

# Mātes un bērna veselības konsultatīvās padomes sēdes protokols

Rīgā

Nr. 2

2019. gada 13. novembrī  
plkst. 15.00, VM 309. zālē

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

- Dace Rezeberga** - Veselības ministrijas galvenā speciāliste ginekoloģijā un dzemdniecībā/ Padomes priekšsēdētāja
- Jana Pavāre** - Veselības ministrijas galvenā speciāliste pediatrijā/ Padomes priekšsēdētājas vietiece
- Aija Lielnora**  
(Aijas Lazdānes vietā) - Latvijas Māsu asociācijas Bērnu aprūpes māsu apvienības prezidente
- Inguna Ločmele** - Latvijas Ģimenes ārstu asociācijas valdes locekle
- Dzintars Mozgis** - Slimību profilakses un kontroles centra direktora vietnieks sabiedrības veselības un profilakses jautājumos
- Renāte Snipe** - valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” (turpmāk – BKUS) virsārste

## Nepiedalās Padomes locekļi:

- Maira Jansone** - Latvijas Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas pārstāve
- Līga Gaigala** - Nacionālā veselības dienesta Ārstniecības pakalpojumu departamenta direktora vietnieka p.i.
- Līga Kozlovskā** - Latvijas Lauku ģimenes ārstu asociācijas priekšsēdētāja
- Ilze Grope** - Latvijas Pediatru asociācijas prezidente

## Piedalās:

- Sanita Janka** - Veselības ministrijas Veselības aprūpes departamenta Ārstniecības kvalitātes nodaļas vadītāja
- Dace Žentiņa** - valsts sabiedrības ar ierobežotu atbildību “Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca” (turpmāk – PSKUS) pneimologe
- Kristīne Bernāte** - PSKUS hematoloģe
- Daina Andersone** - PSKUS reimatoloģe

<b>Una Gailiša</b>	- PSKUS endokrinoloģe
<b>Inita Buliņa</b>	- PSKUS endokrinoloģe
<b>Elīna Aleksejeva</b>	- BKUS alergoloģe, pneimonoloģe
<b>Zane Straume</b>	- BKUS anestezioloģe, reanimatoloģe
<b>Ineta Grantiņa</b>	- BKUS alergoloģe, pneimonoloģe
<b>Iveta Dzīvīte-Krišāne</b>	- BKUS endokrinoloģe
<b>Zane Dāvidsone</b>	- BKUS reimatoloģe
<b>Marita Cikovska</b>	- Latvijas Pediatru asociācijas pārstāve, pediatre
<b>Alda Reinika</b>	- Nacionālā veselības dienesta Ārstniecības pakalpojumu departamenta direktore
<b>Kitija Irbe</b>	- Nacionālā veselības dienesta Ārstniecības pakalpojumu departamenta Pakalpojumu attīstības nodaļas vecākā eksperte

#### **Darba kārtība:**

1. Hronisko, sarežģīto pacientu ārstniecība, dinamiskā novērošana, sasniedzot 18 gadu vecumu (ziņo BKUS virsārste R. Snipe un Veselības ministrijas galvenā speciāliste pediatrijā J. Pavāre).
2. Endokrīno pacientu “transition” klīnika (ziņo BKUS endokrinoloģe I. Dzīvīte-Krišāne).
3. Hronisko pacientu pēc 18 gadu vecuma aprūpe un tās organizācija citās Eiropas valstīs (ziņo BKUS valdes locekle Z. Straume).
4. Diskusijas.
5. BKUS priekšlikumi situācijas uzlabošanai

**J. Pavāre** informē, ka šodienas Padomes sēde ir veltīta hronisko pacientu aprūpei, ņemot vērā bērnu speciālistu (pediatru) konstatēto problēmu, kuras pamatā ir ar hroniskām slimībām slimojošu pacientu, kuri ir sasnieguši 18 gadu vecumu, nodošana pieaugušo speciālistu aprūpē, kas būtu atbilstoši koordinējama un pilnveidojama.

