

Veselības ministrijas Galveno speciālistu sanāksmes Protokols Nr.1

Rīgā

2017.gada 6.janvārī

Sanāksme notiek: Veselības ministrijā, Brīvības ielā 72, 309. telpā

Sanāksmes sākums: plkst. 15:00

Sanāksmes beigas: plkst. 16:30

Sanāksmi vada: N.Bolbate - veselības ministra padomniece kvalitātes sistēmas un pacientu drošības jautājumos

Sanāksmē piedalās:

Galvenie speciālisti:

Ilze Aizilniece, Haralds Plaudis, Modris Ciems, Aivars Lejnieks, Dace Rezeberga, Dace Baltiņa, Elmārs Tērauds, Eva Strīķe, Andrejs Millers, Uga Dumpis, Astrīda Stirna, Gustavs Latkovskis (aizvieto Andreju Ērgli), Maija Radziņa, Dagne Grāvele, Andis Paeglītis, Dita Raiska, Ieva Mālniece

Veselības ministrijas (VM) pārstāvji:

D.Mūrmāne-Umbraško, E.Miklītis, J.Blaževičs, D.Arāja, K.Brūvere, J.Feldmane, M.Petroviča

Uzaicināti:

E.Dompalma-Linuža - NVD Projektu ieviešanas nodaļas projekta vadītāja

Sanāksmē nepiedalās galvenie speciālisti:

Jana Pavāre, Aivars Vētra

Protokolē: A.Segliņa

Darba kārtībā: Profesionālo asociāciju iesaistes iespējas ES projektā par klīnisko vadlīniju, klīnisko algoritmu un klīnisko ceļu izstrādi.

N.Bolbate iepazīstina ar Veselības ministrijas (VM) plānotajiem pasākumiem kvalitātes sistēmas ieviešanas jomā. Nemot vērā iepriekš gatavotos dokumentus, ES struktūrfondu sadale pamatā attiecas uz 4 jomām: sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda aprūpes un garīgās

veselības. No ES struktūrfondiem ir iespējams segt izmaksas par kvalitātes dokumentu izstrādi šajās 4 minētajās prioritārajās jomās (šo jomu atšifrējums ir atbilstošs SSK-10 klasifikatoram).

VM mēginās panākt maksimālu rezultātu un iecerētā sasniegšanai vajadzīga multidisciplināra pieeja. Šobrīd gribam saprast, kādas specialitātes un kādas asociācijas varam piesaistīt minētajām 4 jomām kvalitātes dokumentu paketes izstrādei.

Viens no projekta uzdevumiem ir identificēt klīniskās vadlīnijas ārvalstu avotos un apkopot lietderīgās, lai turpinājumā uz šo vadlīniju pamata izstrādātu pārējos kvalitātes dokumentus - klīnisko algoritmu un klīnisko ceļu dokumentus, kā arī noteikt indikatorus.

Viens iepirkuma priekšmets varētu būt dažādu LV derīgu klīnisko vadlīniju identificēšana. Ir dažādas vadlīniju datubāzes un nepieciešams apzināt, kuras Latvijā var piemērot, padarīt ērtāk pieejamas un nodrošinot piekļuvi ikvienam speciālistiem. Vērš uzmanību, ka šī projekta ietvaros nav runa par vadlīniju tulkošanu, tikai par pieejamības uzlabošanu.

Vēl uzdevums ir arī esošās NVD publicētās datubāzes analīze, šo dokumentu atkārtota pārskatīšana, vai tie ir aktuāli un derīgi, varbūt kādu vajag atceļt vai aktualizēt.

Otrs iepirkuma priekšmets ir tulkot un pielāgot indikatorus, klīniskos algoritmus, kas pieejami (piemēram NICE (National Institute for Clinical Excellence, UK), ORPHAN (reto slimību jomā) u.c.). Tulkotie dokumenti tiku nodoti asociācijām un asociāciju izvēlētie ārsti-eksperti tos pielāgos mūsu apstākļiem, neskatoties uz finansējumu. Minētie dokumenti attiecībā uz finansējumu tiks saskaņoti ar VM. Rezultātā sagaidām dokumentus, kas kalpos ne tikai kā klīniskie algoritmi, bet arī kā pamats valsts finansējumam, savukārt indikatori tiks izmantoti ārstēšanas kvalitātes vērtēšanai un vēlāk noderēs arī VI ārstniecības kvalitātes uzraudzībai.

