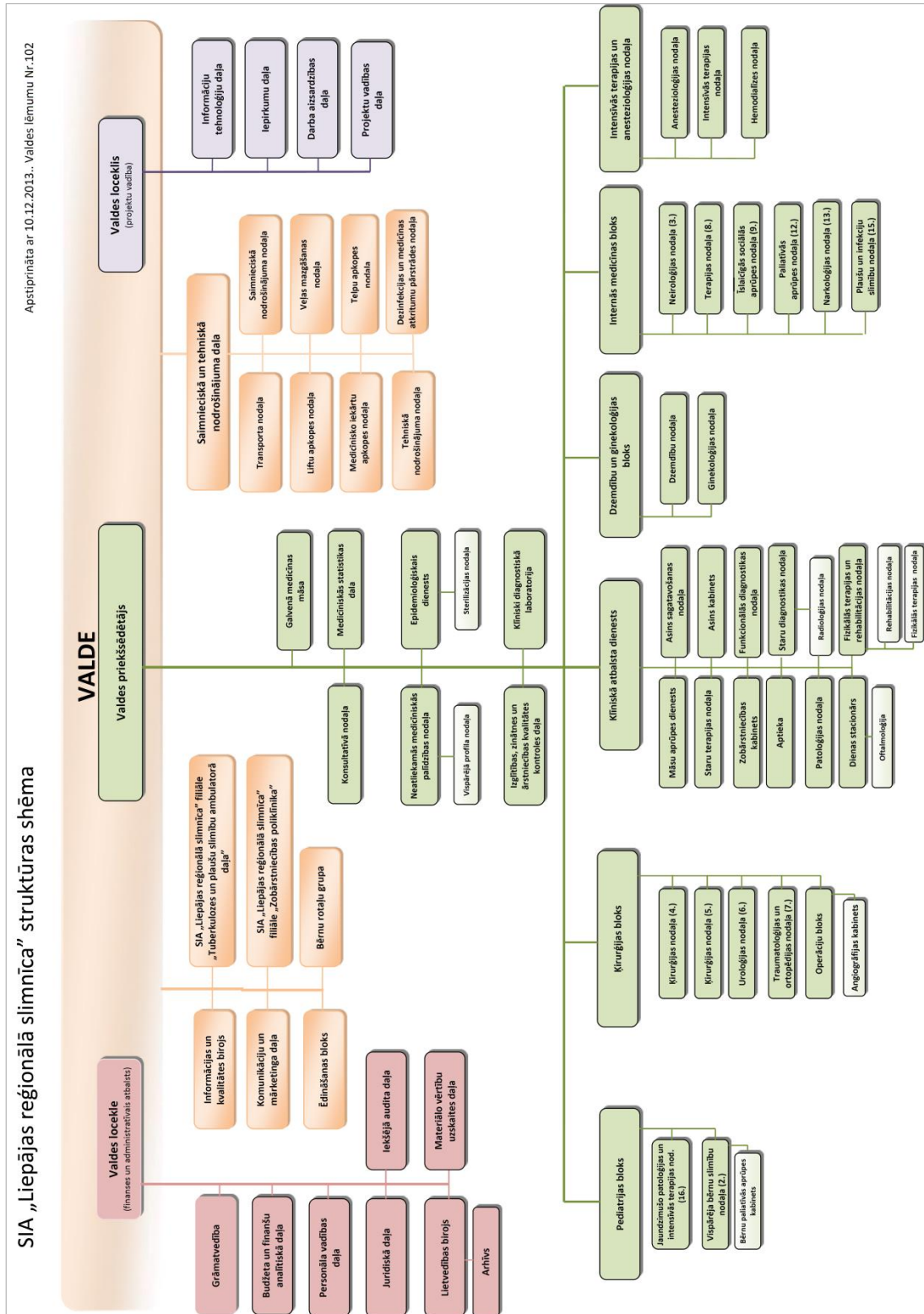
165. Rajagopalan, N., & Spreitzer, G. M. (1996). Toward a theory of strategic change: A multi-lens perspective and integrated framework. *Academy of Management Review*, 22(1), 48–79.
166. Rebuge, Á., & Ferreira, D. R. (2012). *Business process analysis in healthcare environments: A methodology based on process mining*. *Information Systems* (Vol. 37).
167. Rechel, B., Wrigh, S., Edwards, N., Dowdeswell, B., & McKee, M. (2009). *Investing in hospitals of the future*. *European Observatory on Health Systems and Policies. Political Science*. World Health Organization. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98406/E92354.pdf
168. Reinhardt, U. . (2000). Health Care for the Ageing Baby Boom: Lessons from Abroad. *The Journal of Economic Perspectives*, 14(2), 71–83.
169. Richard Scott, W. (2002). *Organizations: Rational, Natural and Open Systems* (5th ed.). Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
170. Riga Stradins University. (2011). *Medicine curriculum 2011/2012*.
171. Robbins, S., Millett, B., & Marsh, T. (2004). *Organisational behaviour* (4th ed.). Frenchs Forest: Pearson/Prentice Hall.
172. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2005). *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Framework*. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī:
http://rcpsc.medical.org/canmeds/CanMEDS2005/CanMEDS2005_e.pdf
173. Sager, A., & Socolar, D. (2005). *Health Costs Absorb One-Quarter of Economic Growth, 2000 – 2005*. *Health (San Francisco)*. Boston. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī:
[http://dcc2.bumc.bu.edu/hs/health costs absorb one-quarter of economic growth 2000-05 sager-socolar 7 february 2005.pdf](http://dcc2.bumc.bu.edu/hs/health%20costs%20absorb%20one-quarter%20of%20economic%20growth%202000-05%20sager-socolar%207%20february%202005.pdf)
174. Saltman, R. B., & Dubois, H. F. W. (2011). *Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/154160/e95981.pdf
175. Schafer, W. E., Park, J. L., & Woody, M. L. (2002). Professionalism, organizational-professional conflict and work outcomes. A study of certified management accountants. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 15(1), 46–68.
176. Schafer, W. E., Park, J. L., Woody, M. L., Shafer, W. E., Park, L. J., & Liao, W. M. (2002). Professionalism, organizational-professional conflict and work outcomes. A study of certified management accountants. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 15(1), 46–68.
177. Schein, E. H. (1986). *Organizational culture and leadership: a dynamic view*. San Francisco: Jossey-Bass Publ.
178. Schwartz, R. W., & Pogge, C. (2000). Physician leadership: essential skills in a changing environment. *American Journal of Surgery*, 180(3), 187–192.
179. Senge, P. M. (1990). *The Fifth Discipline. The Art & Practice of The Learning Organization*. (P. M. Senge, Ed.) *Performance Instruction* (Vol. 30). New York: Currency Doubleday.
180. Shafer, W. E. (2002). Ethical Pressure , Organizational- Professional Conflict , and Related Work Outcomes Among Management Accountants. *Journal of Business Ethics*, 263–275.
181. Shortell, S., & Kalunzny, A. (2000). *Health care management: organization design and behavior. III ed*. Albany: Delmar Publishers.
182. Smith, S. R., Goldman, R. E., Dollase, R. H., & Taylor, J. S. (2007). Assessing medical students for non-traditional competencies. *Medical Teacher*, 29(7), 711–6.

