

NACIONĀLAIS  
ATTĪSTĪBAS  
PLĀNS 2020



**EIROPAS SAVIENĪBA**  
Eiropas Sociālais  
fonds

---

I E G U L D Ī J U M S T A V Ā N Ā K O T N Ē

Eiropas Savienības fondu darbības programmas „Izaugsme un nodarbinātība” 9.2.3.specifiskā atbalsta mērķa „Atbalstīt prioritāro (sirds un asinsvadu, onkoloģijas, perinatālā un neonatālā perioda un garīgās veselības) veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrādi un ieviešanu, jo īpaši sociālās atstumtības un nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai” ietvaros īstenotā projekta Nr.9.2.3.0/15/l/001 „Veselības tīklu attīstības vadlīniju un kvalitātes nodrošināšanas sistēmas izstrāde un ieviešana prioritāro jomu ietvaros” 9.nodevums – Kopsavilkuma ziņojums par galveno informētāju intervijām un fokusa grupu diskusijām

**Pasaules Bankas kompensējamie konsultatīvie  
pakalpojumi:  
Atbalsts, lai attīstītu veselības sistēmas stratēģiju  
prioritāro slimību grupās Latvijā**

**Latvijas veselības aprūpes sistēmas  
trūkumi: interviju un fokusa grupu  
diskusiju rezultāti**

**ATSKAITE**

**Pasūtītājs:  
Pasaules Banka**

**Veicējs:  
Nodibinājums „Baltic Institute of Social Sciences”**

**Rīga, 2015**

# Saturs

<b>Ievads.....</b>	<b>5</b>
Mērķis.....	5
Pētījuma galveno rezultātu kopsavilkums .....	5
Paskaidrojumi par ziņojumu .....	6
Pētījuma plāns un metodes .....	6
Rekrutēšana .....	7
Respondentu raksturojums .....	10
<b>1. Cilvēkresursi .....</b>	<b>11</b>
1.1. Veselības aprūpes darbinieku trūkums .....	11
1.1.1. Specializācijas sertifikāti .....	12
1.1.2. Ienākumu nevienlīdzība dažādos veselības aprūpes sektoros.....	14
1.1.3. Veselības aprūpes speciālistu migrācija .....	14
1.1.4. Kvalifikācijas iegūšana un ar to saistītās izmaksas .....	15
1.1.5. Ierobežojumi ienākšanai darba tirgū.....	17
1.2. Pašreizējās darbinieku rekrutēšanas un darbā paturēšanas stratēģijas.....	19
1.3. Nodarbinātības un atalgojuma modeļi .....	21
1.3.1. Pagarināts darba laiks .....	21
1.3.2. Praktizēšana vairākās vietās un papildus darba vietas.....	22
1.3.3. Atalgojuma tendences .....	23
1.3.4. Neformālie maksājumi .....	25
1.4. Ieteikumi .....	26
Pētījuma dalībnieku perspektīva.....	26
Pētnieka perspektīva.....	26
<b>2. Veselības aprūpes pieejamība.....</b>	<b>27</b>
2.1. Rindas .....	27
2.2. Neformālie maksājumi .....	29
2.3. Ģeogrāfiskā pieejamība .....	29
2.4. Stratēģijas, ko pacienti un veselības aprūpes speciālisti izmanto, lai pacienti savlaicīgi saņemtu nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus .....	31
2.5. Ieteikumi .....	32
Pētījuma dalībnieku perspektīva.....	32
Pētnieka perspektīva.....	33
<b>3. Pakalpojumu saņemšanas modelis.....</b>	<b>34</b>
3.1. Vispārīgs pakalpojumu sniegšanas modeļa apraksts .....	34

