

## Darba grupa pamatnostādņu „Cilvēkresursu attīstība veselības aprūpē 2014.-2020.gadam”

### Protokols Nr.12

Rīgā

2014.gada 27.martā

**Sanāksme notiek:** Veselības ministrijā, Brīvības ielā 72

**Sanāksmes sākums:** plkst.13.00

**Sanāksmes beigas:** plkst. 15.00

**Sanāksmi vada:** **D.Mūrmane-Umbraško** – Veselības ministrijas valsts sekretāra vietniece stratēģiskās plānošanas un finanšu jautājumos

#### Sanāksmē piedalās:

Anita Kalēja	VSIA „Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” Ārstniecības departamenta vadītāja
Arta Mackeviča	VSIA „Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” Personāla vadības departamenta direktore
Ina Mežiņa-Mamajeva	LU Medicīnas fakultātes lektora p.i.
Kristīne Golubeva	VSIA „Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” Personāla vadības daļas vadītāja vietniece
Anda Čakša	VSIA „Bērnu klīniskās universitātes slimnīca” valdes priekšsēdētāja
Andis Paeglītis	VSIA „Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca” Zobārstniecības un sejas ķirurģijas centra vadītājs, LZA valdes loceklis
Atis Mārtiņsons	Nacionālā veselības dienesta Ārstniecības pakalpojumu departamenta direktors
Inga Milaševica	Nacionālā veselības dienesta direktora vietniece
Iveta Kalnīte	NMPD Kvalitātes un personāla vadības departamenta vadītāja
Valdis Tīrmanis	SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” Diagnostiskās radioloģijas centra Diagnostiskās radioloģijas nodaļas „Biķernieki” vadītājs
Dace Baltiņa	SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” Izglītības daļas vadītāja
Evita Duļbinska	SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca” Personāllietu vadības daļas vadītāja
Jānis Eglītis	Veselības ministrijas Galvenais speciālists onkoloģijā-ķīmijterapijā
Aivars Lejnīeks	Veselības ministrijas Galvenais speciālists internajā medicīnā

#### Darba kārtība:

1. Prezentācija: Cilvēkresursi onkoloģijā (**J.Eglītis**)
2. Cilvēkresursi internajā medicīnā (**A.Lejnīeks**)

1. **Prezentācija:** Cilvēkresursi onkoloģijā (**J.Eglītis**) – *prezentācijas materiāls pielikumā*

## **Diskusija**

### **A.Čakša**

Lūdz skaidrot, vai onkoloģijas speciālistu attiecība pret populāciju ir uzskatāma par pietiekamu.

### **J.Eglītis**

Skaidro, ka onkoloģijas speciālistu pagaidām pietiek. Lai skaidri aprēķinātu nepieciešamo ārstu skaitu nākotnē būtu jādefinē, kas ārstam jādara slodzes ietvaros.

### **A.Čakša**

Aicina skaidrot, kā varētu tikt risināts onkoloģijas specialitāšu sadrumstalotības jautājums.

### **J.Eglītis**

Skaidro, ka agrāk, kad bija viena onkologu asociācija, situācija bija optimāla. Pašreiz ir mazas asociācijas, ir problēmas ar personālijām un cilvēciskajām ambīcijām.

### **A.Kalēja**

Aicina skaidrot, kāds varētu būt ideālais onkologa specialitātes piedāvājums – pilnās kompetences.

### **J.Eglītis**

Norāda, ka vispilnīgākā kompetence varētu būt ambulatorajam ķīmijterapiem. Tāpat jāvērtē rajona onkologa loma.

### **A.Kalēja**

Lūdz skaidrot, kas atbilst „parastā” onkologa kompetencei.

### **J.Eglītis**

Skaidro, ka onkologs bez specializācijas varētu nodarboties ar pēcārstēšanas novērtēšanu, skrīninga aktivizēšanu, primāro diagnostiku, terapijas nozīmēšanu.

### **A.Čakša**

Aicina skaidrot, vai būtu nepieciešama specializācija „bērnu onkologs”.

### **J.Eglītis**

Skaidro, ka bērnu onkologa specializācija varētu notikt caur bērnu ķirurgiju. Pauž viedokli, ka bērnu onkologam nav jābūt atsevišķai specialitātei, jo ir pārāk maz pacientu, lai ārsts spētu uzturēt savu kvalifikāciju pietiekamā līmenī. Tiek lēsts, ka ir jāveic vismaz 30 prostatas vēža un 30 kolorektālās operācijas gadā, lai nezaudētu kvalifikāciju – šādam kritērijam valstī atbilsts vien 8-9 ķirurgi.

