

Mātes un bērna veselības konsultatīvās padomes sēdes protokols

Rīgā

2014.gada 10.decembrī

Piedalās Mātes un bērna veselības konsultatīvās padomes (turpmāk – Padome) locekļi:

- Dace Rezeberga - Veselības ministrijas galvenā speciāliste ginekoloģijā un dzemdniecībā
- Dace Gardovska - Veselības ministrijas galvenā speciāliste pediatrijā
- Inese Bļodniece - Latvijas Neonatologu biedrības priekšsēdētāja vietniece
- Enoks Biķis - Latvijas Pediatru asociācijas valdes loceklis
- Maira Jansone - VSIA „P.Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” Perinatālās aprūpes centra vadītāja
- Kristīne Embure - Latvijas Vecmāšu asociācijas prezidente
- Zapoļska - Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas prezidente
- Līga Kozlovska - „Krīzes grūtniecības centrs” pārstāve
- Renāte Frišfelde - Latvijas Medicīniskās Ģenētikas asociācijas priekšsēdētāja
- Rīta Lugovska

Nepiedalās Padomes locekļi:

- Iveta Kelle - Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācijas “Papardes zieds” valdes priekšsēdētāja
- Inta Gaide - Latvijas Neatliekamās medicīniskās palīdzības un katastrofu medicīnas asociācijas pārstāve
- Annele Tetere - Resursu centrs sievietēm „Marta”, dzimumu līdztiesības politikas koordinatore
- Jevgēnijs Kalējs - Latvijas Slimnīcu biedrības priekšsēdētājs
- Sandija Salaka - Vecāku apvienības „Māmiņu klubs” vadītāja
- Lelde Poprocka - Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas valdes locekle
- Dita Raiska - Latvijas Māsu asociācijas Bērnu aprūpes māsu apvienības vadītāja
- Līga Rudzīte - Latvijas Jaunatnes padomes valdes locekle
- Līga Vasara - Latvijas Mājdzemdību ģimeņu apvienības valdes priekšsēdētāja
- Silvija Šimfa - Latvijas Pašvaldību savienības padomniece sociālajos un veselības jautājumos

Piedalās:

- Guntis Belēvičs - Veselības ministrs
- Egita Pole - Veselības ministrija, Valsts sekretāra vietniece veselības politikas jautājumos
- Ēriks Miķītis - Veselības ministrija, Veselības aprūpes departamenta

- direktors
- Antra Valdmanē - Veselības ministrija, Veselības aprūpes departamenta Ārstniecības kvalitātes nodaļas vadītāja
- Marika Petroviča - Veselības ministrija, Veselības aprūpes departamenta Primārās veselības aprūpes nodaļas vadītāja
- Egils Harasimjuks - Veselības inspekcijas vadītājs
- Valentīna Berga - Veselības inspekcija, Veselības aprūpes kvalitātes kontroles nodaļas vadītāja
- Jeļena Smotrova - Veselības inspekcija, Uzraudzības, plānošanas un attīstības departamenta Veselības aprūpes nodaļas vecākā ārste eksperte
- Irisa Zīle - Slimību profilakses un kontroles centrs, Pētniecības, statistikas un veselības veicināšanas departamenta Veselības statistikas nodaļas veselības aprūpes statistiķe
- Renāte Pupele - Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta direktora vietniece
- Līga Gaigala - Nacionālais veselības dienests, Ārstniecības pakalpojumu departamenta Ambulatoro pakalpojumu nodaļas vadītāja
- Rita Kubuliņa - Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācija "Papardes zieds", sabiedrības veselības speciāliste
- Diāna Antona - Latvijas Māsu asociācijas Bērnu aprūpes māsu apvienības valdes locekle
- Ilze Grope - Latvijas Pediātru asociācijas pārstāve
- Pauls Princis - Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas prezidents
- Alise Nicmane-Aišpure - Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas pārstāve
- Ilze Aizsilniece - Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas pārstāve

Darba kārtība:

1. Sēdes atklāšana, iepriekšējā Padomes sēdes protokola apstiprināšana
2. Mātes mirstības konfidenciālā analīze – pirmā gada rezultāti
D.Rezeberga, Padomes priekšsēdētāja, Veselības ministrijas galvenais speciālists ginekoloģijā un dzemdniecībā
3. Perinatālās mirstības konfidenciālā analīze – pirmie soļi
M.Jansone, VSIA „P.Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” Perinatālās aprūpes centra vadītāja
4. Diskusijas un kopsavilkums
 - 4.1. Jaundzimušo patronāža – ģimenes ārstu viedoklis un priekšlikumi (*uzaicināti Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas un Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas pārstāvji*);
 - 4.2. Par Padomē iekļauto biedrību deleģētajiem pārstāvjiem;
 - 4.3. Par Padomes sēdēs izskatāmajiem jautājumiem 2015.gadā.