3.2. Ārstu un medmāsu lomas .....	36
3.3. Ģimenes ārstu un pacientu sadarbība .....	37
3.4. Ģimenes ārstu un speciālistu sadarbība .....	38
3.5. Klīnisko vadlīniju izmantošana .....	39
3.6. Onkoloģija .....	39
3.6.1. Prevencija, skrīnings un diagnostika .....	39
3.6.2. Ārstēšana .....	41
3.6.3. Novērošana .....	42
3.6.4. Ārstēšanas koordinēšana starp dažādiem līmeņiem .....	43
3.7. Sirds un asinsvadu slimības .....	43
3.7.1. Prevencija, skrīnings un diagnostika .....	43
3.7.2. Ārstēšana .....	45
3.7.3. Novērošana .....	45
3.7.4. Ārstēšanas koordinēšana starp dažādiem līmeņiem .....	46
3.8. Garīgā veselība .....	46
3.8.1. Diagnostika .....	46
3.8.2. Ārstēšana .....	47
3.8.3. Novērošana .....	48
3.8.4. Ārstēšanas koordinēšana starp dažādiem līmeņiem .....	49
3.9. Mātes un bērna veselība .....	49
3.9.1. Ārstēšana un novērošana .....	49
3.9.2. Ārstēšanas koordinēšana starp dažādiem līmeņiem .....	50
3.10. Ieteikumi .....	51
Pētījuma dalībnieku perspektīva .....	51
Pētnieka perspektīva .....	52
<b><u>Secinājumi un ieteikumi.....</u></b>	<b>53</b>
<u>1. pielikums: fokusa grupu diskusiju vadlīnijas par cilvēkresursu attīstību .....</u>	<u>55</u>
<u>2. pielikums: fokusa grupu diskusiju vadlīnijas ar speciālistiem .....</u>	<u>59</u>
<u>3. pielikums: fokusa grupu diskusiju vadlīnijas ar pacientiem.....</u>	<u>62</u>
<u>4. pielikums: interviju vadlīnijas profesionālo asociācija un pacientu organizāciju pārstāvjiem .....</u>	<u>65</u>
<u>5. pielikums: interviju vadlīnijas personām ar garīga rakstura saslimšanām .....</u>	<u>68</u>

## Ievads

### Mērķis

1. Šajā ziņojumā atklāti rezultāti, ko sniedzis kvalitatīvs pētījums, kura uzmanība tika pievērsta tēmām, ko grūti atklāt ar kvantitatīvu datu palīdzību, koncentrējoties uz šādiem aspektiem:
  - i. galvenie veselības sistēmas trūkumi, kas pacientiem neļauj laicīgu piekļuvi aprūpei un kvalitatīviem pakalpojumiem, kā arī kavē Latvijas medicīnas pakalpojumu sniedzēju sadarbību,
  - ii. izaicinājumi veselības aprūpes darbinieku piesaistīšanas un noturēšanas jomā.
2. Šī analīze tika veikta kā daļa no Pasaules Bankas grupas (PBG) un Nacionālā veselības dienesta (NVD) vienošanās par kompensējamiem konsultatīviem pakalpojumiem, kura mērķis ir sniegt „Atbalstu, lai attīstītu veselības sistēmas stratēģiju prioritāro slimību grupās Latvijā”. Šī analīze veikta, balstoties uz fokusa grupu diskusijām un intervijām ar dažādām veselības nozarē iesaistītām pusēm – ieskaitot pacientus, ārstus, medmāsas un veselības aprūpes iestāžu vadītājus –, kas 2015. gada novembrī norisinājās visā Latvijā.