#### **1. Hronisko, sarežģīto pacientu ārstniecība, dinamiskā novērošana sasniedzot 18 gadu vecumu**

(R. Snipe)

**R. Snipe** vērš uzmanību, ka šobrīd hronisku, sarežģītu pacientu, kuri ir sasnieguši 18 gadu vecumu, nodošana pieaugušo pacientu veselības aprūpē nav koordinēta, sistematizēta un apmaksāta, līdz ar ko tai ir nepieciešama multidisciplināra pieeja. Citu valstu pieredze liecina, ka daļā gadījumu būtu nepieciešami tā saucamie “transition” konsiliji, kuros bērnu ārsts var kvalitatīvāk izstāstīt pieaugušo

speciālistam konkrētā pacienta slimības un ārstēšana gaitu, līdz ar ko šim sadarbības periodam būtu jāatvēr vairāk laika, un to nevar pielīdzināt standarta ambulatorai pieņemšanai, tādējādi būtu risināms jautājums par pārejas procesa motivējošu apmaksu. Ja process netiks koordinēts, zudīs uz pacientu centrēta attieksme, pacients būs ārpus ārsta redzesloka, zaudēs uzticēšanos ārstam, kas var rezultēties ar slimības komplikācijām un zaudētiem kvalitatīvas dzīves gadiem. BKUS ir pietiekama kapacitāte, lai daļā gadījumu turpinātu hronisko pacientu dinamisko novērošanu līdz 21 gadu vecumam. Galvenie riski ir pacientu grūtniecības gadījumi, kā arī pacientu akūtas saslimšanas gadījumi. Ar pacientu līdz 21 gadu vecumam šobrīd būtu gatavi strādāt bērnu endokrinologi, alergologi, pneimonologi, hematoloģi, neirologi un nefrologi. Tāpat nav problēmu ar veselības aprūpes pakalpojumu nodrošināšanu reto slimību kabinetā, kurā tiek sniegti sertificēta internista un uztura speciālista pakalpojumi gan bērniem, gan pieaugušajiem. Būtu jāsaprot, cik daudz gadā ir tādu hronisko, sarežģīto pacientu, kuriem būtu vajadzīgs bērnu un pieaugušo speciālistu konsilijs un cik gadā ir tādu pacientu, kuriem būtu nepieciešama ārstu komanda, kas viena vai divu gadu laika periodā veic pacienta nodošanu un pārņemšanu pieaugušo speciālistu veselības aprūpē (*skatīt 1. prezentāciju*).

## 2. Endokrīno pacientu “transition” klīnika

(I. Dzīvīte-Krišāne)

**I. Dzīvīte-Krišāne** aicina latviskot terminu “transition”. Vērš uzmanību, ka fizioloģiski cilvēka organisms ir nobriedis vidēji 21 gadu vecumā. Dzimumnobriešanas process ietekmē hroniskas slimības gaitu, kā arī hroniska slimība var ietekmēt dzimumnobriešanas procesa norisi. Starptautiskā pieredze ir atšķirīga, vidēji “transition” periods endokrinoloģijā ilgst no 18 – 21 gadu vecumam, bet atsevišķās valstīs vecuma amplitūda pārejai no bērnu veselības aprūpes uz pieaugušo aprūpi svārstās no 16 – 24 gadu vecumam. Atbilstoši pasaules pieredzei, pārejas periods norisinās “transition” klīnikās un ilgst apmēram no viena līdz diviem gadiem pirms pacienta pilnīgas pārejas pieaugušo aprūpē, sadarbojoties bērnu un pieaugušo speciālistiem.