1. Sēdes atklāšana, iepriekšējā Padomes sēdes protokola apstiprināšana

(D.Rezeberga)

Iepriekšējās sēdes protokols tiek apstiprināts bez iebildumiem.

2. Mātes mirstības konfidenciālā analīze – pirmā gada rezultāti

(D.Rezeberga)

D.Rezeberga, Padomes priekšsēdētāja, Veselības ministrijas galvenā speciāliste ginekoloģijā un dzemdniecībā, iepazīstina klātesošos ar mātes mirstības konfidenciālās analīzes pirmā gada rezultātiem. Mātes mirstība ir viens no galvenajiem indikatoriem dzemdību palīdzības kvalitātes izvērtēšanā. Mātes mirstība Latvijā ir salīdzinoši augsta (skatīt pievienoto prezentāciju).

Uzsver pozitīvās pārmaiņas, kas pēdējo trīs gadu laikā veiktas mātes un bērna veselības aprūpes jomā, tai skaitā Mātes un bērna veselības uzlabošanas plānā 2012. – 2014.g. ietvertie pasākumi (izstrādātas prasības perinatālās aprūpes centriem, veiktas izmaiņas grūtnieču aprūpes programmā, uzlabojusies pakalpojumu pieejamība grūtnieču aprūpē, noteiktas kvalitātes prasības ultraskaņas izmeklējumiem grūtniecēm, uzsākta valsts kompensācija grūtniecēm - 25% apmērā recepšu medikamentiem, gripai 50% apmērā, uzsākta valsts apmaksāta neauglības ārstēšana, atbalstīta medicīnisko tehnoloģiju iegāde perinatālās aprūpes centriem). Minētajiem pasākumiem tika piešķirti papildus līdzekļi, taču vajadzētu veikt uzraudzību par to racionālu izlietojumu.

Informē par mātes mirstības/saslimstības analīzes sistēmas attīstību, iepazīstina ar minētās analīzes metodēm un paveikto. 2013.gadā visos mātes mirstības gadījumos ekspertu grupa veica mātes mirstības konfidenciālo analīzi. Mātes veselības kritisko gadījumu analīze pašlaik tiek veikta P.Stradiņa KUS, Rīgas Dzemdību namā, Vidzemes slimnīcā, Liepājas slimnīcā, Daugavpils slimnīcā.

2013.gadā bija 5 mātes mirstības gadījumi no kuriem 2 gadījumi bija tieši saistīti ar grūtniecības komplikācijām (pēcdzemdību asiņošana, plaušu artēriju tromboembolija) un 3 gadījumi – netieši saistīti grūtniecību, kuru pamatā bija citas slimības (gripas komplikācijas, HIV infekcija AIDS stadijā, pankreatīta komplikācijas). Izvērtējot minētos gadījumus, secināts, ka ir trūkumi komandas darba organizācijā slimnīcā un medicīniskās dokumentācijas noformēšanā, netiek ievērotas nacionālās vadlīnijas (dziļo vēnu trombozes un plaušu embolijas profilakse), netiek nodrošināta pacientu kvalitatīva, nepārtraukta monitorēšana, ne visos mātes mirstības gadījumos tiek veikta autopsija.

Secinājumos par 3 netiešiem mātes mirstības gadījumiem norāda uz ģimenes plānošanas pakalpojumu pieejamības trūkumu sociāla riska sievietēm, ieskaitot kompensējamās kontracepcijas līdzekļus, sociālo dienestu/pašvaldības un veselības aprūpes sektora sadarbības trūkumu, kā arī kā trūkumu norāda sabiedrības zināšanas un attieksmi pret vakcināciju (laba prakse atbalsta grūtnieču vakcināciju pret gripu).

Informē, ka skatoties nākotnes perspektīvā, nepieciešama nacionālo vadlīniju, atbilstošu lokālu protokolu un algoritmu izstrādāšana un ieviešana perinatālajā

aprūpē. Jāveic aprūpes iznākuma un kvalitātes regulāra uzraudzība kā lokāli tā nacionāli, kā arī jāveic regulārs mātes un perinatālās mirstības un saslimstības audits. Uzsver, ka nepieciešams izvirzīt kvalitātes prasības valsts apmaksājamiem pakalpojumiem, ietverot pakalpojumu apjomu, atbilstošas kompetences cilvēkresursu nodrošinājumu, tehnoloģiju nodrošinājumu. Pakalpojumam jābūt ne tikai pieejamam, bet arī kvalitatīvam.