### Pētījuma galveno rezultātu kopsavilkums

3. Diskusijas un intervijas, kas saistītas ar cilvēkresursiem, atklāja, ka lielākā daļa veselības sistēmā iesaistīto pušu uzskata, ka būtiska problēma ir veselības aprūpes personāla trūkums. Lai gan šī problēma ietekmē daudzus aspektus, visakūtākā tā šķiet tikai slimnīcās strādājošiem ārstiem, medmāsām un ārstiem, kas atrodas rezidentūras praksē. Pētījuma dalībnieki uzskata, ka veselības aprūpes darbinieku zemais atalgojums, kā arī nepievilcīgā sociālā un kultūras vide lauku apvidos varētu būt būtiskākie pamata iemesli šādam darbinieku trūkumam.
4. Dalībnieki novērojuši, ka gan ārsti, gan pacienti nepietiekami ilgu laiku velta profilakses pasākumiem. Pašreizējā profilakses pasākumu organizācija lielāko atbildību liek uz pacientu pleciem. Tā kā ģimenes ārstiem ir ļoti liels pacientu skaits, gan pacienti, gan paši ģimenes ārsti jūt, ka viņi nevelta pietiekami lielu uzmanību pacientu profilaktisko darbību uzraudzībai. Turklāt pacientiem, it sevišķi vecāka gadagājuma cilvēkiem, nav paraduma vērsties pie ģimenes ārstiem vai medmāsām profilaktiskos jautājumos.
5. Pacienti, ārsti un veselības aprūpes iestāžu vadītāji ir novērojuši, ka piekļuve veselības aprūpei Latvijā ir diezgan ierobežota, un galvenais šķērslis ir mazie līdzekļi, kas no valsts budžeta tiek piešķirti diagnostikai un ārstēšanai, kas savukārt ir iemesls garajām gaidīšanas rindām.
6. Daudzas grupu diskusijas izgaismoja ar aprūpi saistītas problēmas – tā nav pietiekami integrēta dažādus līmeņus. Ģimenes ārsti un ārsti – speciālisti ir vienisprātis, ka viņi pārsvarā sazinās tikai ar oficiālu izrakstu starpniecību. Tādējādi pētījuma autors uzskata, ka labāka koordinācija un informācijas apmaiņa varētu palīdzēt pacientiem saņemt kvalitatīvāku aprūpi. Pašlaik lielākā atbildība par nepieciešamo speciālistu apmeklēšanu gulstas uz pašiem pacientiem. Runājot par pacientiem ar blakusslimībām, ārsti mēdz koncentrēties tikai uz pamata slimību.

## Paskaidrojumi par ziņojumu

7. Nākamajā sadaļā aprakstīts pētījuma plāns un metodes, kas izmantotas, analizējot informāciju, kas iegūta fokusa grupu diskusijās un padziļinātajās intervijās ar daudzām veselības aprūpes sistēmā iesaistītām pusēm. Tālāk atrodamais materiāls sastāv no trim daļām. Pirmā daļa ir veltīta cilvēkresursiem veselības aprūpes jomā, pievēršot uzmanību personāla trūkuma iemesliem un pašreiz pielietotajām stratēģijām darbinieku piesaistīšanai un noturēšanai. Otrajā daļā uzmanība vērsta uz aprūpes pieejamību – galvenokārt uz būtiskākajiem šķēršļiem, kas traucē laikus veikt diagnostiku un ārstēšanu, kā arī dažādām stratēģijām, ko izmanto pacienti, lai ātri iegūtu vajadzīgos veselības aprūpes pakalpojumus. Trešajā daļā apskatīts pašreizējais pakalpojumu sniegšanas modelis un tas, kā tas ietekmē aprūpi četru pamata slimību un stāvokļu (sirds un asinsvadu slimības, vēzis, garīgās slimības, kā arī perinatālie un maternitātes stāvokļi) gadījumā, pievēršot uzmanību profilaksei un skrīningam, diagnostikai, ārstēšanai un aprūpes koordinēšanai starp visiem speciālistiem visos līmeņos.
8. Tā kā pētījuma mērķis bija aplūkot Latvijas veselības sistēmas problēmas, ir ļoti svarīgi paturēt prātā, ka ziņojums galvenokārt koncentrējas uz negatīvajiem aspektiem, nevis uz sistēmas stiprajām pusēm. Līdz ar to ziņojums jau pēc būtības nav līdzsvarots, un sistēmas stiprās puses ir minētas retāk. Cits apsvēruma, kas jāņem vērā, – ziņojumā aprakstīti trūkumi no pētīto mērķa grupu perspektīvas, un viņi varētu būt nepietiekami informēti par konkrētu politisko lēmumu iemesliem un pamatojumu. Viņu apgalvojumu var būt nepareizi (piemēram, grupa var būt nepareizi sapratusi vai nepareizi izskaidrojusi kādas normas), bet tie neapstrīdami ir šīs grupas viedokļi un uzskati, ko apstiprina fokusa grupu diskusiju laikā veiktais ieraksts. Bieži ir novērojama atšķirība starp to, kam būtu jānotiek (tiesību akti) un kas patiesībā notiek (faktiskā situācija) vai kas tiek *uzskatīts* par notiekošu, to noteikti ir nepieciešams apzināties un analizēt tālāk, nevis izslēgt no ziņojuma. Šī ziņojuma mērķis ir sniegt pārskatu par visu veidu uzskatiem attiecīgajās mērķa grupās. Dažos gadījumos attiecīgo mērķa grupu viedoklis ir papildināts ar atsaucēm uz spēkā esošo normatīvo regulējumu un demokrātiskas sabiedrības principiem, ko pievienojuši ziņojuma autori.

