

## Mātes un bērna veselības konsultatīvās padomes sēdes protokols

Rīgā

2012.gada 29.augustā

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

- |                  |  |
|------------------|--|
| Dace Rezeberga   | - Veselības ministrijas galvenais speciālists ginekoloģijā un dzemdniecībā   |
| Dace Gardovska   | - Veselības ministrijas galvenais speciālists pediatrijā, valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Bērnu slimību klīnikas vadītāja |
| Enoks Bīķis      | - Latvijas Pediatru asociācijas prezidents   |
| Inese Bļodniece  | - Latvijas Neonatologu biedrības priekšsēdētāja  |
| Renāte Frišfelde | - „Krīzes grūtniecības centrs” pārstāve  |
| Inta Gaide       | - Latvijas Neatliekamās medicīniskās palīdzības un katastrofu medicīnas asociācijas pārstāve   |
| Maira Jansone    | - valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” Perinatālās aprūpes centra vadītāja  |
| Jevgēnijs Kalējs | - Latvijas Slimnīcu biedrības priekšsēdētājs   |
| Rita Lugovska    | - Latvijas Medicīniskās Ģenētikas asociācijas priekšsēdētāja   |
| Lelde Poprocka   | - Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas valdes locekle  |
| Sandija Salaka   | - Vecāku apvienības „Māmiņu klubs” vadītāja  |
| Silvija Šimfa    | - Latvijas Pašvaldību savienības padomniece sociālajos un veselības jautājumos   |
| Annele Tetere    | - Resursu centrs sievietēm „Marta” dzimumu līdztiesības politikas koordinatore   |
| Līga Vasara      | - Latvijas Mājdzemdību ģimeņu apvienības valdes priekšsēdētāja   |
| Gunta Tīcmane    | - Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas valdes locekle  |
| Dace Matule      | - Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācijas “Papardes zieds” prezidente, Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas prezidente             |
| Diāna Antona     | - Latvijas Māsu asociācijas Bērnu aprūpes māsu apvienības valdes locekle   |

**Nepiedalās Padomes****locekļi:**

- Kristīne Embure - Latvijas Vecmāšu asociācijas prezidente  
 Zapoļska  
 Līga Kozlovska - Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas prezidente  
 Iveta Kelle - Latvijas Ģimenes plānošanas un seksuālās veselības asociācijas "Pāpārdes zieds" – valdes priekšsēdētāja  
 Dita Raiska - Latvijas Māsu asociācijas Bērnu aprūpes māsu apvienības vadītāja  
 Līga Rudzīte - Latvijas Jaunatnes padomes valdes locekle

**Piedalās:**

- Inga Šmate - Slimību profilakses un kontroles centra direktore  
 Līga Gaigala - Nacionālais veselības dienests, Ambulatoro pakalpojumu nodaļas vadītāja  
 Antra Fogle - Nacionālais veselības dienests, Zāļu ārstnieciskās novērtēšanas nodaļas vadītāja  
 Egils Harasimjuks - Veselības inspekcijas vadītājs  
 Ieva Grīnfelde - VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Medicīniskās ģenētikas klīnikas ārste-ģenētiķe  
 Sarmīte Veide - Latvijas Ģimenes ārstu asociācija  
 Biruta Kleina - Veselības ministrija, Veselības aprūpes departamenta direktora vietniece  
 Antra Valdmane - Veselības ministrija, Ārstniecības kvalitātes nodaļas vadītāja  
 Diāna Arāja - Veselības ministrija, Farmācijas nodaļas vadītāja  
 Marika Petroviča - Veselības ministrija, Primārās veselības aprūpes nodaļas vadītāja  
 Inga Birzniece - Veselības ministrija, Starpnozaru sadarbības nodaļas vadītāja  
 Evija Klepermane - Veselības ministrija, Starpnozaru sadarbības nodaļas vecākā referente

**Darba kārtība:**

1. Mātes mirstības konfidenciālās ziņošanas sistēma (D.Rezeberga, Veselības ministrijas galvenais speciālists ginekoloģijā un dzemdniecībā).
2. Prenatālās diagnostikas attīstība Latvijā (D.Rezeberga, Veselības ministrijas galvenais speciālists ginekoloģijā un dzemdniecībā).
3. Bērnu veselības aprūpes problēmas ģimenes ārstu praksēs, tai skaitā zīdaiņu mirstība, un priekšlikumi problēmas risinājumam (Latvijas Ģimenes ārstu asociācija, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācija).
4. Zāļu kompensācija grūtniecēm, sievietēm pēcdzemdību periodā un bērniem (Nacionālais veselības dienests).
5. Viedokļi situācijas uzlabošanai, kopsavilkums.