Vērš uzmanību, ja dzemdību skaits dzemdību nodaļā ir zemāks par 700, tad ir grūti uzturēt atbilstošu personāla kompetenci rīcībai neatliekamās sarežģītās situācijās. Iepazīstina ar Eiropas Ginekologu asociācijas tikko apstiprinātajiem standartiem ginekoloģijā, dzemdniecībā un neonatālajā aprūpē, kas izstrādāti, lai harmonizētu sievietes veselības aprūpi Eiropā.

Atzīmē, ka no visiem reproduktīvo veselības pakalpojumu sniedzējiem (ģimenes ārsti, ginekologi, vecmātes, neonatologi) vecmāšu potenciāls netiek pilnīgi izmantots, piemēram, primārajā veselības aprūpē veselu grūtnieču aprūpē un skrīningā.

Vērš uzmanību, ka darba samaksas nosacījumi stacionārā nav motivējoši un tas rada cilvēkresursu trūkumu dzemdniecībā, savukārt sadrumstalotie operatīvās ginekoloģijas pakalpojumi (Latvijā 2013.gadā apmaksāti dienas stacionāra pakalpojumi 95 dienas stacionāros) ved uz operatīvās kompetences pazemināšanos ginekologiem, kā arī nav iespējams kvalitatīvi apmācīt rezidentus.

3. Perinatālās mirstības konfidenciālā analīze – pirmie soli

(M.Jansone)

M.Jansone, VSIA „P.Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” Perinatālās aprūpes centra vadītāja, sniedz informāciju par perinatālo mirstību Latvijā un paveikto, lai varētu uzsāktu perinatālās mirstības konfidenciālo analīzi (skatīt pievienoto prezentāciju).

Perinatālā mirstība Latvijā pakāpeniski samazinās. 2013.gadā sasniegts līdz šim zemākais rādītājs 7,5 (uz 1000 dzīvi un nedzīvi dzimušiem), taču salīdzinot ar citām Eiropas valstīm, tai skaitā Igauniju un Lietuvu, šis rādītājs ir augsts.

Vērš uzmanību, ka Latvijā ir diezgan liels dzemdību nodaļu skaits, kurās dzemdību skaits ir mazāks par 500 dzemdībām gadā. Dati liecina, ka augstāki perinatālās mirstības rādītāji ir ne tikai perinatālās aprūpes centros, kur nonāk sarežģītākie gadījumi, bet arī pirmā līmeņa dzemdību nodaļās, kur pamatā nodrošina fizioloģisku dzemdību palīdzību. Lielākoties šajās dzemdību nodaļās kopējais dzemdību skaits ir neliels, kas rada bažas par aprūpes kvalitāti.

Statistiski kā galvenie perinatālās mirstības iemesli ir noteikti perinatālā perioda stāvokļi, no kuriem kā visbiežākais mirstības iemesls ir norādīts hipoksija/asfiksija, taču, saņemot šādus datus, nav zināms, kādi ir bijuši grūtnieces riska faktori, kas izraisījuši augļa asfiksiju. Līdzīga situācija iezīmējas attiecībā uz iedzimtām anomālijām, kur statistiski lielu daļu veido citas (neprecizētas) iedzimtas anomālijas un kroplības.

Paskaidro, ka perinatālais audits var tikt veikts divos veidos, kā perinatālās mirstības audits un kā perinatālās aprūpes audits, kurā tiek analizēti aprūpes jautājumi pēc noteiktiem aprūpes kritērijiem.

Iepazīstina ar perinatālās mirstības konfidenciālās analīzes pamatprincipiem un perinatālās mirstības datiem P.Stradiņa klīniskajā universitātes slimnīcā, kas tika analizēti pēc perinatālās mirstības konfidenciālās analīzes sistēmas principiem.

Uzsver, ka kvalitatīvai dzemdību palīdzības nodrošināšanai nepieciešams ieviest attiecību „vecmāte dzemdētāja” principu, tas ir nodrošināt vienu vecmāti katrai dzemdētājai. Nedrīkstētu pieļaut, ka viena vecmāte vienlaikus aprūpē vairākas dzemdētājas, jo tas pazemina uzraudzību un aprūpes kvalitāti.