## Pētījuma plāns un metodes

9. Pētījumu veica Baltijas Sociālo zinātņu institūts (BISS) no 2015. gada 21. oktobra līdz 2015. gada 21. decembrim. Galvenās pētījuma veikšanā un rezultātu analizē iesaistītās personas bija Oksana Žabko (pētnieku grupas vadītāja), Dr.sc.soc. Inese Šūpule (vecākā pētniece), Iveta Bebriša (vecākā pētniece) un Lelde Jansone (vecākā asistente).
10. Tika plānots veikt 15 padziļinātas intervijas un 10 fokusa grupu diskusijas (FGD) par trim galvenajām tēmām: cilvēkresursi veselības aprūpē, garīgās veselības aprūpe un pakalpojumu izmantošana.
11. Padziļinātās intervijas tika veiktas ar Slimnīcu biedrības (1 intervija), četru prioritāro slimību grupu speciālistu profesionālo organizāciju (4 intervijas) un pacientu organizāciju (3 intervijas) pārstāvjiem, kā arī ar personām ar garīga rakstura saslimšanām un viņu ģimenes locekļiem (7 intervijas).
12. FGD tika iedalītas trīs apakšgrupās, kā aprakstīts 1. tabulā:

- (1) pacienti ar hroniskām slimībām un personas ar augstu saslimšanas risku katrā no četrām prioritāro slimību grupām (4 FGD);
- (2) ģimenes ārsti, medmāsas, citi veselības aprūpes speciālisti un pašvaldību pārstāvji, kas strādā ar veselības aprūpes kvalitātes un pakalpojumu pieejamības jautājumiem (3 FGD);
- (3) veselības aprūpes speciālisti profesionālo organizāciju un arodbiedrību pārstāvji, valsts un privātā sektora veselības aprūpes vadītāji, kā arī cilvēkresursu jautājumos iesaistītie darbinieki (3 FGD).

### Rekrutēšana

13. Veselības aprūpes iestāžu, profesionālo asociāciju un pacientu organizāciju pārstāvju, kā arī ārstu un pašvaldību pārstāvju rekrutēšana tika balstīta uz publiski pieejamiem avotiem (iestāžu katalogiem), Nacionālā Veselības dienesta mājas lapā pieejamo pakalpojumu sniedzēju sarakstu un, kad nepieciešams, uz Veselības inspekcijas mājas lapā pieejamo veselības aprūpes darbinieku un iestāžu reģistru. Gatavojot cilvēkresursu FGD respondentu sarakstu, tika ietvertas gan valsts, gan privātās veselības aprūpes iestādes. Runājot par intervijām, netika izvēlēts konkrēts katras iestādes vai organizācijas pārstāvis, bet katra iesaistītā iestāde vai organizācija pati izvēlējās personu vai personas, kas pētījumā pārstāvēs tās viedokli.
14. Balstoties uz šiem sarakstiem, veselības aprūpes nozarē strādājošo pārstāvju rekrutēšana FGD un intervijām notika vairākos posmos. Pirmkārt, sākotnējais kontakts tika nodibināts tālruņa sarunas laikā, kas vienkārši pievērsa konkrētās personas uzmanību plānotajam notikumam. Otrkārt, uz elektronisko pastu tika nosūtīta detalizēta informācija par FGD vai intervijas mērķiem, kā arī Nacionālā Veselības dienesta sagatavotā vēstule. Treškārt, ja potenciālais dalībnieks nebija apstiprinājis savu dalību dažu dienu laikā, tālruņa sarunas laikā tika nodibināts cits kontakts. Ceturtkārt, visi rekrutētie dalībnieki saņēma atgādinājumu vienu vai divas dienas pirms gaidāmā notikuma.
15. Pacientu rekrutēšana FGD, kas veltītas prioritārajām slimību grupām, notika pa tālruni, kur sākotnējais kontaktu saraksts tika iegūts nejaušas atlasē rezultātā no visiem Latvijas tālruņa numuriem. Tālruņa sarunu laikā mērķa grupas pacienti tika atlasīti ar aptaujas anketas palīdzību – tajā bija ietverti jautājumi par dzīves stila ieradumiem, slimībām vai stāvokļiem, ar kuriem šie cilvēki saskārušies pēdējo 2 vai 3 gadu laikā. Pēc šīs aptaujas BISS atlasīja dalībniekus, lai pārliecinātos, ka tikusi iekļauta pietiekama profīlu dažādība (dzimums, vecums, hronisko slimību veids, sociāli demogrāfiskais fons). Kad tika rekrutēti dalībnieki intervijām par garīgās veselības jautājumiem, BISS paļāvās uz saviem personīgajiem sociālajiem tīkliem un kontaktiem ar pacientu organizācijām.
16. 1. tabulā redzams, ka dažās FGD plānotais dalībnieku skaits netika sasniegts, jo daži sākotnēji piekrišanu izteikušie dalībnieki atteicās piedalīties vai viņiem nebija laika apmeklēt šo FGD. Apakšgrupās, kur dalībnieku skaits nebija pietiekams, pa tālruni vai klātienē tika intervēti papildu respondenti. Bija salīdzinoši vienkārši rekrutēt speciālistus FGD par cilvēkresursu jautājumiem, jo visas uzaicinātās iestādes izrādīja lielu interesi par šo tēmu. Visproblemātiskākā bija mērķa grupa, kas sastāvēja no citiem veselības aprūpē strādājošiem speciālistiem – ģimenes ārsti, ārsti – speciālisti un medmāsām attiecās piedalīties laika trūkuma, darba pienākumu vai citu iemeslu dēļ. Runājot par pacientiem, visproblemātiskākā mērķa grupa bija vīrieši (dažas rekrutētās personas neieradās uz FGD), kā arī sievietes diskusijām par perinatāliem un maternitātes stāvokļiem, jo tas tika