Šī projekta ietvaros visticamāk vadlīnijas par laboratoriju jautājumiem netiks pirktas. Kad nodefinēs visas specialitātes, kuras varētu iesaistīt, kādas paliks "aiz borta". Meklēsim iespēju no citiem resursiem atbalstīt ārstus ārpus projekta. Mērķis šim gadam - panākt, ka mums ir pilna datu bāze ar klīniskajam vadlīnijām (angļu valodā), algoritmiem un citiem dokumentiem.

Lai maksimāli labāk organizētu iepirkumu un lai vairāk atbalstītu ārstus, kas ar to strādās, nevis administrēšanas izdevumus, plānots iet sarežģītāko ceļu: būs 4 iepirkumi, lai apvienotu vairāk ārstu asociāciju, lai pretendēt varētu vairāk speciālistu, vienojoties savā starpā par sadarbību. Jāņem vērā bērnu un pieaugušo slimību speciālistu asociācijas, kurām jāstrādā kopā.

Attiecībā uz iepriekš minētajām prioritārajām jomām nepieciešams identificēt aktuālās tēmas, ar kurām tālāk tiks strādāts.

A.Millers - vai jomā “sirds un asinsvadi” ietilpst arī galvas asinsvadi?

J.Blaževičs – definējot rādītājus un jomas, izmantojām SSK-10 klasifikatoru. Tur ir konkrēti kodi, nosūtīsim Jums jomu atšifrējumu atbilstoši SSK-10 klasifikatoram.

A.Lejnieks - kas ir pretendenti: asociācijas vai speciālisti? Asociācijās ir konkrēti cilvēki, kas gribēs un varēs to darīt. Varētu runāt par asociācijas valdi. Konkrēti cilvēki izveido komandu, iesaistot dažādu asociāciju pārstāvju, kas piedalās savas kompetences ietvaros. Svarīgi, lai piedalās vairākas asociācijas.

N.Bolbate - asociācijas ir juridiskas personas. Atsevišķu ārstu gadījumā asociācijas var nepiekrist vienas personas viedoklim. Tā ir vienošanās starp asociācijām, kur tiek veidota komanda. Piesakās, kam menedžments ir stiprāks un izveido komandu. Ar individuālām personām nevar iedomāties, kā menedžēt procesu.

I.Aizsilniece - labs piemērs bija Pasaules bankas iepirkums, no kā varam mācīties.

M.Ciems papildina, ka tās bija ģimenes ārstiem domātas vadlīnijas, strādāja Pasaules bankas konsultanti un vietējie konsultanti, bija izstrādāts labs mehānisms.

N.Bolbate - pētot NICE datu bāzi, tur ir 14 klīniskās vadlīnijas garīgajai veselībai vien. Mēs šobrīd nevaram pateikt tieši kādas un cik daudz vadlīnijas mums vajag.

I.Aizsilniece - pamatojoties uz veselības rādītājiem un konsultējoties ar asociācijām, varam izlemt, kuras vadlīnijas mums vajag.

U.Dumpis - ir 3 infektologu asociācijas, kas ikdienā savā starpā nekomunicē, taču, ja vajag, savāc ekspertus un labi tiek galā, piemēram ar vadlīniju izstrādi. Jānāk no ministrijas vai NVD prioritārajiem rādītājiem, kas šajās 4 nozarēs jāmaina, lai tos šajās nozarēs uzlabotu. Nebūtu pareizi, ka NVO, kas pārtiek no farmācijas kompāniju naudas, dotu mērķtiecīgus uzdevumus valstij par to, ko gribam mainīt. Valstij jāpasaka, kurus rādītajus gribam mainīt (piem. kardiovaskulāro mirstību, akūto vai ilgstošo, insultu, konktrētu vēza veidu utt).

D.Rezeberga vērš uzmanību, ka asociācijas savus priekšlikumus jau rakstīja.

A.Lejnieks - ļoti daudz jau ir darīts, lielais bloks ir gatavs. To vajag pārskatīt un pasūtīt to, ko vēl vajag klāt. Pasūtījumam jābūt konkrētam, ar loģiskiem uzdevumiem, asociācijas to nevar.