183. Sockalingam, S., Stergiopoulos, V., & Maggi, J. (2008). Residents' perceived physician-manager educational needs: a national survey of psychiatry residents. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53(11), 745–52.
184. Spencer, L. M., & Spencer, S. M. (1993). *Competence at Work: Models for Superior Performance*. Business Weekly Publications Inc. John Wiley & Sons.
185. SPKC. (2013). Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata 2013 (pp. 197–248). Skatīts 2015.g. 4. aprīlī:
http://www.spkc.gov.lv/file_download/2102/7_Stacionara+palidziba_2013.pdf
186. Sporn, B. (1999). *Adaptive university structures: an analysis of adaptation to socioeconomic environments of US and European universities* No Title. London: Kingsley Publishers.
187. Spyridonidis, D., & Calnan, M. (2011). Are new forms of professionalism emerging in medicine? The case of the implementation of NICE guidelines. *Health Sociology Review*, 20(4), 356–371.
188. Stake, R. E. (2000). Case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 435–453). Thousand Oaks: Sage.
189. Stergiopoulos, V., Lieff, S., Razack, S., Lee, a C., Maniate, J. M., Hyde, S., ... Frank, J. R. (2010). Canadian residents' perceived manager training needs. *Medical Teacher*, 32(11), e479–85.
190. Stolzenberg, E. A. (2000). Governance Change for Public Hospitals. *Journal of Healthcare Management*, 45, 347–350.
191. Stratēģiskās analīzes komisija. (2011). *Veselības aprūpes sistēmas reformas iespējamie risinājumi: ekonomiski adekvāti, iedzīvotājiem pieņemami. Apaļā galda diskusiju ziņojums*. Rīga. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: http://newsaki.awtech.lv/wp-content/uploads/2011/12/diskusiju_zinojums_par_apala_galda_diskusiju_veselibas_apr_apei_aprilis_2011.pdf
192. Tateo, L. (2013). Generalization as creative and reflective act: Revisiting Lewin's conflict between Aristotelian and Galileian modes of thought in psychology. *Theory & Psychology*, 23(4), 518–536. doi:10.1177/0959354313488844
193. Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2003). Major Issues and Controversies in the Use of Mixed Methods in the Social and Behavioural Sciences. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (pp. 3–50). Thousand Oaks: Sage.
194. The Royal Australasian College of Medical Administrators. (2011). *Medical Leadership and Management Curriculum. Leadership*. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī:
http://www.racma.edu.au/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1077
195. The World Bank. (2012a). Health expenditure per capita, PPP (constant 2005 international \$). *Data*. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī:
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP.PP.KD/countries?display=default>
196. The World Bank. (2012b). World Development Indicators. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī:
<http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?page=1>
197. Thomson, S., Foubister, T., Figueras, J., Kutzin, J., Permanand, G., & Bryndová, L. (2010). *Addressing financial sustainability in health systems*. World Health. Health Observatory, WHO. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/64949/E93058.pdf
198. Thomson, S., Foubister, T., & Mossialos, E. (2009). *Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses*. European Observatory on Health Systems and Policies World Health Organization. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī:
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090506_1

