

Veselības ministrijas Galveno speciālistu sanāksmes Protokols Nr.2

Rīgā

2016.gada 9.septembrī

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

Sanāksmes sākums: plkst. 15:00

Sanāksmes beigas: plkst. 16:30

Sanāksmi vada:

A.Čakša - veselības ministre

Sanāksmē piedalās:

Galvenie speciālisti:

- Eva Striķe - Veselības ministrijas galvenā speciāliste anestezioloģijā un reanimatoloģijā;
- Maija Radziņa - Veselības ministrijas galvenā speciāliste diagnosticējošajā radioloģijā;
- Aivars Vētra - Veselības ministrijas galvenais speciālists fizikālās un rehabilitācijas medicīnā;
- Dace Rezeberga - Veselības ministrijas galvenā speciāliste ginekoloģijā;
- Aivars Lejnietis - Veselības ministrijas galvenais speciālists internajā medicīnā;
- Andrejs Ērglis - Veselības ministrijas galvenais speciālists kardioloģijā;
- Dagne Grāvele - Veselības ministrijas galvenā speciāliste laboratorajā medicīnā;
- Andrejs Millers - Veselības ministrijas galvenais speciālists neiroloģijā;
- Jana Pavāre - Veselības ministrijas galvenā speciāliste pediatrijā;
- Modris Ciems - Veselības ministrijas galvenais speciālists traumatoloģijā un ortopēdijā;
- Andis Paeglītis - Veselības ministrijas galvenais speciālists zobārstniecībā;
- Dita Raiska - Veselības ministrijas galvenā speciāliste māsu zinību jomā;
- Haralds Plaudis - Veselības ministrijas galvenais speciālists ķirurģijā;
- Uga Dumpis - Veselības ministrijas galvenais speciālists infektoloģijā.

Veselības ministrijas pārstāvji:

E.Pole, J.Feldmane, D.Arāja, M.Petroviča

Uzaicināti:

I.Gavare - SPKC direktore

J.Misiņš - SPKC Veselības statistikas nodaļas vadītājs

E.Palčeja - BKUS Pacientu drošības sistēmas vadītāja

Sanāksmē nepiedalās galvenie speciālisti:

D.Baltiņa – onkoloģija, ķīmijterapija, I.Aizsilniece – ģimenes ārsts, E.Tērauds – psihiatrija, A.Stirna - narkologija

Protokolē: A.Segliņa

Darba kārtība:

1. A.Ērgļa ziņojums par nāves cēloņa medicīnisko apliecību kvalitātes kontroles pētījumu (skat.prezentāciju pielikumā).

2012.gadā pēc SPKC pasūtījuma tikta veikts nāves cēloņa medicīnisko apliecību (turpmāk – apliecības) kvalitātes kontroles pētījums, ar kura pētnieku grupu un uzdevumiem, un pētījuma procesu klātesošie tiek iepazīstināti. Uzstāšanās sākumā **A.Ērglis** uzsver, ka standartizētais rādītājs mirstībai no sirds-asinsvadu slimībām samazinās, pretēji tam, kas sabiedrībai parasti tiek teikts, bet, protams, tas joprojām ir biežākais nāves cēlonis Latvijā. Jāņem vērā arī tas, ka mēs esam otra vecākā nācija Eiropā. Saistībā ar veikto miršanas apliecību auditu - iepriekš šāds pētījums veikts 1992.gadā un toreiz konstatēts, ka **16%** gadījumu kļūdaini ticis novērtēts nāves cēlonis miršanas apliecībās. Faktiskā mirstība varētu būt nevis 57%, bet 47-43%. Jauno pētījumu veica 20 dažādu specialitāšu pētnieki, kas bija sadalīti 5 grupās. Tika analizētas 1000 nejauši atlasītas apliecības no 375 (!!!) dažādām iestādēm un ekspertīzes ceļā tika salīdzināta apliecībās un pieejamajā medicīniskajā dokumentācijā iekļautā informācija. Process atklāja arī nepilnības, kā, piemēram, galvenajam speciālistam iespējams iegūt dokumentāciju analīzei. Šajā pētījumā, izanalizējot dažādas neprecizitātes un kļūdas miršanas apliecībās, secināts, ka **13%** gadījumu nāves cēlonis ir norādīts nepareizi. Apliecībās kā cēloņi netiek rakstīts vecums un neprecizēts nāves cēlonis. Saistībā ar nepareizu informāciju, kas tiek publiski runāta - no 2001. gada ir izveidots akūta koronāra sindroma (AKS) reģistrs, saskaņā ar kura datiem AKS laikā no 2005.-2015.gadam ir samazinājies par 60%. Tādēļ ir svarīga datu uzkrāšana un analīze, lai varētu pierādīt, kuri dati patiešām uzlabojas. Aicina stiprināt SPKC lomu, analizēt datus, attīstīt e-veselību.