Vērš uzmanību, ka stacionārā dzemdību palīdzība salīdzinot ar ambulatorā aprūpē strādājošiem speciālistiem ir zemāk atalgota, tādēļ ir apgrūtināta speciālistu piesaiste. Kā arī būtu jāpalielina dzemdību apmaksā (tarifs), ņemot vērā jauno tehnoloģiju dzemdību palīdzībā (epidurālā anestēzija, monitorēšana u.c.) izmaksas.

Atsaucas uz Eiropas Ginekologu asociācijas apstiprinātajos standartos noteikto par dzemdētājas kvalitatīvu aprūpi, nodrošinot nepārtrauktu uzraudzību.

Norāda, ka bieži vien sievietei pēc fizioloģiskām dzemdībām aizkavējas izrakstīšanās no stacionāra jaundzimušā skrīninga dēļ un bažām par krūts barošanu. Šajā gadījumā vairāk būtu jāiesaista vecmātes, kas ambulatorās vizītēs apmeklētu sievieti un jaundzimušo mājās.

Ņemot vērā iepriekš minēto norāda, ka neskatoties uz perinatālās mirstības samazināšanos, nepieciešama kvalitatīva mirstības un saslimstības analīze valstī, jāpievērš uzmanība grūtniecības laikā diagnosticējamiem augļa faktoriem – augļa augšanas aizturei un attīstības anomālijām, grūtnieces savlaicīgi jānosūta uz perinatālās aprūpes centriem, kā arī jāievieš ne tikai perinatālās mirstības, bet arī perinatālās saslimstības audits.

D.Rezeberga informē par jautājumiem mātes un bērna veselības aprūpes jomā, kurus speciālisti plāno risināt nākamajā gadā, piemēram, intrauterīnās augšanas aiztures diagnostika, patoloģijas dienesta darbības attīstīšana, ķeizargriezienu klasifikācija, perinatālās mirstības konfidenciālās analīzes sistēmas izveide, apmācības augļa monitorēšanai dzemdībās, ginekoloģijas, dzemdniecības un neonatālās aprūpes standartu ieviešana.

D.Gardovska, Veselības ministrijas galvenā speciāliste pediatrijā, aktualizē jautājumu par medicīnisko apaugļošanu un dzimumšūnu donoru veselības stāvokļa, tai skaitā ģenētikas, atbilstošu izvērtēšanu. Norāda uz nepieciešamību izvērtēt šo bērnu veselības stāvokli ilgākā laika periodā, Bērnu klīniskā universitātes slimnīca šādu darbu ir uzsākusi.

D.Rezeberga norāda, ka medicīniskajai apaugļošanai piešķirtie valsts līdzekļi ir vairāk jākontrolē un šī joma ir jāsakārto. Minēto pakalpojumu pašlaik nodrošina tikai privātās ārstniecības iestādes. Pietrūkst atbilstošs reģistrs un izsekojamība. Strauji pieaug daudzaugļu grūtniecību skaits, kas rada komplikāciju risku.

R.Lugovska, Latvijas Medicīniskās Ģenētikas asociācijas priekšsēdētāja, vērš uzmanību uz trūkumiem ģenētisko izmeklējumu jomā (spermas donoru izmeklējumi, preimplantācijas diagnostika, ģenētikas dienesta reorganizācija).

D.Rezeberga ierosina ģenētikas jautājumus izskatīt kādā no Padomes sēdēm.

A.Valdmane, Veselības ministrijas Veselības aprūpes departamenta Ārstniecības kvalitātes nodaļas vadītāja, paskaidro, ka Nacionālajā veselības dienestā ir uzsākts darbs pie iepriekšminētā registra izstrādes.

Piekrīt, ka ģenētikas jautājumi ir aktuāli, un informē, ka nākamajā gadā sadarbībā ar speciālistiem turpināsies darbs jautājumā par ģenētiskajiem izmeklējumiem, tai skaitā par jaundzimušo skrīningiem un iespējām tos paplašināt. Vērš uzmanību, ka speciālistu viedokļi par norādītajām ģenētiskajām problēmām ir atšķirīgi.

Ē.Miķītis, Veselības ministrijas Veselības aprūpes departamenta direktors, jautā, kā šajā gadījumā, kād tiek uzskatīts, ka stacionārā jābūt vismaz 700 dzemdībām gadā, būtu jāuztver dzemdības mājās.