199. Triantaphyllou, E. (2000). *Multi-criteria decision making methods: a comparative study*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
200. Trist, E. (1981). The Sociotechnical perspective. In *Perspectives on organization design and behavior* (pp. 19–75). New York: John Wiley & Sons.
201. University of Latvia. (2010). Medicine curriculum 2010/2011.
202. University of Oslo. (2011). Medicine curriculum 2011/2012.
203. University of Szeged. (2011). Medicine curriculum 2011/2012.
204. University of Tartu. (2011). Medicine curriculum 2011/2012.
205. University of Vilnius. (2011). Medicine curriculum 2011/2012.
206. Van De Ven, A. H., & Poole, M. S. (1995). Explaining Development and Change in Organizations. *The Academy of Management Review*, 20(3), 510–540.
207. Varkey, P., Peloquin, J., Reed, D., Lindor, K., & Harris, I. (2009). Leadership curriculum in undergraduate medical education: a study of student and faculty perspectives. *Medical Teacher*, 31(3), 244–50.
208. Veselības Ministrija. (2010). Informatīvais ziņojums „Par situāciju veselības nozarē”, 1–13. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī:
http://www.mk.gov.lv/doc/2005/VMzino_140610.1657.docx
209. Veselības Ministrija. (2011). *Informatīvais ziņojums “Finanšu situācija veselības aprūpes jomā.”* Skatīts 2015.g. 4. aprīlī:
http://www.mk.gov.lv/doc/2005/VMzino_260811.2029.docx
210. Vissers, J. M. (1998). Health care management modelling: a process perspective. *Health Care Management Science*, 1(2), 77–85.
211. Vissers, J. M. H. (1998). Patient flow-based allocation of inpatient resources: A case study. *European Journal Of Operational Research*, 7(2), 356–370.
212. Von Knorring, M., de Rijk, A., & Alexanderson, K. (2010). Managers’ perceptions of the manager role in relation to physicians: a qualitative interview study of the top managers in Swedish healthcare. *BMC Health Services Research*, 10, 271.
213. Vos, L., Chalmers, S. E., Dückers, M. La, Groenewegen, P. P., Wagner, C., & van Merode, G. G. (2011). Towards an organisation-wide process-oriented organisation of care: A literature review. *Implementation Science : IS*, 6(1), 8.
214. Wass, V. (2005). Doctors in society: medical professionalism in a changing world. *Clinical Medicine (London, England)*, 6(1), 109–13.
215. Wheatley, M. J. (1999). *Leadership and the New Science: Discovering Order in a Chaotic World*. San Francisco: Berrett-Koehler.
216. WHO. (2010). *Health Systems Financing. The path to universal coverage*. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf
217. WMA. (2009). *WMA Resolution on Task Shifting from the Medical Profession*. Skatīts 2015.g. 4. aprīlī: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t4/>
218. Wolfe, S. (1986). Professional Dominance and the Medical Profession. *American Journal of Public Health*, 76(1), 11–12.
219. Womack, J. P., & Jones, D. T. (2010). *Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*. Simon and Schuster.
220. Yin, R. K. (2003). *Case study research, design and methods*. Thousand Oaks: Sage.
221. Yin, R. K. (2012). *Applications of case study research*. Thousand Oaks: SAGE.
222. Котельников, В. Ю. (2007). *Теп 3: Управление инновациями стратегический подход. Гибкие корпоративные стратегии выживания и лидерства в новой экономике*. Москва: Эксмо.

PIELIKUMI

1. PIELIKUMS. LIEPĀJAS REĢIONĀLĀS SLIMNĪCAS STRUKTŪRA



Avots: <http://www.liepajasslimnica.lv/index.php/par-slimnicu/struktura>, skatīts 03.09.2014

2. PIELIKUMS. DAUGAVPILS REĢIONĀLĀS SLIMNĪCAS STRUKTŪRA



DAUGAVPILS REĢIONĀLĀ SLIMNĪCA

Русский | Latviešu

Par mums

Klientiem

Cenrādis

Projekti

Kontakti

Vakances

ĀTRĀ PALĪDZĪBA

113

REĢISTRATŪRA

+371 654 05 252

ADRESE

Vasarnīcu iela 20, Daugavpils
LV-5417, Latvija

E-PASTS

sia.drs@apollo.lv



JAUNUMI

Onkologu konsīlijs

Pierakstīšanās uz onkologu konsīliju Daugavpils reģionālā slimnīcā

[Lasīt vairāk](#)

Asins sagatavošanas nodaļa

Cienījamie donori, pacientu piederīgie, aicinām Jūs

[Lasīt vairāk](#)

Mobilais mamogrāfs

SIA "Daugavpils reģionālā slimnīca" ar mobilo mamogrāfu veiks krūts vēža profilaktiskās pārbaudes (skrīningu) Daugavpils novada sievietēm pēc sekojoša grafika:

[Lasīt vairāk](#)

STRUKTŪRA UN NODAĻAS

1. ķirurģijas nodaļa

3. ķirurģijas nodaļa

Angiogrāfijas un sirds kateterizācijas laboratorija

Bērnu nodaļa

Citoloģijas laboratorija

Diagnostiskās radioloģijas nodaļa

Endoskopijas kabinets

Funkcionālās diagnostikas nodaļa

Ginekoloģijas nodaļa

Infekciju nodaļa

Klīniskā laboratorija

Mikrobioloģijas laboratorija

Neiroloģijas nodaļa

Onkoloģijas nodaļa

Paliatīvās aprūpes nodaļa

Plaušu slimību diferenciāldiagnostikas nodaļa

Terapijas nodaļa

Uroloģijas nodaļa

2. ķirurģijas nodaļa

Anestezioloģijas un intensīvās terapijas nodaļa

Asins dienests

Bērnu ķirurģijas nodaļa

Centra poliklīnika

Daugavpils reģionālās slimnīcas struktūrvienība Plaušu slimību un tuberkulozes centrs