**D.Rezeberga**, Veselības ministrijas galvenais speciālists ginekoloģijā un dzemdniecībā un Padomes priekšsēdētāja uzrunājot klātesošos Padomes dalībniekus norāda, ka Padomes sastāvā ir notikušas izmaiņas un aicina Padomē deleģētos nevalstisko organizāciju pārstāvjus iepazīstināt ar sevi. Vērš uzmanību, ka 2012.gads ir pasludināts par Mātes un bērna veselības gadu un līdz ar to ir uzsākta vairāku aktivitāšu īstenošana.

### I. Mātes mirstības konfidencialās ziņošanas sistēma (D.Rezeberga, M.Jansone, J.Kalējs, D.Gardovska)

**D.Rezeberga**, Veselības ministrijas galvenais speciālists ginekoloģijā un dzemdniecībā, sniedz informāciju par mātes mirstības konfidencialās analīzes definīciju, šādas analīzes nepieciešamību un Veselības ministrijas darba grupas mātes mirstības konfidencialā audita sistēmas izveidošanai uzdevumiem un priekšlikumiem.

Atbilstoši definīcijai, Mātes mirstības konfidencialā analīze ir sistemātiska multidisciplināra visu vai atsevišķi noteiktu mātes nāves gadījumu anonīma izmeklēšana, kas identificē skaitu, cēloņus, ar to saistītos novēršamos un labojamos faktorus.

Prezentē Mātes mirstības konfidencialās analīzes procesa shēmu. Mātes mirstība attiecas uz jebkuru sievietes mirstību, kurai ir bijusi grūtniecība, ieskaitot 42 dienas pēc grūtniecības izbeigšanās. Par mātes mirstības gadījumu var ziņot jebkurš, kuram tas ir kļuvis zināms – ārstniecības persona, ārstniecības iestāde, sociālais darbinieks, policija, tiesu medicīnas eksperts u.c. Par faktu ziņo Ekspertu komitejas atbildīgajai personai, kas būs vienīgā persona, kurai būs zināmi visi dati saistībā ar konkrēto gadījumu. Par mātes mirstības gadījumu ziņo trīs dienu laikā un 10 dienu laikā aizpilda gadījumā iesaistīto personu aptaujas anketas, kas sastāv no vairākām daļām. Šīs anketas izvērtē Ekspertu komiteja, kuras sēdes notiek reizi ceturksnī. Ekspertu komitejas locekļi par darbu komitejā atalgojumu nesaņem. Finansiālas izmaksas par pasta pakalpojumiem, telefonu, ceļa izdevumiem tiks segtas no Veselības ministrijas līdzekļiem. Vienreiz gadā Ekspertu komiteja sniegs pārskatu/rekomendācijas profesionāļiem un politikas veidotājiem, reizi piecos gados sagatavos ziņojumu sabiedrībai par situāciju kopumā.

Ekspertu komiteja ir konsultatīva un koordinējoša institūcija, kuras mērķis ir izpētīt mātes nāves cēloni un sniegt rekomendācijas ārstniecības iestādes, ārstniecības personu profesionālajām asociācijām un veselības politikas veidotājiem, lai novērstu konstatēto kļūdu un neatbilstību atkārtošanos.

Pārstāvjus darbam Ekspertu komitejā deleģē ārstniecības personu profesionālās asociācijas. Ekspertu komitejā ietilpst: divi ginekologi dzemdību speciālisti, divas vecmātes, anesteziologs, neatliekamās medicīniskās palīdzības ārsts, patologs un neonatologs. Ja nepieciešams gadījuma izpētei tiks piesaistīti citi speciālisti.

Pašlaik tiek gatavots Mātes mirstības konfidencialās analīzes ekspertu komitejas nolikums un pēc šī nolikuma apstiprināšanas, asociācijām tiks lūgts deleģēt pārstāvjus.