D.Mūrmane-Umbraško - pagājušajā gadā NVD veica aptauju, to varētu “izcelt“ un pārjautāt asociācijām, vai tas joprojām ir aktuāli.

A.Lejnieks - jāatceras, ka asociācijas ir izstrādājušas arī rekomendācijas, kas nav sagatavotas atbilstoši tam, lai NVD varētu tās administrēt. Tās arī darbojas un tās varētu apzināt un precizēt, ja vajag.

E.Tērauds - NICE vadlīnijas angļiski ir publiski pieejamas jau šobrīd, bet nav īstenojamas, vismaz psihiskās veselības jomā, jo UK ir cita struktūra.

N.Bolbate - mums ir vajadzīgas klīniskās vadlīnijas, kurām ir rekomendējošs raksturs, ko izmanto studiju procesā un klīnisko auditu veikšanai, jo uzskatāmas par labu klīnisko praksi. Bet vajadzīgi arī pārējie dokumenti - algoritmi, pacienta ceļš, nosakot, kas ir apmaksājums. Jābūt reālam ceļam - panākot vienošanos par to, ko valsts var samaksāt.

H.Plaudis - mēs nevaram runāt par vadlīnijām, ja par pamatu tiek ņemta nauda. Tad pēc tām mēs nevaram auditēt kolēģus.

E.Strīķe - medicīnas izglītībā mēs neatkāpjamies no vadlīnijām, kas ir pēdējās apstiprinātās, bet tās apstājas brīdī, kad ir runa par finansējumu. Pielāgojamā sadaļa ir algoritms, ko valsts var finansēt.

N.Bolbate - runa ir par iepirkuma priekšmetu - identificēt, ko specialists uzskata par vajadzīgu, varbūt uzskata, ka kādas nav nepieciešamas.

M. Radziņa - tas ir bīstami, jo mums jātiecas uz pilnību. Mums jāzina labākais, kas pasaulē ir iespējams, jāparedz visas jaunākās un labākās iespējas, kaut arī mēs to nevaram atlāuties. Taču pārmest ārstiem nevar par to, ko šajā valstī nevar izdarīt, auditam jāņem cits dokuments. Tas saistīts ar ārstniecības riska fondu, jo jurists tiesājoties par pamatu ņem klīniskās vadlīnijas. Pretargumentā jāparādās otram dokumentam, lai nevarētu sodīt ārstu, kurš kaut ko nav izdarījis tādēļ, ka par to nav iespējams samaksāt. Jāprioritizē, ar ko mēs sākam. Piemēram, radioloģija kā diagnostikas sadaļa ir visās jomās, un tādējādi nav iespējams visu aptvert uzreiz. Jārunā ar asociācijām par, to kas ir tā ekstra, ar ko sākam.

E.Strīķe - jāiet uz mērķi, lai terciārajā aprūpē izārstētu līdz galam (un neārstēt, ja nevar izārstēt), ar mērķi, lai atgūtu produktīvu cilvēku, nevis tādu, kas turpina tērēt līdzekļus.

H.Plaudis - kāds ir projekta mērķis un kas ir mērķa auditorija?

N.Bolbate - 1) ārsti, kas realizē šo procesu. Šobrīd viņiem ir vadlīnijas angļu valodā vai NVD reģistrētas 38 vadlīnijas,

- 2) Veselības inspekcija, kurai ar uzraudzību jāskatās kompleksi un multidisciplināri, lai konstatētu sistēmas problēmas,
 3) pacienti, kuriem vadlīnijās ir sava skaidrojošā sadaļa, piem., par komplikācijām.

M.Radziņa - komplikācijas tā vienkārši gan nevajadzētu skaidrot pacientiem, jo psiholoģiski tas ietekmē un cilvēks baidās.

N.Bolbate - tas ir diskusiju jautājums, arī par informēto piekrišanu, mēs ar to strādāsim.

U.Dumpis - varbūt, pamatojoties uz Pasaules bankas ziņojumā minētajiem rādītājiem, varam konkretizēt uzdevumu?

N.Bolbate - ņemsim šo priekšlikumu vērā, mēginot sagatavot uzdevumu. Mēgināsim sarakstu maksimalizēt.