Šobrīd Latvijā no valsts tiek kompensēta insulīna sūkņu terapija bērniem, BKUS tiek nodrošināta arī bērnu speciālistu apmācība, savukārt pieaugušo endokrinologi nestrādā ar insulīna sūkņiem, līdz ar ko bērna tālākā ambulatorā aprūpe, nonākot pieaugušo vecumā, ir problemātiska. Pacientus ir iespējams dinamiski novērot arī līdz 21 gadu vecumam, bet būtu izstrādājamas rekomendācijas rīcībai gadījumos, kuros insulīna sūkni lietojošs pacients akūtā situācijā nonāk stacionāra neatliekamās palīdzības nodaļā. Šobrīd pacientu pāreja notiek, pamatojoties uz ārstu labo gribu un savstarpējiem kontaktiem. Tāpat būtu risināma problēma, kas saistīta ar augšanas hormona lietošanas turpināšanu līdz 21 gadu vecuma sasniegšanai, ja pacientam ir attiecīgas medicīniskās indikācijas. Vienlaikus ir aktuāls ar medicīnisko dokumentāciju saistīts jautājums, nemot vērā, ka, atbilstoši starptautiskajām endokrinologu vadlīnijām, katrai patoloģiju grupai

būtu jāveido “čekliste”, kurā norādīta pieaugušo speciālistam nododamā informācija par pacientu, pacientam veicamajiem izmeklējumiem, kā arī norādīts pacienta aprūpei piesaistītais speciālists. Papildus būtu risināms jautājums par medicīnisko ierīču apmaksu, piemēram – insulīna sūkņu apmaksu pacientiem, kuri ir sasnieguši 18 gadu vecumu (*skatīt 2. prezentāciju*).

**J. Pavāre** rosina kopīgi meklēt risinājumus aktualizētajām problēmām, kā arī aicina pieaugušo speciālistus paust savu redzējumu.

**K. Bernāte** vērš uzmanību, ka hematoonkoloģijā minētais jautājums būtu diskutējams, ņemot vērā, ka bērnu un pieaugušo ārstēšanā ir atšķirīgas ķīmijterapijas shēmas.

**U. Gailiņa** informē, ka pieaugušo endokrinologiem ir izveidojusies laba sadarbība ar bērnu endokrinologiem, bet pirms bērna nodošanas pieaugušo aprūpē būtu vēlams organizēt dažas abu speciālistu kopīgas vizītes, kuru īstenošanai ir nepieciešami papildu resursi, un tās būtu attiecīgi apmaksājamas. Tāpat būtu organizējami kopīgi konsiliji, kuri jau ir notikuši, bet šādu konsiliju organizēšanai būtu jāparedz noteikta kārtība un apmaksa.

**D. Žentiņa** pievienojas viedoklim, ka problēmas risināšanai būtu paredzami papildu resursi, tai skaitā cilvēkresursi un materiālie resursi. Pneimoloģijā cistiskās fibrozes pacientu pārņemšanai pieaugušo aprūpē būtu jāsakārto infrastruktūra – speciāli jāparedz palātas, kuras ir rezervētas tiem pacientiem, kuri tiek pārņemti un kuriem nepieciešamības gadījumā būtu iespēja nodrošināt veselības aprūpes pakalpojumus stacionārā.

**D. Andersone** piekrīt, ka būtu jārod iespēja ambulatori organizēt kopīgus konsilijus, kuru darbība būtu atbilstoši apmaksāta no valsts budžeta līdzekļiem. D. Andersone pauž viedokli, ka konsiliji būtu jāorganizē, bērnam sasniedzot 18 gadu vecumu. Reimatoloģijā, bērnam pārejot pieaugušo aprūpē, būtiska ir bioloģisko medikamentu pārņemšana. Vienlaikus būtu risināms jautājums par pieaugušajiem pacientiem noteiktā rādītāja, kas raksturo funkcionālās roku kapacitātes spējas, pielāgošanu bērna spējām veikt ikdienas darbus, lai korekti noteiktu bērna funkcionālo grupu. Ir svarīgi katru gadu savlaicīgi plānot bērnu, kuri pāriet, pieaugušo aprūpē, skaitu, lai nepieļautu negatīvu ietekmi uz pakalpojumu pieejamību pieaugušajiem pacientiem.