Aptaujas anketa sastāv no trīs daļām (A, B un C) un anketā ietvertie jautājumi sniedz atbildes par gadījuma apstākļiem. Anketai pievieno medicīniskās dokumentācijas kopijas – anonīmas, tas ir kopijā jāaizkrāso viss, kas var identificēt personas datus vai ārstniecības iestādi.

Darba grupas priekšlikumi:

- izvērtēt iespēju veikt grozījumus normatīvajos aktos, definējot konfidenciālās analīzes sistēmu un nosakot, ka ārstniecības iestādei ir pienākums sadarboties ar konfidenciālās analīzes Ekspertu komiteju (grozījumi Ārstniecības likumā);
- līdz šo grozījumu veikšanai, izvērtēt iespēju uzsākt mātes mirstības konfidenciālo analīzi kā pilotpētījumu, saņemot par to ētikas komitejas atzinumu, lai izvērtētu labāko anketu aizpildīšanas veidu;
- ārstniecības personu profesionālajām asociācijām nepieciešams izstrādāt vai aktualizēt saistītās vadlīnijas.

Atkārtoti uzsver, ka analīze notiek konfidenciāli, neidentificējot pacientu, slimnīcu vai aprūpes sniedzēju. Analīzes uzdevums ir nevis atrast vainīgo vai kādu sodīt, bet tā ir vērsta uz nepilnību meklējumiem iestādē, sistēmā un to novēršanu.

Nepieciešams par mātes mirstības konfidenciālo analīzi un tās būtību informēt ārstniecības personas un profesionālās asociācijas, lai veicinātu izpratni par auditu nozīmi situācijas uzlabošanā. Aicina arī klātesošos informēt profesionāļus un sabiedrību par konfidenciālās analīzes sistēmu.

Nākamais solis ir bērnu perinatālās mirstības konfidenciālās analīzes sistēmas izveide.

M.Jansone, valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” Perinatālās aprūpes centra vadītāja, piekrīt D.Rezebergai un papildina, ka grūti nodrošināt pilnīgu konfidencialitāti, tādēļ tikai Ekspertu komitejas vadītājam būs zināmas gadījumā iesaistītās personas. Svarīgi arī veikt aptauju pēc iespējas ātrāk pēc mirstības gadījuma.

J.Kalējs, Latvijas Slimnīcu biedrības priekšsēdētājs, vēlas precizēt, kādas ir Ekspertu komitejas pilnvaras un pauž bažas vai tās ieteikumi tiks ņemti vērā.

D.Rezeberga – norāda, ka Ekspertu komiteja informē politikas veidotājus.

D.Gardovska, Veselības ministrijas galvenais speciālists pediatrijā, uzsver, ka šādas analīzes galvenais uzdevums ir pamanīt sistēmiskas kļūdas, risinot problēmu pamanīt cēloņsakarību, pēctecības trūkumu, kas līdzīgi mozaīkai veido apstākļu sakritību, kā rezultātā ir iestājusies bērna vai mātes nāve. Atbalsta šādas sistēmas izveidi, jāizvērtē ne tikai ārstniecības personu atbildības joma, bet arī citu resoru atbildība. Tālāk šādu konfidenciālās analīzes sistēmu būtu nepieciešams attīstīt arī perinatālai un bērnu mirstībai.

Vērš uzmanību, ka ārstniecības personas būtu kaut kādā veidā jāveicina piedalīties un atbalstīt konfidenciālo analīzi.

Sēdes laikā notiek diskusija par ziņošanas kārtību par mātes mirstības gadījumu, anketu aizpildes kārtību.