Dzemdību nodaļa

Fizikālās terapijas nodaļa

Ginekoloģijas kabinets

Imūnhematoloģijas laboratorija

Kardioloģijas nodaļa

Koloproktoloģijas kabinets

Narkoloģijas nodaļa

Onkoķirurģijas nodaļa

Operāciju bloks

Patologanatomijas nodaļa

Terapeitiskās radioloģijas nodaļa un staru bloks

Traumatoloģijas un ortopēdijas nodaļa

Uzņemšanas nodaļa

3. PIELIKUMS. APTAUJAS ANKETA

Pētījuma „Latvijas medicīnas studentu gatavība apgūt papildus vispārējās kompetences” anketa (attēlojums atbilstoši pielietotajam dizainam interneta aptaujai vietnē www.webanketa.com)

Vispārējās kompetences ārsta profesijā - medicīnas studentu un jauno ārstu aptauja

! Lauki, kuri ir atzīmēti ar zvaigznītēm (*), ir obligāti jāaizpilda! 1 / 12

Dzimums *

Sieviete
 Vīrietis

Kas apmaksā Jūsu studijas *

Valsts budžets
 Personīgais finansējums

VISPĀRĪGA ANONĪMA INFORMĀCIJA PAR JUMS

2. Kur nākotnē plānojat strādāt: *
(iespējami vairāki varianti)

Valsts / pašvaldības slimnīcā vai ambulatora iestādē
 Privātā medicīnas uzņēmumā vai ārsta-speciālista privātp praksē
 Ģimenes ārsta privātp praksē
 Citā ar medicīnu saistītā darbā
 Ar medicīnu nesaistītā darbā
 Rīgā
 Citur Latvijā
 Ārzemēs
 VĒL nezinu

Tālāk

Webanketa
Bez maksas anketas izveides

Vispārējās kompetences ārsta profesijā - medicīnas studentu un jauno ārstu aptauja

Lauki, kuri ir atzīmēti ar zvaigznītēm (*), ir obligāti jāaizpilda!

2 / 12

LATVIJAS VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMA

Izvēlieties skaitli, kas tuvāks jūsu vērtējumam *

	1	2	3	4	5	6	7	
Jūs NEMAZ NEPĀRZINIET Latvijas veselības aprūpes sistēmu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jūs PILNĪBĀ PĀRZINIET Latvijas veselības aprūpes sistēmu
Ārsta profesijā pārzināt Latvijas veselības aprūpes sistēmu NAV SVARĪGI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ārsta profesijā pārzināt Latvijas veselības aprūpes sistēmu IR SVARĪGI

Iespējams izvēlēties vairākus variantus *

	Obligātai	Brīvprātīgai	I - III studiju gadā	IV - VI studiju gadā	Rezidentūrā	Darba vietā	Apmācība nav nepieciešama
Zināšanu apguvei par Latvijas veselības aprūpes sistēmu ir jābūt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[◀ iepriekšējā lapa](#)

Tālāk

Webanketa
Bezmaksas anketas izveides

Vispārējās kompetences ārsta profesijā - medicīnas studentu un jauno ārstu aptauja

Lauki, kuri ir atzīmēti ar zvaigznītēm (*), ir obligāti jāaizpilda!

3 / 12

VESELĪBAS APRŪPES SISTĒMU ATTĪSTĪBA EIROPAS SAVIENĪBĀ U.C. ATTĪSTĪTĀJĀS VALSTĪS

Izvēlieties skaitli, kas tuvāks jūsu vērtējumam *

	1	2	3	4	5	6	7	
Jūs NEMAZ NAV IZPRATNES par veselības aprūpes sistēmu attīstību Eiropas Savienībā u.c. attīstītajās valstīs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jūs IR LABA IZPRATNE par veselības aprūpes sistēmu attīstību Eiropas Savienībā u.c. attīstītajās valstīs
Ārsta profesijā izpratne par veselības aprūpes sistēmu attīstību Eiropas Savienībā u.c. attīstītajās valstīs NAV SVARĪGA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ārsta profesijā izpratne par veselības aprūpes sistēmu attīstību Eiropas Savienībā u.c. attīstītajās valstīs IR SVARĪGA

Iespējams izvēlēties vairākus variantus *

	Obligātai	Brīvprātīgai	I - III studiju gadā	IV - VI studiju gadā	Rezidentūrā	Darba vietā	Apmācība nav nepieciešama
Zināšanu apguvei par veselības aprūpes sistēmu attīstību Eiropas Savienībā u.c. attīstītajās valstīs ir jābūt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[◀ iepriekšējā lapa](#)

Tālāk

Webanketa
Bezmaksas anketas izveides

Vispārējās kompetences ārsta profesijā - medicīnas studentu un jauno ārstu aptauja

Lauki, kuri ir atzīmēti ar zvaigznītēm (*), ir obligāti jāaizpilda!