Audita rezultātā tika izstrādāti priekšlikumi un secinājumi, no kuriem visbūtiskākie:

- 1) saprotamāku vadlīniju izstrāde apliecību aizpildīšanai,
- 2) ACME sistēma ir novecojusi,
- 3) nepieciešamas regulāras apliecību aizpildīšanas kvalitātes pārbaudes, lai iegūtu atgriezenisko saiti,
- 4) nepieciešamība palielināt mirušo autopsijas procentu.
- 5) nepieciešama e-veselības principu ieviešana.

Komentējot A.Ērgļa ziņojumu, **I.Gavare** informē, ka iepriekšējās vadlīnijas apliecību aizpildīšanai bija izdotas 2006.gadā. Saskaņā ar audita rezultātā izstrādātajiem priekšlikumiem SPKC sagatavoja ārstniecības personām un medicīnas studentiem paredzētas jaunas, saprotamākas vadlīnijas „Medicīnisko apliecību par nāves cēloni aizpildīšana”, papildinot tās ar pētnieku grupas sniegtajiem piemēriem. Šobrīd visi vadlīniju eksemplāri ir izdalīti ārstniecības iestādēm, bet, tā kā joprojām pēc tām ir pieprasījums, plānots tās izdot atkārtoti, papildinot arī ar informāciju par šo pētījumu.

I.Gavare arī informē, ka gan ārsti, gan studenti, gan rezidenti vairāk tiek apmācīti par apliecību aizpildīšanu lekciju un konsultāciju veidā.

2. D.Rezebergas ziņojums par grūtnieču aprūpes dzemdību nodaļās audita rezultātiem (skat.prezentāciju pielikumā).

Latvijā mātes mirstība ir salīdzinoši augsta, tās galvenais cēlonis – asiņošana. Nepieciešamie resursi, lai mazinātu mātes mirstību dzemdībās ir

- Asiņošanas profilakse,
- Nacionālās vadlīnijas,
- Tehnoloģiju/laboratorijas pieejamība,
- Rīcības algoritms slimnīcā,
- Rīcībspējīga komanda stresa pilnajā situācijā.

2016.gadā Veselības inspekcija (VI) pēc vienotas pieejas un vienotiem kritērijiem veica pārbaudes visās dzemdību nodaļās ar mērķi veikt preventīvas darbības, nepielietojot soda sankcijas. Pirms pārbaudes uzsākšanas ārstniecības iestādes tika lūgtas veikt pašnovērtējumu par iepriekšminēto resursu pieejamību (speciālistu, tehnoloģiju, palīgdienestu utt.) un stacionāro ārstniecības iestāžu dzemdību nodaļu atbilstību normatīvo aktu/kvalitātes un pacientu drošības prasībām. Ārstniecības iestādes savos pašnovērtējumos sniedza daudz labāku vērtējumu, nekā tas izrādījās VI pārbaudes laikā. Pēc VI konstatēto nepilnību novēršanas ārstniecības iestādes veica atkārtotu pašnovērtējumu. Galvenie secinājumi, kas iegūti audita rezultātā:

- Nefunkcionējošas/vāji funkcionējošas kvalitātes vadības sistēmas slimnīcās.
- Nav sapratnes par augsta riska pacientu vadību, dzemdību palīdzību neidentificē kā augsta riska sfēru.
- Katastrofāla situācija ar nodrošinājumu ar ārstiem.
- Trūkst definīcijas par nepieciešamo regulējumu valsts un iestādes līmenī (medicīniskās dokumentācijas hierarhija).

3. Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas Pacientu drošības sistēmas vadītājas E. Palčejas ziņojums par pacientu drošību (skat.prezentāciju pielikumā).

E. Palčeja informē par BKUS izstrādāto pacientu drošības sistēmu, kā pieredze būtu noderīga arī citiem un sniedz vispārēju ieskatu par to, kas ir pacientu drošība un kas būtu nepieciešams pacientu drošības veicināšanai gan nacionālajā, gan ārstniecības iestāžu līmenī. Būtu nepieciešams mainīt akcentu no ārstu sodīšanas uz drošības gadījumu analīzi, un izpratnes un informētības paaugstināšanu.

E.Palčeja arī informē par konferenci „Pacientu drošība klīniskajā praksē – realitāte un izaicinājumi 21.gadsimtā”, kas notiks 2016.gada 14.oktobrī RSU Aulā, Dzirciema ielā 14, Rīgā.

4. Iepriekšējā sanāksmē uzsāktā diskusijas turpinājums par klīnisko vadlīniju u.c. terminu definīcijām, kā arī priekšlikumiem, ko varētu pilnveidot, lai nodrošinātu pakalpojumu kvalitāti un uzraudzību.

Uzsākot diskusiju **D. Rezeberga** iepazīstina ar klīnisko vadlīniju definīciju no Eiropas Ginekologu asociācijas standarta tulkojuma.

Diskutējot par klīnisko vadlīniju definīciju, **A. Ērglis** uzsver, ka klīniskā vadlīnija ir medicīnas nozares pieņemtais labākais standarts, kas ir pieejams. Standartprocedūras un klīniskie protokoli var mainīties un tiek pielāgoti katrai valstij, bet vadlīnijas ir tādas, kādas pasaulē tās ir pieņemtas.

A. Lejnieks norāda, ka klīniskās vadlīnijas nevar būt vienas asociācijas izdotas, tām jābūt plašākām.

A. Ērglis norāda, ka asociāciju pienākums ir iesniegt ministrijā priekšlikumus par vislabākās kvalitātes pakalpojumiem, kādi ir pieejami.

A. Čakša norāda, ka ir jāvienojas par definīcijām, lai visiem ir vienota izpratne.

M. Ciems uzskata, ka D. Rezebergas priekšlikums dod iespēju izmantot jebkādas vadlīnijas, lai kur tās būtu pieņemtas – Turcijā, Indijā utml. **A. Ērglis** viņam oponē.

M. Ciems arī piemin NVD reģistrētās medicīnas tehnoloģijas traumatoloģijas jomā. Ja tehnoloģijas mugurkaula ķirurģijas jomā ir ļoti vispārīgas, tad ir jomas, kurās ir ļoti detalizētas tehnoloģijas un pēc būtības tās ir vienas konkrētas firmas medicīnas ierīces lietošanas instrukcija.

A. Čakša norāda, ka, ja visi vienojas, ka klīniskā vadlīnija ir tas, kas pieņemts Eiropā, tad tās nebūtu jāapstiprina NVD.

A. Lejnieks min, ka Latvijā nevar fiziski nodrošināt Eiropas klīnisko vadlīniju ieviešanu, nepietiekamu resursu dēļ.

A. Millers piebilst, ka varētu būt problēma ar vadlīniju aktualizēšanu.

Čakša ierosina, ka klīniskās vadlīnijas būs tās, kas atbilst Eiropas vadlīnijām, un ir jāvienojas, kas būs tas, ko var ieviest un apstiprināt nacionālā līmenī.

U. Dumpis ierosina, kas varētu būt līdzīgi kā „guidelines” un „guidance”. „Guidelines” ir zinātniski pamatots, un „guidance” ir tas, kas adaptēts atbilstoši vietējiem apstākļiem.

E. Strīķe informē, ka anesteziologi 2012.gadā apstiprinājuši Pacientu drošības vadlīnijas, kas ir tulkojums no Eiropas vadlīnijām, bet blakus tām ir rekomendācijas, kas ir izstrādātas atbilstoši vietējiem apstākļiem.