## 2. Prenatālās diagnostikas attīstība Latvijā (D.Rezeberga, R.Lugovska, I.Grīnfelde, D.Gardovska, M.Jansone)

**D.Rezeberga**, Veselības ministrijas galvenais speciālists ginekoloģijā un dzemdniecībā, sniedz informāciju par prenatālo skrīningu. Norāda, ka par šo jautājumu Padomes sēdēs runāts jau vairākkārtīgi. Norāda, ka perinatālā mirstība Latvijā uz 1000 dzimušajiem 2010.gadā – 8,2, bet 2011.gadā – 9,3. Neskatoties uz to, ka par to runā un mēģina rast risinājumus. Iepazīstina ar datiem no ROCHE atbalstītā pētījuma par perinatālo mirstību 2010.gadā (galvenie perinatālās nāves cēloņi – neiznēsātība, placentas atslāņošanās, nabas sāites apvīšanās, intrauterīna infekcija, iedzimtas anomālijas u.c.). Vērš klātesošo uzmanību uz nelielo procentu saistībā ar augļa augšanas atpalicību (retardācija 1,3%) salīdzinājumā ar citām valstīm. Norāda, kā iespējamu iemeslu, ka šī problēma netiek uzskaitīta un diagnosticēta pareizi. Galvenie secinājumi, kas radušies no iepriekš minētā pētījuma ir: nepietiekama medicīniskās dokumentācijas aizpildes kvalitāte un pēctecības trūkums, pakalpojuma pieejamība sociāli maznodrošinātiem un ārpus pilsētām. Nepieciešama audita sistēma. Nav definētas prasības II un III līmeņa dzemdību palīdzības un perinatālās aprūpes iestādēm, līdz ar to nav standarta, sistēmiska redzējuma par dzemdētāju un jaundzimušo aprūpi atbilstoša līmeņa iestādē, atbilstoši to veselības stāvoklim. Prenatālo anomāliju diagnostika ir vāja, tai skaitā augļa augšanas aiztures diagnostika. Nepieciešamas Patoloģijas dienesta stiprināšana. Problēma ir arī nepieciešamie cilvēkresursi.

Informē par izmaiņām Ministru kabineta 2006.gada 25.jūlija noteikumos Nr.611 „Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība” (turpmāk – Noteikumi Nr.611) saistībā ar skrīningiem. No 2012.gada 1.septembra stājas spēkā B grupas beta hemolītiskā streptokoka skrīnings visām grūtniecēm, izmaiņas apmaksas nosacījumos par grūtnieces aprūpi un ultrasonogrāfijas izmeklējumiem un prasības (noteiktas tēmas) apmācībai par jaundzimušo aprūpi.

No 2012.gada 1. janvāra stāties spēkā izmaiņas I trimestra iedzimto anomāliju skrīningam, paredzot to veikt visām grūtniecēm ne tikai riska grupai kā līdz šim. Kombinētais pirmā trimestra skrīnings visām grūtniecēm ietver seruma marķierus, ultrasonogrāfiju 11.-13.un 6dienas grūtniecības nedēļā un risku izvērtēšanu pēc šo datu iegūšanas. Kā arī tiek ieviests gestācijas diabēta skrīnings riska grupai.

Norāda, ka šobrīd iedzimto anomāliju skrīnings ir ļoti centralizēts. Pacientu plūsma, kuriem konstatēta patoloģija, nonāk Valsts Ģenētikas centrā. Pakalpojumi tiks decentralizēti, jo, ņemot vērā, ka pirmā trimestra kombinētais skrīnings tiks veikts visām grūtniecēm, tas ir jātuvina pacientiem.

Ultrasonogrāfijas speciālistam, kurš veiks pirmā trimestra skrīningu, un aparatūrai tiks noteiktas prasības kompetencei un atbilstībai. Laboratorijām, kuras izskaitļos risku, ņemot vērā noteiktos rādītājus, arī jāatbilst noteiktām prasībām.

Norāda, ja pēc pirmā trimestra kombinētā skrīninga rezultātiem ir augsts risks (1:50 un lielāks) pacientei uzreiz izvērtē veikt invazīvo diagnostiku – horija biopsiju vai diagnostisko amniocentēzi. Šos pakalpojumus varētu nodrošināt Perinatālās aprūpes centros, izvērtējot iestādes, speciālistu un aprīkojuma atbilstību

pēc noteiktiem kritērijiem. Pacientēm, kurām pirmā trimestra skrīnings nav iespējams paliek līdzšinējā kārtībā.

Visām grūtniecēm 20.-21.un 6dienas grūtniecības nedēļā veic ultrasonogrāfiju.

Riska grupai 20.-23.grūtniecības nedēļa veic ehokardiogrāfiju auglim.

Ja ir apstiprināta iedzimta anomālija, tad pacientu nosūta uz BKUS Valsts Ģenētikas centru uz ģenētiķa konsultāciju un multidisciplināri konsiliji lemj par tālāko taktiku.

Grūtniecības sarežģījumu gadījumos, kad jāpārtrauc grūtniecība pēc 12.grūtniecības nedēļas, to veic Perinatālās aprūpes centros, nosūtot augli patoloģiskai izmeklēšanai Valsts Ģenētikas centrā.