Janvāra beigās būs tikšanās ar NICE pārstāvjiem, par to vai mums tās varētu būt. NICE vadlīnijas ir labi izveidotas tehniski.

G.Latkovskis - kardioloģijā vairāk balstās uz citām - Eiropas profesionālās asociācijas - vadlīnijām, kas ir universālākas, jo vērstas ne tikai uz UK, labāk pielietojamas.

- Nav skaidrs par pieejamību, vai izpratne angļu valodā būs pietiekami laba.
- Vajadzētu arī limitēt, jo pilnīgi visām retām slimībām varbūt nevajag.
- Svarīgi paredzēt mehānismu, kā mēs tās pārskatām.
- Svarīgi noteikt skaidru mehāniku, kā tiek apmaksāts un kā tiek vērtēts no ētikas un VI viedokļa.

I.Aizsilniece - vadlīniju ieviešana, izplatīšana un pielietošana ir daudz svarīgāka. Vadlīniju informatīvā daļa palīdz ārstam komunicēt ar pacientu.

G.Latkovskis - ja tiks apsvērta tulkošana, tas jādara centralizēti, izmantojot tulkošanas biroju. Asociācijas pārliecinātos, vai tulkojums ir korekts, korigētu terminu tulkojumus utml.

M.Ciems - par kādu summu ir runa?

J.Blaževičs - kopējā summa visām aktivitātēm ir 2,7 milj., no kuriem 200-300 tūkstoši aizies projekta īstenošanas personālam, šobrīd nav precizēts, cik tieši šim.

M.Ciems - izskan bažas par nopirkto, kam nebūs vērtības.

N.Bolbate - tas jebkurā gadījumā būs vairāk kā esošās 38 vadlīnijas. Par vadlīniju tulkošanu šajā projektā neiet runa, arī tulkot vadlīniju grozījumus šobrīd neesam gatavi. Latviski būs klīniskie algoritmi un pacienta ceļš.

Mēs šodien runājam par darbu paketi: 1) analizējam, to, kas mums jau ir ir un izdarām secinājumus 2) identificējam vadlīnijas angļu valodā 3) izstrādājam klīniskos algoritmus un pacienta ceļus, vienojoties ar NVD par valsts apmaksājamo daļu.

Lūgums galvenajiem speciālistiem, vēlams nedēļas laikā, sniegt informāciju 4 profilos - kādas specialitātes vajag un vai varam piesaistīt katram šim profilam, ņemot vērā specialitātes pieaugušajiem un bērniem.

A.Lejnieks - onkoloģiju vajag precīzāk definēt, tas ir tikpat plašs jēdziens kā medicīna. Lai prof. Baltiņa pasaka, kurus procesus īemam, un kādā secībā, lai nezaudētu nozīmīgumu.

G.Latkovskis - svarīgi, lai būtu konsekences. Negribētos ieguldīt darbu, ja neredz atdevi, pirms saprasts apjoms, prioritātes, uz ko uzsvars - uz sevis un pacientu pasargāšanu, uz VI, vai uz NVD, un tad saprotam, kāda virzienā vairāk strādāt, kuriem vispirms kerties klāt.

N.Bolbate - tas ir smags jautājums, jo pēc šiem principiem tika definēts uzdevums iepirkumam, kas tika apturēts. Jāskatās, lai nebūtu tā, ka ir tikai 5 vadlīnijas.

D.Mūrmāne-Umbraško - tagad runājam par algoritmiem, nevis vadlīnijām. Mēs ejam citu ceļu, kas jau ir izvēlēts. Bet ir laba sadarbība ar prof. Baltiņu un jau daudz kas ir paveikts: primārā un sekundāra līmeņa algoritmi ir izstrādāti, tagad jāstrādā pie trešā soļa, kas ir dinamiskā novērošana, kā pacients tiek novērots. Tur nav visa onkoloģija, bet 11 konkrētas lokalizācijas, noteiktas prioritātes. Onkoloģija ir labs piemērs, jo paralēli ir paredzēts finansējums.

U.Dumpis - pareizi būtu, ka saistībā ar 2,5 milj visām aktivitātēm, šie dokumenti iekļautos tādējādi, lai kaut kas konkrēti tikt uzlabots.