4 / 12

JŪSU ZINĀŠANAS VADĪŠANĀ (MENEDŽMENTĀ)

Izvēlieties skaitli, kas tuvāks jūs vērtējumam *

	1	2	3	4	5	6	7	
Jums NEMAZ NAV zināšanas vadīšanā	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jums IR LABAS zināšanas vadīšanā
Ārsta profesijā NAV SVARĪGAS zināšanas vadīšanā	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ārsta profesijā IR SVARĪGAS zināšanas vadīšanā

Iespējams izvēlēties vairākus variantus *

	Obligātai	Brīvprātīgai	I - III studiju gadā	IV - VI studiju gadā	Rezidentūrā	Darba vietā	Apmācība nav nepieciešama
Zināšanu apgūvei par vadīšanu (menedžmentu) apgūvei ir jābūt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[x iepriekšējā lapa](#)

Tālāk

Webanketa
Bezmaksas anketas izveides

Vispārējās kompetences ārsta profesijā - medicīnas studentu un jauno ārstu aptauja

Lauki, kuri ir atzīmēti ar zvaigznītēm (*), ir obligāti jāaizpilda!

5 / 12

JŪSU ZINĀŠANAS PAR EKONOMIKAS PAMATLIKUMĪBĀM

Izvēlieties skaitli, kas tuvāks jūs vērtējumam *

	1	2	3	4	5	6	7	
Jums NEMAZ NAV ZINĀŠANAS par ekonomikas pamatlikumībām	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jums IR LABAS ZINĀŠANAS par ekonomikas pamatlikumībām
Ārsta profesijā zināšanas par ekonomikas pamatlikumībām NAV SVARĪGAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ārsta profesijā zināšanas par ekonomikas pamatlikumībām IR SVARĪGAS

Iespējams izvēlēties vairākus variantus *

	Obligātai	Brīvprātīgai	I - III studiju gadā	IV - VI studiju gadā	Rezidentūrā	Darba vietā	Apmācība nav nepieciešama
Zināšanu apgūvei par ekonomikas pamatlikumībām apgūvei ir jābūt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[x iepriekšējā lapa](#)

Tālāk

Webanketa
Bezmaksas anketas izveides

Vispārējās kompetences ārsta profesijā - medicīnas studentu un jauno ārstu aptauja

Lauki, kuri ir atzīmēti ar zvaigznītēm (*), ir obligāti jāaizpilda!

6 / 12

SLIMNĪCA KĀ UZŅĒMUMS

Izvēlieties skaitli, kas tuvāks jūsu vērtējumam *

	1	2	3	4	5	6	7	
Jūs NEMAZ NEPĀRZINIET slimnīcas kā uzņēmuma darbības principus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jūs FILNĪBĀ PĀRZINIET slimnīcas kā uzņēmuma darbības principus
Ārsta profesijā NAV SVARĪGI pārzināt slimnīcas kā uzņēmuma darbības principus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ārsta profesijā IR SVARĪGI pārzināt slimnīcas kā uzņēmuma darbības principus

Iespējams izvēlēties vairākus variantus *

	Obligātai	Brīvprātīgai	I - III studiju gadā	IV - VI studiju gadā	Rezidentūrā	Darba vietā	Apmācība nav nepieciešama
Zināšanu apguvei par slimnīcas kā uzņēmuma darbības principiem ir jābūt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[x iepriekšējā lapa](#)

Tālāk

Webanketa
Bez maksas anketas izveides

Vispārējās kompetences ārsta profesijā - medicīnas studentu un jauno ārstu aptauja

Lauki, kuri ir atzīmēti ar zvaigznītēm (*), ir obligāti jāaizpilda!

7 / 12

ĀRSTA LOMA VESELĪBAS APRŪPES RESURSU PĀRVALDĪBĀ

Izvēlieties skaitli, kas tuvāks jūsu vērtējumam *

	1	2	3	4	5	6	7	
Jums NEMAZ NAV IZPRATNES par ārsta lomu veselību aprūpes resursu pārvaldībā	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jums FILNĪBĀ IR IZPRATNE par ārsta lomu veselības aprūpes resursu pārvaldībā
Ārsta profesijā izpratne par veselības aprūpes resursu pārvaldību nemaz NAV SVARĪGA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ārsta profesijā izpratne par veselības aprūpes resursu pārvaldību IR ĻOTI SVARĪGA

Iespējams izvēlēties vairākus variantus *

	Obligātai	Brīvprātīgai	I - III studiju gadā	IV - VI studiju gadā	Rezidentūrā	Darba vietā	Apmācība nav nepieciešama
Zināšanu apguvei par ārsta lomu resursu pārvaldībā ir jābūt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[x iepriekšējā lapa](#)

Tālāk

Webanketa
Bez maksas anketas izveides

Vispārējās kompetences ārsta profesijā - medicīnas studentu un jauno ārstu aptauja

Lauki, kuri ir atzīmēti ar zvaigznītēm (*), ir obligāti jāaizpilda!

8 / 12

KOMUNIKĀCIJAS PRASMES LABAI SADARBĪBAI AR KOLĒGIEM

Izvēlieties skaitli, kas tuvāks jūs vērtējumam *

	1	2	3	4	5	6	7	
Jums NOTEIKTI NAV PIETIEKAMAS prasmes labai sadarbībai ar kolēģiem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jums NOTEIKTI IR PIETIEKAMAS prasmes labai sadarbībai ar kolēģiem
Ārsta profesijā prasmes labai sadarbībai ar kolēģiem NEMAZ NAV SVARĪGAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ārsta profesijā prasmes labai sadarbībai ar kolēģiem IR ĻOTI SVARĪGAS

Iespējams izvēlēties vairākus variantus *

	Obligātai	Brīvprātīgai	I - III studiju gadā	IV - VI studiju gadā	Rezidentūrā	Darba vietā	Apmācība nav nepieciešama
Prasmju apguve labai sadarbībai ar kolēģiem ir jābūt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[« Iepriekšējā lapa](#)

Tālāk

Webanketa
Bezmaksas anketas izveides

Vispārējās kompetences ārsta profesijā - medicīnas studentu un jauno ārstu aptauja

Lauki, kuri ir atzīmēti ar zvaigznītēm (*), ir obligāti jāaizpilda!