Valsts Ģenētikas centrs koordinē prenatālās diagnostikas dienestu, konsultē neskaidros gadījumos, nodrošina ģenētiķa konsultācijas, izstrādā vadlīnijas, informatīvus materiālus grūtniecēm un veic kvalitātes auditu.

Latvijā ir pieci Perinatālās aprūpes centri, kas, nodrošinot noteikto kritēriju atbilstību, varētu nodarboties ar prenatālo diagnostiku, grūtniecības pārtraukšanu augļa anomālijas gadījumos, kā arī veikt citas invazīvas procedūras, piemēram, intrauterīno hemotransfūziju. Grūtniecības patoloģiju diagnostika jāskatās plašāk nākotnē, piemēram, šādi centri nodarbojas ar dzemdes kakla nepietiekamību, preeklampsijas risku izvērtēšanu u.c.

Uzver, ka aktuāls jautājums, kā arī pierāda pētījums, ir pakalpojuma pieejamības nodrošināšana, tādēļ jāstiprina vecmāšu un ģimenes ārstu loma grūtnieču aprūpē. Nepieciešams ir dzemdību palīdzības iestāžu audits. Šobrīd jau notiek elektroniska aptauja par aprīkojuma esamību. Tikai plānveidīga attīstība varētu uzlabot perinatālo aprūpi.

R.Lugovska, Latvijas Medicīniskās Ģenētikas asociācijas priekšsēdētāja, precizē, ka Valsts Ģenētikas centrs neeksistē kopš 2005.gada tā vietā ir Medicīniskās Ģenētikas klīnika Bērnu klīniskā universitātes slimnīcā. Jautā, kurš nodrošinās medicīniski ģenētisko konsultāciju Perinatālās aprūpes centros.

D.Rezeberga norāda, ka pirms invazīvajām diagnostikas metodēm tā nav nepieciešama, tā būs nepieciešama tad, kad diagnoze būs apstiprināta. Speciālisti, kas nodarbošies ar invazīvās diagnostikas metodēm būs apmācīti fetālās medicīnas centros.

R.Lugovska uzsver, norādot ārvalstu pieredzi, ka parasti ārsts-ģenētiķis strādā kopā ar ginekologiem.

D.Rezeberga norāda, ka centralizēti nav iespējams nodrošināt visām grūtniecēm pirmā trimestra skrīningu.

R.Lugovska norāda, ka jautājums ir par medicīniski – ģenētisko konsultāciju.

D.Rezeberga aicina Medicīniskās Ģenētikas klīniku veikt apmācību ārstiem, kas ar to nodarbošies.

R.Lugovska norāda, ka šajā gadījumā ginekologiem pašiem arī jānodrošina savu speciālistu apmācība.

Sēdes laikā notiek diskusija par Medicīniskās Ģenētikas klīniku iesaisti speciālistu apmācībā, ārsta – ģenētiķa konsultācijas pieejamību, izmeklējumiem, savstarpējo sadarbību starp speciālistiem.

D.Gardovska piedāvā izvērtēt ārstu-ģenētiķu skaita palielināšanas nepieciešamību, lai tiktu nodrošināta ārsta – ģenētiķa pieejamība Perinatālās aprūpes centros.

I.Grīnfelde vērš uzmanību uz risku, ka sadalot invazīvo izmeklēšanu uz piecām vietām, speciālists veiks nelielu izmeklējumu skaitu invazīvās diagnostikas jomā, un būs grūti uzturēt augstu kvalifikāciju.

D.Rezeberga uzsver, ka šis jautājums ir aktuāls vairāku gadu garumā un tas ir jārisina savstarpēji sadarbojoties, bet līdzšinējā kārtība ir jāmaina.