G.Latkovskis - svarīgi pareizi saprast, kam paredzēta nauda, resp. menedžmenta shēmu.

N.Bolbate - koncepcijas pacientu drošības un ārstniecības kvalitātes ieviešanai, kas ietver personāla apmācību, VI jaunu uzraudzības metožu ieviešanu, indikatoru ieviešanu, kompleksu ar izmaiņām dažu institūciju kompetencēs. Koncepcija vēl tiek gatavota, tādēļ ar to nevar iepazīties.

M.Radziņa - neviens negrib darīt lieku darbu, jāskatās, cik ir naudas. Un tālāk problēma ir ieviešanā - vai ir ilgstošāks ietvars to ieviešanai, vai iespējams ES projektos radīt sniega bumbas efektu, sākot ar mazumiņu un pamazām audzējot klāt.

N.Bolbate - summa neizskaidros situāciju, mēs negribam vispirms noteikt summu, bet vispirms gribam saturu un tad skatīties, cik tam vajag, prioritizējot.

A.Lejnieks - katrs specialists teiks, ka viņa nozare ir svarīgāka. Valstij ir jādod uzdevums un speciālisti var sniegt viedokli, vienoties, kā to labāk sasnieg. Piemēram, ja akcents uz kardiologiem, to dara prof. Ērglis, iesaistot speciālistus, veidojot komandu.

D.Mūrmane-Umbraško - 1 solis, kad pasakām kuras ir akceptējamās vadlīnijas , 2. - izvēlamies, kurām izstrādāsim algoritmus.

E.Strīķe - varam sākt ar algoritmu un tad piemeklēt vadlīnijas, kuras der, jo tās ir daudz.

M.Ciems lūdz pirms sēdes izsūtīt materiālus savlaicīgi, lai labāk var sagatavoties sēdei.

G.Latkovskis - katra asociācija varētu nodefinēt 3-6 galvenās tēmas, kur var uzlabot veselības aprūpes rādītājus, arī VM par to padomātu, VM savukārt nodefinē, kādi vēl instrumenti varētu tikt iekļauti bez algoritmiem un vadlīnijām, piem. izglītošanas pasākumi, lekcijas interneta vietnēs utt.

Atbildot uz jautājumu par izglītības sadaļu, J.Blaževičs informē, ka veselības veicināšanas sadaļā ir paredzēts tālāk izglītības finansējums 23 milj.EUR apmērā, kuru resursus varētu izmantot arī apmācībām klīnisko vadlīniju ievērošanu.

N.Bolbate lūdz vienoties par uzdevumiem un jautā, vai varam gaidīt specialitāšu sarakstu.

A.Lejnieks - iesaka, ka 4 minēto jomu galvenie speciālisti, iesaistot pārējos, sniedz priekšlikumus par specialitātēm/asociācijām, kas vēl būtu jāiekļauj konkrēto jomu kvalitātes dokumentu izstrādē.

Tā kā galvenie speciālisti gaida no VM oriģinālo dokumentu, lai visi saprastu visu vienādi, N.Bolbate paskaidro, ka tāda oriģinālā dokumenta pagaidām nav, šobrīd tiek gatavota iepirkuma dokumentācija, un šī ir konsultēšanās, lai tas būtu

jēgpilns. Diskutējam, lai pareizi noteiktu prasības iepirkumam un lai tās būtu izpildāmas.

Galvenie speciālisti vienojas

- 1) lai visi saprastu uzdevumu vienādi, sekretariāts pēc sanāksmes nosūta ūsu kopsavilkumu un jomu atšifrējumu atbilstoši SSK-10 klasifikatoram,
- 2) šīs nedēļas laikā izrunāt ar kolēģiem, un sniegt priekšlikumus, atsūtot sekretariātam (jana.feldmane@vm.gov.lv) apkopošanai;
- 3) 4 jomu galvenie speciālisti sniedz mērķus;
- 4) turpmāko darbu ar šo jautājumu organizēt mazākā sastāvā -pa jomām.

Nākošās sanāksmes datums šobrīd netiek iezīmēts, tai būs atsevišķs uzaicinājums.

Veselības ministra padomniece kvalitātes sistēmas un pacientu drošības jautājumos

N.Bolbate

Protokolēja

A.Segliņa

06.01.2017.