D.Rezeberga, M.Jansone paskaidro, ka ņemot vērā cilvēktiesības, sievietē var izvēlēties, kur dzemdēt. Atkārtotas, zema riska dzemdības var notikt mājdzemdībās, problēma, ka mājās dzemdē bez riska atlases. Ja sieviete izvēlas dzemdēt stacionārā, tad aprūpes kvalitātei jābūt stacionāra prasībām atbilstoši.

G.Belēvičs, veselības ministrs, uzrunājot Padomes locekļus, uzsver, ka augstu novērtē nozares profesionāļu ieguldījumu kvalitatīvas veselības aprūpes nodrošinājumā Latvijas iedzīvotājiem un sistēmisko uzlabojumu izstrādē. Aicina kopīgi strādāt un sniegt priekšlikumus par veicamajiem pasākumiem nozares pilnveidošanai.

Informē, ka nākamajā gadā notiks pāreja uz DRG apmaksas modeli, kas kritērijos ietvers arī kvalitātes prasības.

4. Jaundzimušo patronāža – ģimenes ārstu viedoklis un priekšlikumi

(Ē.Miķītis, P.Princis, L.Kozlovska)

Ē.Miķītis, uzsākot diskusiju, iepazīstina ar situāciju, atsaucas uz iepriekšējā Padomes sēdē izteikto viedokli, ka jāsiglabā esošā jaundzimušo patronāžas kārtība. Pēc Nacionālā veselības dienesta datiem 2013.gadā pirmā vizīte mājās veikta 92,5% jaundzimušo, bet ģimenes ārsta vizīte veikta mājās mazāk kā pusei jaundzimušo. Saistībā ar grozījumiem Ministru kabineta noteikumos par veselības aprūpes finansēšanu (17.12.2013. MK not.Nr. 1529) ir saņemts ģimenes ārstu priekšlikums noteikt, ka jaundzimušā apskati var veikt mājās vai prakses vietā, tas ir, ģimenes ārstam nebūtu obligāti jaundzimušais jāapmeklē mājās vizītēs. Lūdz ģimenes ārstu asociāciju pārstāvjus pamatot šo priekšlikumu.

P.Princis, Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas prezidents, paskaidro, ka ģimenes ārsti uzskata, ka pirmkārt noteikumu prasībām jābūt izpildāmām (piemēram, noteikt jaundzimušā svaru mējas vizītē ir samērā sarežģīti). Atsaucas uz citu valstu praksi, kur jaundzimušo apskate pieļaujama gan mājās, gan prakses vietā.

Ģimenes ārstiem ir arī citi priekšlikumi attiecībā uz grozījumiem noteikumos, tai skaitā par medikalizāciju, apskates aprakstu pa sistēmām, kas palielina medicīniskās dokumentācijas apjomu u.c. Ārsts izvērtē jaundzimušo vācot anamnēzi un izmeklējot atbilstoši konkrētajai situācijai.

L.Kozlovskā, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas prezidente, norāda, ka noteikumos (17.12.2013. MK not.Nr. 1529) ir definēta pieaugušo profilaktiskā apskate, kurā ir ietverts visu sistēmu apraksts. Bērnu profilaktiskā apskate šajos noteikumos nav definēta, atsevišķi tas ir definēts Bērnu līdz 5 gadu vecumam veselības izvērtēšanas kartē, taču šīs kartes lietošana nav obligāta.

Piekrīt P.Prinča izteiktajam viedoklim. Jaundzimušā veselības apskati kvalitatīvāk var veikt prakses vietā, taču, ņemot vērā daudzu ģimeņu sociāli ekonomisko stāvokli, mējas vizītes ir nepieciešamas, lai savlaicīgi iesaistītu sociālo dienestu palīdzību. Uzskata, ka pirmā patronāža mājās ir nepieciešama, par otrās vizītes vietu varētu vienoties, ņemot vērā konkrētos apstākļus.

I.Aizsilniece, Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas pārstāve, iesaka paredzēt divas iespējas jaundzimušā apskates vietai – mājās vai ārste prakses vietā, jo lielākoties ārsts savus pacientus pazīst un var izvērtēt, kāda vizīte būtu piemērota konkrētajā situācijā. Pauž bažas par mūsu patronāžu mājās lauku reģionos, jo māsām netiek nodrošināts transports un netiek segti transporta izdevumi.

D.Gardovska, norāda, ka jaundzimušo patronāžas jautājumā nav vienprātības pašu ģimenes ārstu starpā. Lai Padome lemtu par šo jautājumu, vispirms speciālistiem (ģimenes ārstiem, pediatriem, neonatologiem) jārod kopējs risinājums.