**I. Ločmele** norāda, ka ģimenes ārsta rīcībā informācija par pacientu ir pieejama jau no dzimšanas brīža. Bērna vecuma pacientu pāreja uz pieaugušo aprūpi nav vienkārša, ņemot vērā, ka pieaugušo aprūpē no pacienta tiek sagaidīta lielāka patstāvība, atbildības sajūta un līdzestība.

**R. Snipe** norāda, ka hroniska pacienta dinamiskās novērošanas organizēšanā ir būtiski organizēt pacienta pierakstu pie speciālista, tai skaitā – pēc konsilija, tādējādi nodrošinot speciālista konsultācijas savlaicīgu pieejamību.

**I. Grantiņa** pauž viedokli, ka bērnu pneimoloģijā pacientu pāreja pieaugušo aprūpē būtu jāsāk vidēji no 20 gadu vecumu, lai 21 gadu vecumā pacienti būtu pārņemti pieaugušo aprūpē. Vienlaikus būtu jāņem vērā arī bērna svars. Tāpat,

būtu vēlams pabeigt iesākto imūnterapiju pirms pacienta pārejas pieaugušo aprūpē. Lai ambulatoriem pacientiem nodrošinātu atbilstošu stacionāro medicīnisko palīdzību akūtās situācijās, būtu jāiezīmē diagnožu grupas un pacientu ceļš.

**I. Dzīvīte-Krišāne** akcentē, ka ir ne tikai hronisko pacientu grupa, bet arī reto slimību pacientu grupa, kuru dzīvildzei ir tendence pieaugt. Daudzu hronisko pacientu aprūpes pamatā ir komandas darbs, kurā ir iesaistīti vairāki speciālisti, līdz ar to 2 gadu pārejas periods uz pieaugušo aprūpi ir laiks, kurā būtu organizējami konsiliji, lai vairāki speciālisti varētu savstarpēji diskutēt par problēmterapijām un lemt par atbilstošākās terapijas izvēli pieaugušo pacientu aprūpes praksē.

**J. Pavāre**, ņemot vērā dalībnieku paustos viedokļus, iezīmē secinājumus:

1) būtu organizējami pacienta (bērna) pārejas perioda uz pieaugušo aprūpi konsiliji, kuri tiktu atbilstoši finansēti – jāparedz gan regulāri konsiliji, gan jāizveido pieaugušo vecumu sasniegušo pacienta pārejas ceļi, tai skaitā, jārod risinājums pieaugušo aprūpē pārnākušā pacienta stacionārās aprūpes nodrošināšanai akūtās situācijās;

2) jāņem vērā fakts, ka pediatri būtu gatavi minēto pārejas periodu bērna nodošanai pieaugušo aprūpē pagarināt līdz 21 gadu vecumam.

### **3. Hronisko pacientu pēc 18 gadu vecuma aprūpe un tās organizācija citās Eiropas valstīs**

(Z. Straume)

**Z. Straume** informē, ka šā gada septembrī piedalījās Eiropas bērnu slimnīcu asociācijas seminārā Parīzē, kurā cita starpā tika diskutēts arī par pacientu pāreju no bērnu veselības aprūpes pieaugušo pacientu aprūpē. Hronisko pacientu, kuri ir nonākuši pieaugušo aprūpē, skaits katru gadu palielinās, līdz ar ko būtu jāveido sakārtota sistēma, lai nodrošinātu minēto pacientu pārejas perioda efektīvu plānošanu un īstenošanu.

Eiropas valstīs dažādās diagnožu grupās pacientu pāreja no bērnu veselības aprūpes pieaugušo aprūpē atšķiras. Ir pat diagnozes, kurās tā sākas jau 12 gadu vecumā.

Pacientam, pārejot pieaugušo aprūpē, ir jākļūst patstāvīgam un atbildīgam, tādēļ bērns jau savlaicīgi – no 15-16 gadu vecumā būtu jārosina patstāvīgi doties pie ārsta konsultācijas saņemšanai, vai vismaz kādu vizītes laiku palikt vienam ar ārstu – mācīties uzdot jautājumus, būt atbildīgam par sevi, izprast ar savu veselības stāvokli un ārstēšanu saistītos jautājumus.