### **A.Lejnieks**

Papildina J.Eglīti, paužot viedokli, ka jebkuras onkoloģijas ķirurgam gadā būtu jāveic ne mazāk kā 200 operācijas.

### **D.Mūrmane-Umbraško**

Pauž viedokli, ka ķirurga darba apjoma kritērijs būtu jānosaka Latvijas ārstu biedrībai (LĀB) un profesionālajām asociācijām.

#### **A.Lejnieks**

Norāda, ka kritēriju noteikšana būtu nozīmīga, jo šobrīd resertifikācijā darba pieredze netiek ņemta vērā.

#### **D.Mūrmane-Umbraško**

Norāda, ka jautājums par ķirurga darba apjoma noteikšanu nav vērtējams viennozīmīgi – ķirurgam Ventspilī nekad nevar būt tāda pieredze kā Rīgā, ņemot vērā atšķirīgo pacientu skaitu.

#### **A.Čakša**

Pauž viedokli, ka jau rezidentūrā ārstam ir jāiegūst darba pieredze. Šobrīd slimnīcu vadītāji nevar liegt ķirurgam operēt pamatojoties tikai uz to, ka ķirurgam ir bijusi maza pieredze.

#### **D.Baltiņa**

Piekrīt, ka sarežģītās onkoloģijas operācijas būtu jāveic centralizēti, piemēram Latvijas Onkoloģijas centrā.

Pauž viedokli, ka primārās veselības aprūpei ir jāuzņemas atbildība par ielaistajiem vēža gadījumiem, jo pie onkologa nonāk pacients ar jau uzstādītu onkoloģijas diagnozi. Būtu jāvērtē iespēja noteikt, ka tas speciālists, kurš pirmais atklāj diagnozi, dod arī nosūtījumu (primārā rinda).

#### **D.Mūrmane-Umbraško**

Skaidro, ka onkoloģijas tīkla vadlīnijās tiks risināti visi šie jautājumi, kā onkoloģijas pacientu virzīt pa veselības aprūpes sistēmu.

Lūdz skaidrot, kuriem 3 prezentācijā minētajiem speciālistiem nav darba vietas.

#### **J.Eglītis**

Skaidro, ka darba vietas nav 3 onkoloģijas ķīmijterapeitiem. Onkologs ķīmijterapeits ir specialitāte, kas nodarbojas ar medikamentozo terapiju. Dienas stacionārā viens onkoloģijas ķīmijterapeits veic 50-60 ķīmijterapijas seansus. Normatīvajos aktos nav noteikts, cik seansus var veikt 1 ķīmijterapeits slodzes ietvaros, līdz ar to darba devējiem nav pamats pieprasīt jaunas slodzes un nodrošināt nepieciešamās darba vietas.

#### **D.Mūrmane-Umbraško**

Pauž viedokli, ka nav iespējams normēt darba apjomu slodzē, jo katra cilvēka darbaspējas ir atšķirīgas.

#### **A.Lejnieks**

Norāda, ka citās valstīs internajā profilā darba apjoms vienā slodzē ir noteikts.

#### **A.Čakša**

Norāda, ka arī BKUS darba apjoma normas 1 ārstam ir noteiktas.

### **D.Mūrmane-Umbraško**

Pauž viedokli, ka jautājums par darba apjoma normēšanu nav vērtējams viennozīmīgi – pat ja ir veikts aprēķins par darba apjomu slodzē, ir jāņem vērā, ka slimnīcas slēdz līgumu par konkrētu summu, kuras ietvaros tad arī jāspēj nodrošināt pakalpojums.

### **A.Čakša**

Norāda, ka dažām specialitātēm darba apjomi ir rēķināti sen, līdz ar to arī apmaksā par minūti ir neadekvāti zema.

### **D.Baltiņa**

Piebilst, ka samaksa par slodzi ir saglabājusies iepriekšējā līmenī, kaut arī ievērojami palielinājusies pacientu aprūpe.