9 / 12

KOMUNIKĀCIJAS PRASMES LABAI SADARBĪBAI AR PACIENTU

Izvēlieties skaitli, kas tuvāks jūs vērtējumam *

	1	2	3	4	5	6	7	
Jums NOTEIKTI NAV PIETIEKAMAS prasmes labai sadarbībai ar pacientiem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jums NOTEIKTI IR PIETIEKAMAS prasmes labai sadarbībai ar pacientiem
Ārsta profesijā prasmes labai sadarbībai ar pacientiem NEMAZ NAV SVARĪGAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ārsta profesijā prasmes labai sadarbībai ar pacientiem IR ĻOTI SVARĪGAS

Iespējams izvēlēties vairākus variantus *

	Obligātai	Brīvprātīgai	I - III studiju gadā	IV - VI studiju gadā	Rezidentūrā	Darba vietā	Apmācība nav nepieciešama
Prasmju apguve labai sadarbībai ar pacientiem ir jābūt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[« Iepriekšējā lapa](#)

Tālāk

Webanketa
Bezmaksas anketas izveides

Vispārējās kompetences ārsta profesijā - medicīnas studentu un jauno ārstu aptauja

Lauki, kuri ir atzīmēti ar zvaigznītēm (*), ir obligāti jāaizpilda!

10 / 12

PACIENTU DROŠĪBA UN ĀRSTNICĪBAS PROCESA KĻŪDU MAZINĀŠANA

Izvēlieties skaitli, kas tuvāks jūsu vērtējumam *

	1	2	3	4	5	6	7	
Jums NEMAZ NAV ZINĀŠANAS par pacientu drošību un ārstniecības procesa kļūdu mazināšanu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jums IR LABAS ZINĀŠANAS par pacientu drošību un ārstniecības procesa kļūdu mazināšanu
Ārsta profesijā zināšanas par pacientu drošību un ārstniecības procesa kļūdu mazināšanu NAV SVARĪGAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ārsta profesijā zināšanas par pacientu drošību un ārstniecības procesa kļūdu mazināšanu IR SVARĪGAS

Iespējams izvēlēties vairākus variantus *

	Obligātai	Brīvprātīgai	I - III studiju gadā	IV - VI studiju gadā	Rezidentūrā	Darba vietā	Apmācība nav nepieciešama
Zināšanu apguvei par pacientu drošību un ārstniecības procesa kļūdu mazināšanu ir jābūt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[← iepriekšējā lapa](#)

Tālāk

Webanketa
Bezmaksas anketas izveides

Vispārējās kompetences ārsta profesijā - medicīnas studentu un jauno ārstu aptauja

Lauki, kuri ir atzīmēti ar zvaigznītēm (*), ir obligāti jāaizpilda!

11 / 12

JURIDISKĀS ZINĀŠANAS VESELĪBAS JOMĀ

Izvēlieties skaitli, kas tuvāks jūsu vērtējumam *

	1	2	3	4	5	6	7	
Jums NEMAZ NAV juridisko zināšanas veselības jomā	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Jums IR LABAS juridiskās zināšanas veselības jomā
Ārsta profesijā juridiskās zināšanas veselības jomā NEMAZ NAV SVARĪGAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ārsta profesijā juridiskās zināšanas veselības jomā IR ĻOTI SVARĪGAS

Iespējams izvēlēties vairākus variantus *

	Obligātai	Brīvprātīgai	I - III studiju gadā	IV - VI studiju gadā	Rezidentūrā	Darba vietā	Apmācība nav nepieciešama
Juridisko zināšanu veselības jomā apguvei ir jābūt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[← iepriekšējā lapa](#)

Tālāk

Webanketa
Bezmaksas anketas izveides

Vispārējās kompetences ārsta profesijā - medicīnas studentu un jauno ārstu aptauja

! Lauki, kuri ir atzīmēti ar zvaigznītēm (*), ir obligāti jāaizpilda!

12 / 12

NOSLĒGUMA JAUTĀJUMI

Izvēlieties skaitli, kas tuvāks jūs vērtējumam *

	1	2	3	4	5	6	7	
Es NEKAD neuzņemos līdera lomu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Es VIENMĒR uzņemos līdera lomu
Ārsta profesijā konkurences ir AUGSTA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ārsta profesijā konkurence ir ZEMA
Ārsta karjeras attīstībā būtiskā ir augsta KOMPETENCE SPECIALITĀTĒ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ārsta karjeras attīstībā būtiskās ir VISPĀRĪGĀS KOMPETENCES
Veselības aprūpei vajag LIELĀKU FINANSĒJUMU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Veselības aprūpei vajag LABĀKU PĀRVALDĪBU

Kādas vēl vispārējās kompetences ārstam būtu jāiegūst izglītības procesā?