Vienlaikus būtu jāparedz atbilstoši indikatori pacientu pārejas novērtēšanai. Ir gan medicīniski indikatori, gan cita veida indikatori, piemēram, – cik vizītēs pacients nav bijis; vizīšu salīdzinājums bērna aprūpē un pieaugušo aprūpē; pacienta līdzestība; zāļu lietošana; neatliekamās medicīniskās palīdzības nodaļas apmeklējums; ar pacienta dzīves kvalitātes izmaiņām saistītie jautājumi.

Būtu jāvienojas, ko un cik ilgi mērīsim, lai saprastu, kā ir noritējusi pacienta pāreja pieaugušo veselības aprūpē, un kas būtu uzlabojams.

#### **4. Diskusijas**

**Dz. Mozgis** pacientu kvalitatīvas un vienmērīgas pārejas no bērnu veselības aprūpes pieaugušo aprūpē nodrošināšanai ierosina ņemt vērā, kā arī risināt ar sociālās aprūpes un citiem atbalsta procesiem saistītos jautājumus, kuri daudzās valstīs ir nošķirti no primārās aprūpes. Piemēram, sabiedrības veselības māsas Eiropas valstīs nav pakļautas primārās veselības dienestam, bet gan tieši pakļautas pašvaldībām.

Dz. Mozgis aicina noteikt indikatorus sarežģīto pacientu klasifikācijai un vērš uzmanību uz Starptautiskās funkcionēšanas klasifikācijas lietošanas lietderību. Klasifikatoru pārsvarā lieto rehabilitologi, reimatologi, nedaudz arī ģimenes ārsti, kā arī tas tiek lietots invaliditātes noteikšanai.

Vienlaikus Dz. Mozgis aicina pievērst uzmanību tehnoloģiskās pieejas pielāgošanai pacientam, kurš no bērna veselības aprūpes pāriet pieaugušo aprūpē.

**S. Janka** vērš uzmanību, ka sanāksmē minēto konsiliju nodrošināšanai būtu precīzi jāparedz gan pacienta vecums un laika periods, kurā būtu organizējami konsiliji pacienta pārejai pieaugušo aprūpē, gan pacientu paredzamais skaits, lai varētu veikt aprēķinus plānoto pasākumu īstenošanai. Jāparedz nepieciešamais konsiliju skaits, konsiliju sastāvā iekļaujамie ārsti un jāvienojas ar Nacionālo veselības dienestu par iespējamo apmaksas kārtību. Vienlaikus S. Janka aicina definēt, kādi pacienti varētu tikt uzskatīti par sarežģītiem un pamainīt šādiem pacientiem pakalpojumu saņemšanas kārtību, jo visiem pacientiem konsiliji nav nepieciešami.

**U. Gailiša** aicina paredzēt vairāku speciālistu apvienoto konsultāciju apmaksu, ņemot vērā konsultācijas ilgumu, kā arī resursus speciālistu nokļūšanai konsultācijas vietā, kurā norisinātos ar pacienta pāreju pieaugušo aprūpē saistīta vizīte.

**A. Reinika** vērš uzmanību, ka konsiliji šobrīd tiek apmaksāti katram speciālistam kā atsevišķa aprūpes epizode un vienlaikus piekrīt speciālistiem, ka, apmaksājot šādu apvienoto konsultāciju, būtu jāņem vērā arī ceļa izdevumi, tai skaitā ceļā pavadītais laiks, kā arī laiks, kas nepieciešams, lai sagatavotu medicīnisko dokumentāciju par pacienta veselības vēsturi, tomēr, lai varētu pieprasīt papildu finansējuma piešķiršanu, katra izdevumu pozīcija būtu pamatojama.

