

**Veselības nozares Galveno speciālistu  
2012.gada 8.marta sēdes  
protokols Nr.2**

**Sēdes sākums:** 12:00

**Sēdes beigas:** 13:30

**Sēde notiek:** Veselības ministrijā, Brīvības ielā 72, 309.telpā

**Sēdē piedalās:**

***Galvenie speciālisti:***

J.Gardovskis, I.Logina, A.Stirna, A.Vētra, L.Kozlovska, P.Studers, A.Lejnieks,  
D.Gardovska, J.Eglītis, J.Buģins,

***Veselības ministrijas pārstāvji:***

Veselības ministre	I.Circene
Veselības aprūpes departamenta direktors	E.Miķītis
Sabiedrības veselības departamenta direktore	I.Šmate
Veselības aprūpes departamenta Ārstniecības kvalitātes nodaļas vadītāja	A.Valdmane
Veselības ministres ārstata padomnieks ārstniecības jautājumos	G.Bahs

**Protokolē:** A.Segliņa

**Darba kārtībā:**

1. Galveno speciālistu iesniegto priekšlikumu apkopojums saistībā ar nepieciešamajiem grozījumiem darba nespējas lapu (turpmāk – DNL) izsniegšanas kārtībā (prezentē Veselības aprūpes departamenta direktors E.Miķītis).
2. Diskusijas.

**Sēdi vada I.Circene**

I.Circene pateicas Galvenajiem speciālistiem (turpmāk – GS) par iesūtītajiem konstruktīvajiem priekšlikumiem, kas ir apkopoti kā gatavs materiāls diskusijai, lai konceptuāli vienotos par nepieciešamajām izmaiņām DNL izsniegšanas kārtībā. Minēto GS iesniegto priekšlikumu apkopojumu prezentē Veselības aprūpes departamenta direktors E.Miķītis (prezentāciju skat. pielikumā). Sanāksmes dalībnieki vienojas, ka par katru prezentācijā minēto priekšlikumu diskutēs uzreiz.

Prezentācijas gaitā izteiktie viedokļi:

1. *Attiecīgais speciālists izraksta vai iesaka ģimenes ārstam konkrētajam pacientam piemērotāko ārstēšanas tehnoloģiju un paredzamo ārstēšanas ilgumu.* (komentārus skat pie 3.,4.,5. viedokļa)

2. *Nepieciešams noteikt īsāku periodu līdz Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas konsultācijai (VDEĀK).*

Pašlaik periods pacienta nosūtīšanai uz Veselības un darbaspēju ekspertīzes ārstu valsts komisijas konsultāciju (VDEĀK) ir 26 nedēļas. Tiem pacientiem par kuriem jau ir zināms, ka būs invaliditāte (piem. traumas rezultātā zaudēts loceklis), šis periods nebūtu vajadzīgs. Savukārt, ja nav plānota invaliditāte, uz VDEAK nevajadzētu sūtīt ātrāk. To darīt tikai tad, kad tas ir vajadzīgs, bet ir problēma – slimniekam rodas iespēja saņemt gan slimības pabalstu gan invaliditātes pensiju. Šis jautājums jārisina sadarbībā ar Labklājības ministriju.

Normatīvajos aktos būtu jānosaka, ka tās diagnozes dēļ, kuras dēļ pacientam piešķirta invaliditāte, viņš nevar saņemt DNL un slimības pabalstu (citas saslimšanas gadījumā, piemēram, pneimonijas, var).

Tā kā invalīda apliecībā nav informācijas par diagnozi, kuras dēļ pacientam piešķirta invaliditāte, šobrīd tas būtu sarežģīti.

Invalīda apliecībai varētu tikt izveidots pielikums, kurā būtu mediķiem nepieciešamā informācija. Īpaši svarīgi tas būtu, līdz tikts ieviesta e-veselība.

A.Vētra – tas varētu attiekties arī uz tehniskajiem palīgīdzekļiem.