Vērš uzmanību uz bērnu veselību kopumā. Salīdzinoši daudz ir hroniski slimu bērnu, 2.veselības grupas bērnu (būtu nepieciešams izvērtēt kādas diagnozes šajā grupā ietilpst). Ņemot vērā minēto, aicina apsvērt Bērnu veselības programmas izveidi.

Uzskata, ka pašreiz kārtība, kāda ir noteikta profilaktiskajām apskatēm, nav jāmaina. Piekrīt, ka jautājumu par to, kurā vietā tiek veikta apskate, var risināt individuāli, taču uzsver, ka ierakstiem medicīniskajā dokumentācijā jāatbilst veiktajām darbībām (konkrētiem izmeklējumiem, apskatei u.c.), tas ir arī ārstu profesionālās ētikas jautājums.

L.Gaigala, Nacionālā veselības dienesta Ārstniecības pakalpojumu departamenta Ambulatoro pakalpojumu nodaļas vadītāja, skaidro, ka grozījumi noteikumos (17.12.2013. MK not.Nr. 1529) paredz noteikt, ko ietver valsts apmaksāta profilaktiskā apskate, lai tas ir saprotams gan ārstiem, gan pacientiem. Jautājumā par jaundzimušo patronāžu mājās vērš uzmanību, ka atstājot to brīvai interpretācijai, var rasties neskaidrības, kā tas tiks saskaņots ar jauno māmiņu un

vai viņai nebūs pašai jā rūpējas par bērna aizvešanu uz ārsta prakses vietu. Noteikumos šī kārtība ir jānodēfinē skaidri.

Sniedz informāciju par māsu darba apmaksas kārtību reģionos. Transporta apmaksā māsa par nokļūšanu pie pacientiem vizītēs ir prakses uzdevums. Par minēto jautājumu izraisās diskusija (I.Aizsilniece, P.Princis, L.Gaigala), kurā ģimenes ārsti norāda, ka šie izdevumi nesedz reālās izmaksas. Nacionālais veselības dienests pagaidām nevar atļauties palielināt tarifu, jo tam nav papildus līdzekļu.

D.Antone, Latvijas Māsu asociācijas Bērnu aprūpes māsu apvienības valdes locekle, akcentē bērnu māsu lomā primārajā aprūpē, īpaši sociālo apstākļu un sanitāri higiēnisko apstākļu izvērtēšanā. Svarīga ir māsu medicīniskā dokumentācija primārajā aprūpē.

K.Embure – Zapoļska, Latvijas Vecmāšu asociācijas prezidente, vērš uzmanību, ka iesaistot vecmāti primārajā aprūpē, vecmāte varētu veikt gan jaundzimušā, gan sievietes apskati, kā arī konsultēt par krūts barošanu.

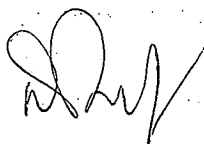
Kopsavilkums

1. Padomē vienojas pagaidām neveikt grozījumus noteikumos Nr.1529 attiecībā uz profilaktiskajām apskatēm bērniem. Speciālistiem (ģimenes ārstiem, pediatriem, neonatologiem, bērnu māsām un vecmātēm) profesores Gropes vadībā trīs mēnešu laikā (līdz nākamajai Padomes sēdei) vienoties par kopēju skatījumu jaundzimušo patronāžu jautājumā.
2. Padomes nākamajā sēdē tiks turpināta jaundzimušo patronāžu jautājuma izskatīšana un uzsākts darbs pie dzemdību un neonatālās aprūpes standartiem (informācija tiks izsūtīta elektroniski, tai skaitā Nacionālajam veselības dienestam, Veselības inspekcijai).
3. Padomē pārstāvētās biedrības tiek aicinātas aktualizēt savus deleģētos pārstāvjus, kā arī sniegt priekšlikumus nākamā gada Padomes sēžu tēmām (atbildīgais par informācijas apkopošanu I.Arzova).
4. Nākamā sēde 2015.gada 11.martā plkst.15.00.

Pielikumā:

1. D.Rezebergas prezentācija „Mātes mirstības konfidenciālā analīze – pirmā gada pieredze” uz 35 lapām;
2. M.Jansones prezentācija „Perinatālās mirstības konfidenciālā analīze – pirmie soļi” uz 22 lapām.

Sēdes vadītāja



D.Rezeberga

Sēdes protokolētāja



I.Arzova