(atbilde vēlama, bet nav obligāta)

[« iepriekšējā lapa](#)

Gatavs

4. PIELIKUMS. STUDIJU KURSA APRAKSTS

LUIS

Page 1 of 2

LV EN RU DE FR
Kursa kods **SDSK1093**

Kredītpunkti **2**

Ekonomika un vadība veselības aprūpē

E-studiju saite Moodle

Zinātnes nozare	Kopējais auditoriju stundu skaits	Lekciju stundu skaits	Semināru un praktisko darbu stundu skaits	Studenta patstāvīgā darba stundu skaits	Kursa apstiprinājuma datums	Atbildīgā struktūrvienība	Nozares atbildīgais
Starpnozaru, Medicīna, Ekonomika	32	16	16	48	02.02.2012	Medicīnas fakultāte	Inta Deķe

Kursa izstrādātājs



pasn. Juris Bārzdiņš
Maģistra(līm.)

Kursa anotācija

Kursa mērķis ir veidot zināšanu pamatu ārstam nepieciešamām sistēmiskām kompetencēm ekonomikā un vadībā efektīvam darbam un karjerai mūsdienu veselības aprūpes sistēmā. Kurss studentam sniedz izpratni par ārsta darba kontekstu reālajā mikro un makro ekonomiskajā vidē, pārmaiņu veselības aprūpē cēloņsakarībām un mūsdienu ārstam nepieciešamo kompetenču daudzveidību. Kurss iepazīstina ar ekonomikas pamatjautājuma (vēlmju neirobežotību, resursu ierobežotību un kompromisa izvele) nozīmi veselības aprūpē, vadības teorijām, pamatprincipiem un metodēm, kā arī nodrošina zināšanu apguvi par mūsdienu veselības aprūpes sistēmām.

Rezultāti

Pēc studiju kursa apguves studenti:

- Zinās un izprātis mūsdienu ārsta darbā nepieciešamos ekonomikas un vadīšanas pamatjautājumus.
- Spēs analizēt kopsakarības procesiem veselības aprūpē balstoties uz zināšanām ekonomikā un vadīšanā
- Zinās un izprātis veselības aprūpes organizācijas teorētiskos pamatus, tās iekšējo un ārējo vidi, kā arī gūs priekšstatu par tehnoloģiju, struktūras, darbinieku, darba kultūras un mērķu savstarpējo saistību.

Kursa plāns

1. Veselības aprūpes dinamika. L-2, S-2
2. Ārsta kompetences mūsdienu veselības aprūpes sistēmā. L-2, S-2
3. Ievads ekonomikā un resursu ierobežotība. Vienkāršots tirgus modeli. L-2, S-2
4. Pieprasījums un piedāvājums, tirgus modeļa nepilnības veselības aprūpē. Valstu loma veselības aprūpes nodrošināšanā. L-2, S-2
5. Vadīšana un līderība veselības aprūpē, teorijas, metodes. L-2, S-2
6. Veselības aprūpes organizācijas vadītāja un ārsta vērtību atšķirības. L-2, S-2
7. Kvalitātes procesu uzlabošanas principi. L-2, S-2
8. Lean menedžments veselības aprūpē. L-2, S-2

Prasības kredītpunktu iegūšanai

Studentu semestra vērtējumu veido:

- 2 tematiski referāti un to prezentācija semināros (50%),
- rakstveida eksāmens (50%),

Mācību pamatliteratūra

1. Tragakes E., Briģis G., Karaškēviča J., Rūrāne A., Stuburs A., Zušmane E., Avdejeva O. un Šēfers M. Latvija: Pārskats par veselības aprūpes sistēmu. Veselības aprūpes sistēmas pārejas periodā. 2008; 10(2): 1–251.2. ISSN 1817-6119. Pieejams: [http://phoebe.vrn.gov.lv/misc_db/web.nsf/626e6035eadbb4cd85256499006b15a6/8025e31da656bcc3c2257313001f26d7/\\$FILE/HIT%20Latvia%202008_LV.pdf](http://phoebe.vrn.gov.lv/misc_db/web.nsf/626e6035eadbb4cd85256499006b15a6/8025e31da656bcc3c2257313001f26d7/$FILE/HIT%20Latvia%202008_LV.pdf) (skatīts 20.01.2012).
2. Gūtmane S., Sīlis V. Mācību materiāls „Veselības aprūpes pārmaiņu vadība”. Eiropas Sociālā fonda darbības programmas "Cilvēkresursi un nodarbinātība" papildinājuma 1.3.2.3. aktivitātes "Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla kompetences, prasmiņu un iemaņu līmeņa paaugstināšana" projekts "Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla tālākizglītība nozares ilgtspējīgai attīstībai". 2009. Pieejams: <http://www.talakisizglitiba.lv/sites/default/userfiles/file/MPIC%2064.pdf> (skatīts 20.01.2012).
3. Gūtmane S., Sīlis V. Mācību materiāls „Mūsdienu veselības aprūpes vadības pilnveidošana”. Eiropas Sociālā fonda darbības programmas "Cilvēkresursi un nodarbinātība" papildinājuma 1.3.2.3. aktivitātes "Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla kompetences, prasmiņu un iemaņu līmeņa paaugstināšana" projekts "Veselības aprūpes un veicināšanas procesā iesaistīto institūciju personāla tālākizglītība nozares ilgtspējīgai attīstībai". 2009. Pieejams: <http://www.talakisizglitiba.lv/sites/default/userfiles/file/MPIC%2063.pdf> (skatīts 20.01.2012).
4. Apaļā galda ziņojums „Veselības aprūpes sistēmas reformas iespējamie risinājumi: ekonomiski, adekvāti un iedzīvotājiem pieņemami” Stratēģiskās analīzes komisija. 2011. Pieejams: www.saki.lv/component/attachments/download/514 (skatīts 20.01.2012)