A.Lejnieks- šai informācijai vajadzētu būt arī pieejamai datu bāzē.

L.Kozlovska - informācijai par diagnozēm invalīda apliecības pielikumā jābūt šifrētai, lai diagnozes nevarētu saprast jebkurš.

3. *Ģimenes ārstam jāorganizē ārstu konsultatīvā komisija (AKK), ja:*

1) *pacients pēc plānotā ārstēšanās laika nav atguvis darba spējas;*

2) *pacientam, kuram DNL uzsāk ģimenes ārsts, 4 nedēļu laikā nav atjaunojušās darba spējas.*

*Ārstu konsultatīvā komisija (AKK):*

1) *pārskata diagnozi un ārstēšanas tehnoloģiju;*

2) *izanalizē precīzu darba spējas atgūšanas programmu;*

3) *ja uzskata, ka pacients darba spējas neatgūs, pacientu nosūta uz VDEĀVK, lai lemtu par viņa darbaspējām vai profesijas maiņu.*

4. *DNL ilgums jānosaka ārstējošajam ārstam (psihiatram) atbilstoši slimības (paasinājuma) gaitai, pievienojot atbilstošu kontroles mehānismu*  
*Kontroles mehānisms - ārstu konsilijs vai otrs ārsts (psihiatrs)*

5. *Jāveic grozījumi MK 03.04.2001. noteikumu Nr.152 „Darbnespējas lapu izsniegšanas kārtība” VI daļas 21.1 punktā, nosakot, ka ārstējošajam ārstam vai ārsta palīgam ir pienākums nosūtīt darbnespējīgo personu pie cita ārsta, ja DN ilgst līdz 30 dienām (noteikto 45 dienu vietā)*

*Psihiatrijas pacientiem šajā pašā punktā izteikto „[...]nosūtīt darbnespējīgo personu pie cita ārsta” vēlams mainīt uz „psihiatra”*

GS atbalsta viedokli, ka ja darba nespējas lapa turpinās ilgāk par 30 dienām, būtu piesaistāms vēl kāds ārsts. Ārstu komisija ir dārgi, tādēļ ieteicamāks būtu speciālista slēdziens. Tā kā pie speciālistiem ir rindas, varbūt noteikt, ka šajā gadījumā pieeja pie speciālista ir prioritāra.

Speciālistam būtu nevis vienkārši jāpagarina darba nespēja, bet gan jādefinē prognozi, jānorāda precīzs slēdziens un izmeklējumu plāns, ņemot vērā, ka ārstēšanas ilgums un darba nespēja ir dažādas lietas - turpināt ārstēties var, arī ja darba nespēja ir beigusies un pacients ir atgriezies darbā.

L.Kozlovska norāda, ka nereti ir tā, ka ģimenes ārsts nosūta pacientu uz konsultāciju pie speciālista, bet tas savā slēdzienā ieraksta tikai ārstēšanas plānu – nav ne ekspertīzes, ne darba nespējas plāna. Šo problēmu varētu risināt, izveidojot formu, kas speciālistam jāaizpilda.

G.Bahs vērš uzmanību, ka kopumā mūsu mērķis ir mazināt rindas pie speciālistiem, bet minētais priekšlikums par obligātu speciālista iesaistīšanos darba nespējas 30.dienā izraisīs rindas pagarināšanos.

Jāsakārto pieejamība pie ārsta. Otra speciālista iesaistīšanos pēc 30. darba nespējas dienas varētu risināt elastīgāk, nosakot, ka tas var būt arī cits ģimenes ārsts, otrs kopprakses dalībnieks utml. Jānosaka kritēriji - kad, kam un kur jāiet - tad rindas pie speciālista būtiski mazinātos. Taču gadījumos, ja slimība ilgst vairāk par 1 mēnesi, tas ir nopietni un speciālistu piesaistīt tomēr vajadzētu. Tas saistīts arī ar pārāk lielas atbildības noteikšanu vienam cilvēkam (ģimenes ārstam).