### 3. Bērnu veselības aprūpes problēmas ģimenes ārstu praksēs, tai skaitā zīdaiņu mirstība, un priekšlikumi problēmas risinājumam

(L.Poprocka, S.Salaka, G.Ticmane, M.Jansone, S.Veide, D.Gardovska, I.Gaide, L.Vašara)

**L.Poprocka**, Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas valdes locekle, kopā ar Lauku Ģimenes ārstu asociāciju sniedz informāciju par ģimenes ārstu skatījumu uz problēmām bērnu veselības aprūpē. Ievadā atsaucas uz iepriekš minēto, ka jāstrādā pacientu labā visiem kopā. Lai uzlabotu zīdaiņu un bērnu aprūpi, grūtniecei jāstājas uzskaitē pie ginekologa būtu jāpārrunā jautājums par ģimenes ārstu gaidāmajam bērnam. Savukārt dzemdību nodaļām būtu jāinformē ģimenes ārsts jaundzimušā izrakstīšanās dienā, mammas klātbūtnē informējot ģimenes ārstu par izrakstīšanos (lai nodrošinātu, ka māte un bērns būs atrodami mātes norādītajā adresē). Atsaucoties uz savu praktisko pieredzi, ārste informē par ģimenes ārstu informēšanas praksi Liepājas reģionālajā slimnīcā.

Norāda, ka ģimenes ārstiem un māsām, ārstu palīgiem nepieciešams nodrošināt regulāras apmācības vecāku izglītošanai par jaundzimušo kopšanu un drošību. Būtiski šādas apmācības nodrošināt ne tikai Rīgā, bet arī reģionos.

Informē, ka ģimenes ārsti izglīto jaunos vecākus par jaundzimušo aprūpi, pareizu ēdināšanu u.c., taču vienlaikus uzver, ka veidlapas – Bērna vecumā no 1nedēļas līdz 5gadiem fiziskās un garīgās attīstības novērtēšanas lapas aizpilde ir pietiekami sarežģīta un darbietilpīga. Pasvītro, ka ģimenes ārsti nav pret šādas kartes izmantošanu praksē (tā jau izmanto brīvprātīgi), tomēr par šīs veidlapas aizpildi, būtu jāpiešķir papildus finansējums.

Runājot par bērnu mirstības mazināšanu, būtiski ir veidot ciešu kontaktu un nodrošināt komunikāciju starp ģimenes ārstu un jaunajiem vecākiem, lai vecāki varētu uzticēties savam ģimenes ārstam un tiktu veicināta savstarpēja sadarbība un vecāku līdzestība.

Saistībā ar Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestu, ģimenes ārsti uzskata, ka viņiem būtu nepieciešams saņemt informāciju par neatliekamās medicīniskās palīdzības dienesta izsaukumiem pie ģimenes ārsta aprūpē esošajiem zīdaiņiem vai to stacionēšanu slimnīcā, lai savlaicīgi apsekotu ģimeni un izvērtētu bērna veselības stāvokli.

S.Salaka, vecāku apvienības „Māmiņu klubs” vadītāja, jautā kādā veidā varētu notikt vecāku izglītošana, ja vizītes pie ārsta ir ļoti īsas (15-20min.).

L.Poprocka piekrīt, ka vizītei paredzētais laiks ir ļoti īss, taču vizītes ilgumu var ieplānot arī garāku, ja tas ir nepieciešams. Kā arī ir iespējams organizēt prakses darba laiku un ieplānot izglītojošus pasākumus jaunajām māmiņām. Tas ir atkarīgs no ģimenes ārsta ieskatiem par jauno vecāku izglītošanu. Ārste dalās pieredzē par jauno māmiņu izglītošanu savā ģimenes ārstu praksē un informatīvajiem materiāliem.

S.Salaka izsaka priekšlikumu, ka būtu noderīgi pamatinformācijas informatīvie materiāli, kas būtu oficiāli, speciālistu apstiprināti, piemēram, par vakcinācijas kalendāru, ēdināšanas tabuliņas u.c.

G.Ticmane, Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas valdes locekle, norāda, ka Veselības ministrija ir izdevusi vairākus informatīvus bukletus, piemēram, par krūts ēdināšanu, bērnu drošību.

Sēdes laikā notiek diskusija par informatīvo bukletu pieejamību ģimenes ārstu praksēs un tajos apskatītajām tēmām un jomām, topošo un jauno vecāku izglītošanas iespējām un kārtību, informatīvo materiālu sarakstu, to sagatavošanu un izdošanu.

M.Jansonē norāda, ka jau stājoties uzskaitē informēt ģimenes ārstu par nepieciešamo aprūpi jaundzimušajam nav lietderīgi, jo vairāk nekā 10% ir spontāni aborti, ārpusdzemdes grūtniecība, grūtniecības neiznēsāšana u.c.