Papildliteratūra

1. Bikse V. Ekonomikas teorijas pamatprincipi. Mācību līdzeklis. Rīga: Izdevējs SIA „Izglītības soļi” 2007. ISBN 9984-7127-9-6
2. Mozgis, Dzintars, Ceļvedis veselības aprūpes vadībā / Dzintars Mozgis ; Rīga : Nacionālais apgāds, 2008. ISBN 9789984263779

Kursa saturs

1. temats. Veselības aprūpes dinamika
Lekcija 2 st., seminārs 2 st.
 1. lekcija. Informācija par kursu. Globālās un lokālās pārmaiņas sabiedrībā un veselības aprūpē
 1. seminārs. Ārējie apstākļi, kas ietekmē veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēja darbu
2. temats. Ārsta kompetences mūsdienu veselības aprūpes sistēmā
Lekcijas 2 st., seminārs 2 st.
 2. lekcija. Definētās ārsta kompetences Latvijā un citās valstīs. Nepieciešamo kompetenču identifikācijas metodes.
 2. seminārs. Ārstam nepieciešamo kompetenču identifikācija Latvijas veselības aprūpes sistēmāUzdod sagatavot 1. referātu. Personīgo kompetenču vērtējums.
3. temats. Ievads ekonomikā un resursu ierobežotība. Vienkāršots tirgus modelis
Lekcija 2 st., seminārs 2 st.
 3. lekcija. Ekonomikas pamatjautājumi
 3. seminārs. Tirgus attiecības veselības aprūpē, pakalpojuma pārdošana un pirkšana
4. temats. Pieprasījums un piedāvājums, tirgus modeļa nepilnības veselības aprūpē. Valstu loma veselības aprūpes nodrošināšanā
Lekcija 2 st., seminārs 2 st.
 4. lekcija. Kāpēc brīvais tirgus ir neefektīvs veselības aprūpē
 4. seminārs. Studentu sagatavoto referātu prezentācijaUzdod sagatavot 2. referātu. Ekonomika un veselības aprūpe
5. temats. Vadīšana un līderība veselības aprūpē, teorijas, metodes
Lekcija 2 st., seminārs 2 st.
 5. lekcija. Vadītājs un līderis. Kopīgais un atšķirīgais
 5. seminārs. Vadības metodes
6. temats. Veselības aprūpes organizācijas vadītāja un ārsta vērtību atšķirības
Lekcija 2 st., seminārs 2 st.
 5. lekcija. Organizacionāli – profesionālais konflikts. Literatūras apskats
 5. seminārs. Ārsta-vadītāja loma veselības aprūpē
7. temats. Kvalitātes procesu uzlabošanas principi.
Lekcija 2 st., seminārs 2 st.
 7. lekcija. Kvalitātes vadības pamatprincipi
 7. seminārs. Studentu sagatavoto referātu prezentācija
 8. Lean menedžments veselības aprūpēLekcija 2 st., seminārs 2 st.
 8. lekcija. Lean menedžmenta pamatprincipi, ārsta loma.
 8. seminārs. Uz pacientu orientēta veselības aprūpeNoslēguma eksāmens

5. PIELIKUMS. STRUKTURĒTO INTERVIJU VADĪŠANAS SHĒMA

1. Lūdzu, sniedziet vispārēju vērtējumu par gados vecu cilvēku aprūpes organizēšanu valstī kopumā, jūsu pilsētā un konkrēti Jūsu slimnīcā.
2. Vai pēdējos gados ir mainījies pacientu ārstēšanas vidējais ilgums jūsu slimnīcā, un kādi tam varētu būt iemesli?
3. Ar kādiem paņēmieniem jums ir izdevies samazināt pacientu ārstēšanās laiku slimnīcā?
4. Kā Jūs skaidrotu konstatētās atšķirības starp slimnīcām attiecībā uz pacientu ārstēšanās ilgumu, biežumu un izmaksām (tiek demonstrēts grafiks konstatētajām atšķirībām reģionālo slimnīcu starpā).
5. Kāda ir jūsu slimnīcas taktika attiecībā uz pacientu ar indikātoridiagnozēm uzņemšanu un ārstēšanu slimnīcā? (Nepieciešamības gadījumā tiek paskaidrots, ka indikātoridiagnozes ir tās pārsvarā mājas apstākļos ārstējamās diagnozes (slimības), kuru ārstēšanas gadījumus slimnīcā uzskaita Nacionālais veselības dienests, vērtējot ģimenes ārstu darbu).
6. Kā jūs skaidrotu konstatētās atšķirības pacientu ar indikātoridiagnozēm ārstēšanas slimnīcā biežumā dažādās slimnīcās (tiek demonstrēts grafiks konstatētajām atšķirībām reģionālo slimnīcu starpā).
7. Kā Jūs veidojat slimnīcas sadarbību ar ārpus slimnīcas struktūrām – mājas aprūpi, ģimenes ārstu dienestu, pašvaldības sociālo dienestu, nodrošinot pacientu, kam ir nepieciešama tālāka ārstēšana un aprūpe, izrakstīšanu.
8. Kā Jūs vērtējat slimnīcas ārstu iespēju un motivāciju ietekmēt pacientu uzņemšanas slimnīcā biežumu, pacientu ārstēšanās slimnīcā ilgumu, atkārtotas hospitalizācijas biežumu un ārstēšanas izmaksas?