Ja slimnīcā var sasaukt konsīliju, arī ģimenes ārsti varētu vairāk sadarboties un konsultēties viens ar otru. Ģimenes ārstam pašam būtu jāatrod nepieciešamos 3 cilvēkus konsīlijam. Tie var būt arī ģimenes ārsti, jo arī viņi ir savas nozares speciālisti (Parasti gan ģimenes ārsti konsultējas ar speciālistiem par pacienta konkrēto saslimšanas gadījumu, nevis viens ar otru, taču šajā gadījumā runa nav par konsultāciju.) Vienlaikus tas arī mazinātu iespēju, ka darba nespējas lapa tiek izdota tam neparedzētiem mērķiem, piemēram ceļojumam.

**GS vienojas, ka darba nespējas 30. dienā jābūt vai nu ārstu konsīlijam (3cilvēku sastāvā) vai arī speciālista slēdzienam + speciālista rekomendācijām + prognozējamajam darba nespējas ilgumam.**

*6. Nav atbalstāma DN ilguma sasaiste ar konkrētām diagnožu grupām slima bērna kopšanas gadījumā.*

E.Miķītis informē, ka ir izveidota darba grupā, kurā piedalās VM un LM un to pakļautības iestāžu pārstāvji, kas arī diskutē par DNL ilgumu. Attiecībā uz darba nespēju bērna kopšanai pašlaik nevajag neko mainīt. Taču jautājums par darba nespējas pagarināšanu virs 14 dienām slimnieka kopšanai ir LM kompetencē.

*7. Pieņemot lēmumus, kas voluntāri maina sistēmu, jāveic :*

*- situācijas izpēte;*

*- statistikas datu analīze;*

*- seku izvērtējums attiecībā uz sabiedrības veselību un ekonomiku kopumā*

Sanāksmes dalībnieki pilnībā piekrīt šim viedoklim, jo pašreiz tiek runāts bez situācijas izpētes. I.Circene informē, ka jaunveidojamais Slimību kontroles centrs tieši ar to nodarbosies, viņu pārziņā būs visi reģistri, kas pašlaik ir izvietoti dažādās iestādēs.

*8. Jau sākotnēji, pacientam izsniedzot DNL, medicīniskajos dokumentos ierakstīt plānoto orientējošo ārstēšanas ilgumu ar klīnisko pamatojumu*

Nacionālajam veselības dienestam vajadzētu iestrādāt jau līgumā ar speciālistiem jautājumu par DNL izsniegšanu, uzsverot, ka ārstēšanas ilgums un darba nespējas ilgums ir dažādas lietas.

*9. Nepieļaut, ka viens speciālists izraksta DNL vairākus mēnešus.*

*10. Grūti noteikt DNL ilgumu atbilstoši diagnozēm.*

*11. DNL izsniegšanas ilgumu samazināt līdz 120 vai 140 dienām.*

Saīsinot DNL laiku, jānosaka tikai mērķtiecīgi, jēgpilni izmeklējumi, jo pašlaik DEAK prasa ļoti daudz izmeklējumus, kas sadārdzina.

Problēma ir arī tajā, ka speciālistam dotais pieņemšanas ilgums neļauj visu kvalitatīvi aprakstīt, piemēram, BKUS poliklīnikā paredzēti ir 3 pacienti stundā. Iespējamais risinājums – rakstīt, pēc iespējas izmantojot saīsinājumus, kā arī izveidojot speciālu aili veidlapā darba nespējas prognozes norādīšanai.

*12. Nepieciešamas apstiprinātas un visiem pieņemamas aprūpes vadlīnijas, nosūtīšanas kārtība un indikācijas izmeklējumiem un speciālistu konsultācijām.*

GS piekrīt, ka šādas vadlīnijas ir ļoti nepieciešamas. Vadlīnijās jānorāda 1)indikācijas nosūtīšanai pie speciālista 2)izmeklējumus, kurus var veikt tikai ar speciālista atļauju. Ja to ievērotu, rindas samazinātos.