## **2. Cilvēkresursi internajā medicīnā (A.Lejnieks)**

### Situācijas raksturojums:

Pašreizējā veselības aprūpes sistēma ir organizēta tā, ka internās medicīnas speciālistiem (terapeitiem) darba vietas ir saglabājušās tikai atsevišķās stacionāru terapijas nodaļās. Internās medicīnas pārstāvji ir vērsušies pie NVD un ģimenes ārstu profesionālajām organizācijām ar priekšlikumu nodrošināt terapeitiem darba vietas ambulatorajās praksēs. NVD ir paudis viedokli, ka šāda ideja nav atbalstāma, jo terapeita un ģimenes ārsta funkcijas ambulatorajā sektorā ir līdzīgas un pārklājas. Arī ģimenes ārsti šo ideju neatbalsta.

Ir virkne ārsta specialitāšu, kas izriet no internās medicīnas. Internā medicīna ir pamatspecialitāte, kurai ir 5-6 apakšspecialitātes. Likumdošana paredz, ka lai iegūtu apakšspecialitātes sertifikātu, jābūt sertifikātam pamatspecialitātē. Pie resertifikācijas sertifikāts pamatspecialitātē vairs netiek prasīts. Daudzi apakšspecialitāšu ārsti sertifikātu internajā medicīnā neuztur, tomēr turpina strādāt arī kā, piemēram, iecirkņa terapeiti, kas nav pareizi. Latvijas Ārstu biedrība (LĀB) kopā ar asociācijām gatavo būtiskas izmaiņas rezidentu apmācībā, kur būtībā visas pašreizējās internista apakšspecialitātes ir plānotas kā pastāvīgi darbojošās pamatspecialitātes, bez internās medicīnas sertifikāta. LĀB piedāvātā apmācību formula ir 3+3 gadi (3 gadi internā medicīna visiem vienāda; 3 gadi specializācija).

Šobrīd realitātē internistiem nav kur strādāt, nav zināms, kāda būs rezidentūras programma, tāpēc ir grūti plānot specialitātes attīstību un cilvēkresursu nodrošinājumu ilgtermiņā.

## **Diskusija**

### **A.Čakša**

Lūdz skaidrot, kurā brīdī sākās internās medicīnas kā specialitātes sabrukums.

### **A.Lejnieks**

Pauž viedokli, ka specialitātes attīstība apstājās līdz ar ģimenes ārstu institūcijas izveidošanu.

Norāda, ka esošajā veselības aprūpes sistēmā internists varētu būt starpposms starp ģimenes ārstu un speciālistu.

**A.Čakša**

Norāda, ka jau šobrīd BKUS pacienti pēc ģimenes ārsta konsultācijas tiek sūtīti pie pediatra, jo ir konstatēts, ka ģimenes ārsti ar atsevišķiem gadījumiem netiek galā. Pauž viedokli, ka iespējams, ģimenes ārsta institūcijas izveidošana bijusi kļūda, jo ir pierādījies, ka tā nespēj sevi attaisnot.

**D.Mūrmane-Umbraško**

Pauž viedokli, ka lai arī ģimenes ārstu darbā ir vērojamas atsevišķas nepilnības, ģimenes ārsta institūcija netiks likvidēta.

**J.Eglītis**

Aicina izvērtēt iespēju ārstiem noteikt vecuma cenzu, lai nodrošinātu optimālu paaudžu nomaiņu. Skaidro, ka piemēram, Lielbritānijā vecuma cenzs ir noteikts 63+/- 2 gadi.

**D.Mūrmane-Umbraško**

Skaidro, ka Lielbritānijā visi ārsti ir civildienesta ierēdņi, uz ko attiecas vecuma cenzs.

**A.Kalēja**

Ierosina uzaicināt LĀB piedalīties darba grupas sanāksmē, lai skaidrotu par plānotajām izmaiņām rezidentu apmācībā.

**Nolemts:**

- nākamajā darba grupas sanāksmē uzaicināt LĀB, lai skaidrotu plānotās izmaiņas rezidentu apmācībā;
- turpmāk darba grupas sanāksmes organizēt pēc nepieciešamības.

**Uzdevumi:**

- VM plānot darba grupas sanākumi ar LĀB piedalīšanos;
- Izsūtīt darba grupai pamatnostādņu sākotnējo projektu precizēšanai, papildināšanai un viedokļa sniegšanai.

Sanāksmes vadītājs

D.Mūrmane-Umbraško

Sanāksmes sekretāre

D.Brante