A. Ērglis norāda, ka ar šādu pieejamu Latvija var zaudēt kā nacionāla valsts, jo Latvijā daudzās jomās ir sasniegts daudz vairāk nekā Eiropā, tādēļ automātiski pārņemot Eiropas vadlīnijas var zaudēt nacionālos sasniegumus.

E. Strīķe norāda, ka vairums klātesošo piedalās Eiropas vadlīniju izstrādē, tādēļ var nodrošināt nacionālo sasniegumu ieviešanu Eiropas vadlīnijās.

M. Radziņa informē, ka lielāko daļu vadlīnijas asociācijas tulko bez jebkāda finansiāla atbalsta no valsts puses. Jāņem vērā arī to, ka ir vadlīnijas, kas pārklāj vairāku asociāciju jautājumus, tādēļ būtu jānodrošina sadarbībā starp asociācijām.

A. Čakša aicina vienoties, ka klīniskās vadlīnijas ir Eiropā apstiprinātās vadlīnijas, rekomendācijas ir šo Eiropas vadlīniju adaptācija Latvijā un jāvienojas par nākamo jēdzienu, piemēram klīniskais protokols.

E. Strīķe norāda, ka tas ir jautājums, vai ejam uz personalizēto medicīnu vai protokolizēto medicīnu.

A. Čakša skaidro, ka visās jomās nevar pieļaut personalizēto medicīnu, tomēr ir jāvadās pēc protokoliem.

E. Strīke min, ka protokols ietver ļoti šauru jautājumu, protokolam ir pieļaujamā robeža. Vēl ir jēdziens algoritms, no algoritma nedrīkst būt novirzes.

A. Čakša norāda, ka Ārstniecības likumā ir algoritma definīcija.

Diskusijā par definīcijām galvenie speciālisti vienojas, ka

1. *Klīniskās vadlīnijas* (atbilstoši angļu val. *guideline*) ir vadlīnijas, kas apstiprinātas Eiropā, tās ir "labākais iespējamais konkrētās jomas standarts" un Latvijā tās būtu jāatzīst bez izmaiņām un nav jāapstiprina NVD. Apstiprināšana ir lieka resursu tērēšana, bet jātulko gan tās būtu, ko šobrīd nodrošina asociācijas. Vienlaikus jāsaprot, ka tas, ka mums nav savu vadlīniju, Latvijai kā valstij godu nedara.

2. Izrietot no Eiropas klīniskajām vadlīnijām tiek gatavotas nacionālās *rekomendācijas* (atbilstoši angļu val. *guidance*), ar kurām tiek pārņemtas un adaptētas Eiropas klīniskās vadlīnijas atbilstoši Latvijas situācijai. Šobrīd arī problēma ir tajā, ka nav pietiekoši skaidras kārtības, kā rekomendācijas tiek izdiskutētas. Šobrīd līdz 30% no vadlīnijām dažādu iemeslu (pamatā finansiālu) dēļ nav iespējams izpildīt un rekomendācijas apraksta, kā rīkoties.

3. *Ārstniecībā izmantojamie algoritmi/standartprocedūras/klīniskie protokoli/checklist* - tas ir precīzu nemaināmu darbību kopums, šaurs, konkrēts, atbilstošs rekomendācijām, divu veidu –pieļauj vai nepieļauj novirzes. Par šiem terminiem un definīcijām vēl ir jāvienojas.

Turpinot diskusiju par galveno speciālistu iespējām saistībā ar pacientu drošību, pakalpojumu kvalitātes un uzraudzības nodrošināšanu savās nozarēs, izteikti šādi viedokļi:

A. Lejnieks informē par pacientu drošības sistēmas organizāciju RAKUS.

A. Čakša ierosina, ka datu un informācijas pieejamība ir jārisina, iesaistot esošās institūcijas (SPKC, NVD, VI u.c.) un pārrunājot un ziņojot par atklātajām problēmām, lai konkrētā lieta tiktu atrisināta un process sakārtots. Ir lūgums sniegt priekšlikumus, kā uzlabot sadarbību ar iestādēm, kas tam ir nepieciešams.

A. Čakša aicina galvenos speciālistus sekot līdzi kvalitātei savās sfērās un jautā, kā galvenie speciālisti varētu sekot līdzi kolēģu izpildījumam un kāds atbalsts vai deleģējums būtu vajadzīgs, lai galvenie speciālisti šajā darbā varētu labāk izmantot pieejamās datu bāzes (piemēram, onkoloģijas reģistrs ir labi analizējams).