D.Gardovska norāda uz 2 pašreizējām problēmām:1) speciālisti paši negrib vadlīnijas gatavot, parasti tās ir iniciētas no farmācijas industrijas 2)pediatru primārā aprūpe netiek no valsts atbalstīta, tādēļ nereti ir situācijas, kad pacienti tieši vēršas BKUS, nevis pie pediatra. Vajadzētu sakārtot sistēmu, kā strādā speciālisti.

*13. DN noteikšanai ieviest kritērijus:*

- *pacients bīstams apkārtējiem (piem., infekcijas slimības);*
- *slimības izraisīti funkcionēšanas ierobežojumi neļauj pildīt profesijai atbilstošos darba pienākumus;*
- *pacients slimības izraisīto ierobežojumu dēļ nevar nokļūt līdz darbam, vai darba vide vai personiskie faktori neļauj turpināt darbu.*

Jāskatās, vai šeit nevar izmantot starptautisko pieredzi.

*14.Slimību sarakstu sadalīt "īsās" un "garās" diagnozēs:*

- *"īsās" ar DN līdz vienam mēnesim (4 nedēļām)*
- *"garās" ar DN līdz trim mēnešiem (12 nedēļām)*

Šis iedalījums nepieciešams, lai lieki neapgrūtinātu ārstus gadījumos, kad darba nespēja plānota ilgstoši, piemēram, onkoloģisko saslimšanu gadījumos.

*15. Jāievieš DNL pieprasījums - pacienta pašnovērtējums, ko aizpilda pats pacients Noteikt ārstam tiesības, balstoties uz pacienta pašnovērtējumu, un ņemot vērā DN kritērijus, vienam noteikt pārejošu DN.*

Par viedokli, ka jāievieš DNL pieprasījums - pacienta pašnovērtējums, ko aizpilda pats pacients un jānosaka ārstam tiesības, balstoties uz pacienta pašnovērtējumu, un ņemot vērā DN kritērijus, vienam noteikt pārejošu DN, A.Vētra norāda, ka tas ļoti atvieglotu ārsta darbu un samazinātu laika patēriņu. L.Kozlovskā – rehabilitācijas plāns pašlaik paredz pacienta pašnovērtējumu pēc 6 mēnešiem.

*16.DN pārsniedzot noteiktos termiņus (4 vai 12 nedēļas), DNL līdz 6 mēnešiem var pagarināt komisija, vienlaikus apstiprinot arī Rehabilitācijas un ārstēšanas plānu hroniskas DN - invaliditātes novēršanai. izdiskutēts iepriekš)*

17.-19.Runājot par darba nespējas lapu izsniegšanu saskaņā ar speciālista rekomendācijām, katrai specialitātei noderētu vadlīnijas, kurās noteiktu prognozējamus darba nespējas ilgumus pa diagnozēm.

Ilgstošas darba nespējas gadījumā ļoti vērtīga lieta būtu ārstējošā ārsta ziņojums, jeb, kā to agrāk sauca, etapa epikrīze, kas liek ārstam sakoncentrēties un izvērtēt situāciju. GS vienojas, ka to būtu jāaizpilda reizi mēnesī.

**Sanāksmē nolēma,** ka galvenie speciālisti mēneša laikā atsūtīs:

- 1) priekšlikumus, kādas varētu būt indikācijas, ar kādām nosūta uz konsultāciju pie speciālista,
- 2) priekšlikumus izmeklējumiem, kurus nozīmē tikai speciālists,
- 3) viedokli, kāda ir turpmākā taktika pēc 30. dienas, ja darba nespēja turpinās, ņemot vērā t.s. „īsās” un „garās” diagnozes,
- 4) ja ir pieejama informācija, citu valstu pieredze vai vadlīnijas darba nespējas noteikšanai, ko mēs varētu izmantot.

Sanāksme tiek slēgta plkst 13:30

Atbildīgais sekretārs

A.Segliņa

2012.gada 8.martā