Ja sievietei jau ir ģimenes ārsts un par jaundzimušā ģimenes ārstu ir arī ieraksts Mātes pasē, ka minētais ģimenes ārsts aprūpēs jaundzimušo (šīs prasības ir noteiktas Noteikumos Nr.611), tad dzemdību nodaļai paziņot par ģimenes ārstam par jaundzimušā izrakstīšanos no nodaļas nesagādā problēmas. Atšķirīgi ir gadījumos, kad sievietei nav ģimenes ārsta. Viens no risinājumiem šādos gadījumos ir informēt Sociālo dienestu.

S.Veide, Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas pārstāve, uzsver, ka nozīmīga ir personīga attieksme pret grūtnieci un jau iepriekš vienojas, ka grūtniece pati personīgi paziņos ģimenes ārstam par izrakstīšanos no stacionāru, lai ģimenes ārsts trīs dienu laikā varētu apmeklēt jaundzimušo mājās. Papildus iepriekš minētajam norāda, ka izglītošanas darbā iesaistās arī ģimenes ārsta komanda – māsa un/vai ārsta palīgs. Kā arī norāda, ka Bērna vecumā no 1 nedēļas līdz 5 gadiem fiziskās un garīgās attīstības novērtēšanas lapas aizpildē jāpievērš uzmanība vairākiem faktoriem, kurus ikdienas apskatēs tik sīki nepārrunā un neizvērtē. Tas prasa papildus laiku, telpas un nepieciešamo aprīkojumu, tieši tādēļ nepieciešams papildus finansējums, lai nodrošinātu novērtēšanas lapu aizpildi visās ģimenes ārstu praksēs. Uzsver, ka jāizglīto ne tikai ārstniecības personas, bet arī sabiedrība kopumā.

G.Gardovska jautā ģimenes ārstu viedokli, kā risināt problēmas ar akūti slimiem bērniem, kas nonāk stacionārā nevēršoties pirms tam pie ģimenes ārsta.

L.Poprocka informē par problēmu un tās risinājumu, ņemot vērā savu praktisko pieredzi.

G.Gardovska jautā ģimenes ārstu viedokli par nepieciešamību strādāt primārās aprūpes pediatriem kopējā tīklā ar ģimenes ārstiem primārajā aprūpē.



L.Poprocka norāda, ka ģimenes ārstu savstarpējā sadarbība notiek, kā arī, piemēram, Liepājas poliklīnikā ir pieejama pediatra konsultācija kā pie tiešās pieejamības speciālista.

D.Rezeberga norāda, ka nākamajā reizē par šo jautājumu sarunu varētu turpināt Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests, sagatavojot informāciju, kāds varētu būt mehānisms ģimenes ārstu informēšanai par izsaukumiem pie bērniem.

I.Gaide, Latvijas Neatliekamās medicīniskās palīdzības un katastrofu medicīnas asociācijas pārstāve, informē, ka Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestā ir nolikums, ka par visiem bērniem līdz 1.gada vecumam pie kuriem izsaukumā ir bijusi neatliekamās medicīniskās palīdzības brigāde informē bērna ģimenes ārstu un Rīgas reģionālajā centrā tas tiek veikts.

Sēdes laikā notiek diskusija par ziņošanas iespējām, kārtību un aptveri, komunikāciju starp dažādiem ārstniecības līmeņiem.

L.Poprocka norāda, ka Veselības ministrijā š.g. pavasarī tika organizēta sanāksme, kurā diskutēja arī par iepriekš minēto ziņošanas sistēmu ģimenes ārstu informēšanai par neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumiem pie bērniem.

D.Rezeberga aicina Veselības ministrijai noskaidrot par šī jautājuma tālāko virzību.

#### 4. Zāļu kompensācija grūtniecēm, sievietēm pēcdzemdību periodā un bērniem

(A.Fogele, S.Veide, I.Bļodniece, D.Gardovska)

**A.Fogele**, Nacionālais veselības dienesta Zāļu ārstnieciskās novērtēšanas nodaļas vadītāja, prezentē informāciju par izmaiņām zāļu iegādes kompensācijas sistēmā, kas paredz jaunu virzienu – bērni līdz 2 gadu vecumam, grūtnieces un sievietes līdz 42 pēcdzemdību perioda dienām. No š.g. 1.augusta kompensācijas sistēmā grūtniecēm paredzēta iespēja vakcinēties pret gripu ar kompensācijas apmēru 50%. Šajā gadījumā uz īpašās receptes papildus jānorāda diagnozes kods *Z33 Esoša grūtniecība*.