H.Plaudis - Kvalitātes jautājumus modernajā pasaulē vērtē, analizējot pieejamās datu bāzes, kurās atrodami visi pacientu dati, mēs uz to šobrīd vēl tikai ejam un tādējādi šobrīd vēl kvalitāti nevaram kontrolēt.

A.Ērglis - Svarīgi, kas analīzi veic, kas ir šie eksperti (kādas specialitātes) un kādu skatupunktu tie izmanto, lai analīze būtu vispusīga. Šobrīd pieejamās datu bāzes būtu jāpārņem valstij. Būtu jāveido nozaru metodoloģiskie centri, tie, kas darbojas šobrīd, darbojas brīvprātīgi.

D.Rezeberga - Datu aizsardzības likums neļauj piekļūt datiem.

A.Paeglītis- Nav saskāries ar problēmu, ka nevarētu iegūt nepieciešamos datus, piemēram, no SPKC.

D.Grāvele - Sabiedriskā kārtā nevar nodrošināt visu institūciju ekspertīzi, jādomā par kontrolējošo institūciju katrā nozarē, bez ārējās ekspertīzes ir ļoti grūti nodrošināt kvalitāti.

A.Vētra - Ir arī ārstu – ekspertu asociācija, jādomā par definīciju, lai nejauktu terminus, runājot par ekspertiem un ekspertīzēm.

M.Radziņa - Galvenajam speciālistam jāveido sava atbalsta komanda, jo viens pats nevar nodrošināt kvalitātes uzraudzību, īpaši runājot par elementāru lietu uzraudzību.

M.Ciems – Galvenais speciālists savā komandā iesaista arī reģionālos pārstāvjus. Nākošajā sanāksmē jāatgriežas pie jautājuma, kas ietilpst galvenā speciālista komandā un kādas ir pilnvaras.

E.Pole – Galvenie speciālisti darbojas saskaņā ar nolikumu, sadarbojoties ar VM, VI, u.c., katrs savas kompetences ietvaros. Nekādas papildus pilnvaras kontrolēm nav plānotas.

U.Dumpis - Ņemot vērā, ka visu izkontrolēt un uzraudzīt nav iespējams, lai izlemtu par prioritātēm (līdzīgi kā BY), mēs varētu izvēlēties tos rādītājus, kuri mums visvairāk atšķiras no vidējiem rādītājiem citās valstīs.

J.Pavāre - Arī kvalitātes auditos ļoti vērtīgi un interesanti ir ārējie auditi, ko pierāda BKUS nesen veiktais audits, ko veica cilvēks „no malas” .

H.Plaudis – Asociācija vērtē pēc citiem kritērijiem, tādēļ vērtējumi atšķiras. Lielākas pilnvaras varētu būt profesionālajām asociācijām, kas, veicot sertifikāciju, veicinātu ievērot noteiktus standartus.

5. Galvenie speciālisti nolemj:

- **2 nedēļu laikā atsūtīt priekšlikumus par minētajām definīcijām (klīniskās vadlīnijas, rekomendācijas un algoritmi/procedūras/protokoli), lai šo terminu skaidrojumu varētu iekļaut Ārstniecības likumā un panākt vienotu izpratni par minētajiem terminiem. Darba atvieglošanai pašreizējos definīciju darba variantus, kā arī Slimību profilakses un kontroles centra sagatavotos priekšlikumus minētajām definīcijām J.Feldmane nosūtīs elektroniski 2 darba dienu laikā. Visi iesūtītie priekšlikumi tiks apkopi un izsūtīti pārējiem, lai varētu izsekot diskusijai.**
- **Saskaņā ar A.Čakšas ierosinājumu, nākamajā sanāksmē plānot nelielu praktiska apmācību par pacientu drošību. Tuvākajās dienās pēc sanāksmes tiks nosūtīta informācija par pacientu drošību.**
- **Nākamā sanāksme tiek plānota 13.okt.pl.15.00**

Veselības ministre

A.Čakša

Protokolēja

A.Segliņa