Vienlaikus A. Reinika vērš uzmanību, ka šobrīd papildu finansējums veselības nozarei nav piešķirts, bet Nacionālais veselības dienests būtu gatavs veikt aprēķinus finanšu ietekmei, ņemot vērā ārstniecības iestāžu iesniegtos pieteikumus konkrētu darbību apmaksai, tai skaitā norādot nepieciešamo konsiliju skaitu vienam pacientam gadā, kā arī resursus, kuri būtu nepieciešami pacientu pārejas no bērnu aprūpes uz pieaugušo aprūpi organizēšanai, koordinēšanai un īstenošanai.

**J. Pavāre** precizē, ka minētā hroniska pacienta pārejas posma (2 gadi) ietvaros būtu jāparedz gan speciālistu konsultācijas, gan konsiliji atbilstoši konkrētajam pacientam noteiktajām medicīniskām indikācijām.

**Dz. Mozgis** vērš uzmanību, ka papildu finanšu resursi būtu jāparedz arī hronisku pacientu izglītošanai, iemācot pacientam bērna vecumā veselības pratības spēju. Tādējādi tiktu veicināta pacienta izpratne un spēja analizēt informāciju par savu slimību, kas atvieglotu slimības kontroles gaitu pieaugušā vecumā, kas ir sevišķi būtiski ir polimorbīdiem pacientiem. Pacientu izglītošanā būtu iesaistāmas izglītības māsas, kā arī atbalsta speciālisti (psihologi, fizioterapeiti, uztura speciālisti u.c.).

**J. Pavāre** aktualizē jautājumu par nepieciešamās stacionārās palīdzības nodrošināšanas iespējām hroniskajiem pacientiem, vienlaikus paužot viedokli, ka šim mērķim būtu jāsaprot speciālistu grupa, kā arī atsevišķās diagnožu grupās stacionāra palīdzība pacientam būtu sniedzama augsti specializētos centros.

Sanāksmes dalībnieki diskutē par minēto jautājumu, paužot viedokli par nepieciešamību paredzēt finansējumu izglītības pasākumiem.

## 5. BKUS priekšlikumi situācijas uzlabošanai

(J. Pavāre)

1. BKUS speciālisti var nodrošināt pacientu aprūpi līdz pacientu 19 – 21 gadu vecumam (atkarīgs no specialitātes).
2. Pacientu pārejas posmam no bērnu aprūpes pieaugušo aprūpē būtu jāparedz vismaz 2 gadi.
3. Pārejas periodā paredzēt pacientam vismaz 2 valsts apmaksātas vizītes gadā.
4. Izstrādāt kritērijus komplikēto pacientu definēšanai, kā arī nodrošināt komplikētiem pacientiem vienu vai vairākus konsilijus gadā pēc vajadzības.
5. BKUS līdz š. g. 23. decembrim sagatavo un nosūta Nacionālajam veselības dienestam kritērijus augstāk minētajām vizītēm un konsilijiem.
6. Nacionālais veselības dienests līdz 2020. gada 30. janvārim veic aprēķinus par pārejas posma, vizīšu un konsiliju izmaksām.
7. Turpināt risināt jautājumu par iespēju papildus sniegtajiem ārstniecības pakalpojumiem nodrošināt hroniskiem pacientiem ar ārstniecību nesaistītu atbalstu un aprūpi gan bērna, gan pieaugušā vecumā.
8. Iezīmēt pacienta ceļu tiem pacientiem, kuri ir sasnieguši 18 gadu vecumu, tai skaitā, nosakot, kurās ārstniecības iestādēs šiem pacientiem tiks nodrošināta valsts apmaksātu stacionāro pakalpojumu sniegšana akūtās situācijās.

Pielikumā:

1. prezentācija “Hronisko, sarežģīto pacientu ārstniecība, dinamiskā novērošana, sasniedzot 18 gadu vecumu” (R. Snipe, J. Pavāre) uz 7 lpp.;
2. prezentācija “Endokrīno pacientu “transition” klīnika (I. Dzīvīte-Krišāne) uz 5 lpp.

Sēdi vadīja

Jana Pavāre

Sēdes protokolēja

Viktorija Korņenkova