No š.g. 1.septembra kompensācijas apmērs 25% ir paredzēts grūtniecēm un sievietēm līdz 42. pēcdzemdību perioda dienai recepšu medikamentiem, ja nav noteikta diagnoze ar citu kompensācijas apmēru. Šajā gadījumā uz īpašās receptes papildus jānorāda diagnozes kods *Z33 Esoša grūtniecība* vai kods *Z39.2 Parastā pēcdzemdību novērošana*. Bērniem līdz divu gadu vecumam tiek kompensētas recepšu zāles 50% apjomā, ja nav noteikta diagnoze ar citu kompensācijas apmēru. Papildus diagnozes kods nav jānorāda, jo bērna personas kods kalpo kā identifikators, ka pakalpojums tiek sniegts bērnam līdz divu gadu vecumam.

Zāles, kuras varēs izrakstīt bērniem līdz divu gadu vecumam, grūtniecēm un sievietēm līdz 42. pēcdzemdību perioda dienai atbilst noteiktiem kritērijiem:

- iekļautas Latvijas Zāļu reģistrā, reģistrētas Eiropas Zāļu aģentūras centralizētajā zāļu reģistrācijas procedūrā vai paralēli izplatītas/paralēli importētas;
- klasificētas kā recepšu zāles;
- ir deklarēta cena Zāļu valsts aģentūrā.

Pēc šāda principa ir izveidot M-saraksts, kas ir papildus esošajiem zāļu sarakstiem

kompensācijas sistēmā. Saraksts ir pieejams Nacionālā veselības dienesta mājas lapā.

Sēdes laikā notiek diskusija par medikamentu izrakstīšanas kārtību.

### 5. Viedokli situācijas uzlabošanai, kopsavilkums.

**D.Rezeberga** apkopo Padomes sēdē pārrunāto. Padomes locekļi tiek aicināti savā un savas pārstāvošās institūcijas vārdā sagatavot priekšlikumus un divu nedēļu laikā iesniegt Veselības ministrijā (nosūtot elektroniski uz e-pasta adresi: [inese.arzova@vm.gov.lv](mailto:inese.arzova@vm.gov.lv)) savu skatījumu un savas organizācijas iespējamo ieguldījumu Padomes 29.augusta sēdē pārrunāto jautājumu risināšanā.

Lai nodrošinātu efektīvāku grūtnieču informēšanu, nepieciešams apkopot informāciju par izglītojoši informatīvajiem materiāliem (izdoti, sagatavošanā), kādi šobrīd ir pieejami par dažādiem bērnu aprūpes tematiem, un pārrunāt to Padomē.

Uz nākamo Padomes sēdi Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienestam sagatavot informāciju, kāds varētu būt mehānisms ģimenes ārstu informēšanai par izsaukumiem pie bērniem.

Veselības ministrijai sagatavot informāciju par ministrijā jau diskutētā jautājuma par ziņošanas sistēmu ģimenes ārstu informēšanai par neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukumiem pie bērniem tālāko virzību.

### 6. Par Padomes turpmāko darbu

Nākamās Padomes sēdes galvenā tēma – bērnu veselības aprūpe (konkrētas tēmas tiks precizētas un paziņotas).

Nākamā Padomes sēde plānota 2012.gada 14.novembrī plkst.15.00.

Pielikumā:

1. D.Rezebergas prezentācija „Mātes mirstības konfidenciālās ziņošanas sistēma” uz 14 lapām;
2. D.Rezebergas prezentācija „Prenatālās diagnostikas attīstība Latvijā” uz 18 lapām;
3. L.Poprockas prezentācija „Bērnu veselības aprūpes problēmas ģimenes ārstu praksēs, tai skaitā zīdaiņu mirstība, un priekšlikumi problēmas risinājumam” uz 5 lapām;
4. A.Fogeles prezentācija „Zāļu kompensācija grūtniecēm, sievietēm pēcdzemdību periodā un bērniem” uz 8 lapām.

Sēdes vadītāja:

D.Rezeberga

Sēdes protokolētāja

I.Arzova