uztverts kā ļoti sensitīvs jautājums. FGD laikā ar šo tematu saistītie jautājumi tika apspriesti beigās, kad vīriešu kārtas dalībnieki bija atstājuši telpu (skat. vadlīniju 3. pielikumu).



## 1. tabula. FGD apraksts

#	Datums un norises vieta	FGD tēma	Mērķa grupa	FGD dalībnieku skaits	Papildus interviju skaits
1.	2015. gada 3. novembris, Rīga	Cilvēkresursi	Cilvēkresursu vadītāji, veselības aprūpes iestāžu vadītāji, pašvaldību pārstāvji, profesionālo asociācija un arodbiedrību pārstāvji, augstskolu akadēmiskais personāls	9	1
2.	2015. gada 4. novembris, Rīga	Veselības aprūpes kvalitāte un pakalpojumu pieejamība	Ģimenes ārsti, ginekologi, medmāsas	3	5
3.	2015. gada 5. novembris, Liepāja	Cilvēkresursi	Cilvēkresursu vadītāji, veselības aprūpes iestāžu vadītāji, pašvaldību pārstāvji	10	0
4.	2015. gada 5. novembris, Liepāja	Veselības aprūpes kvalitāte un pakalpojumu pieejamība	Pacienti (latviski) ar hroniskām slimībām un personas, kurām ir augsts risks kādā no četrām prioritārajām slimību grupām	8	0
5.	2015. gada 11. novembris, Daugavpils	Cilvēkresursi	Cilvēkresursu vadītāji, veselības aprūpes iestāžu vadītāji, pašvaldību pārstāvji, augstskolu akadēmiskais personāls	9	0
6.	2015. gada 12. novembris, Rēzekne	Veselības aprūpes kvalitāte un pakalpojumu pieejamība	Ģimenes ārsti, medmāsas, pašvaldību pārstāvji, veselības aprūpes iestāžu vadītāji	8	2
7.	2015. gada 12. novembris, Rēzekne	Veselības aprūpes kvalitāte un pakalpojumu pieejamība	Pacienti (latviski) ar hroniskām slimībām un personas, kurām ir augsts risks kādā no četrām prioritārajām slimību grupām	6	1
8.	2015. gada 17. novembris, Valmiera	Veselības aprūpes kvalitāte un pakalpojumu pieejamība	Ģimenes ārsti, medmāsas, pašvaldību pārstāvji, veselības aprūpes iestāžu vadītāji	6	3
9.	2015. gada 24. novembris, Rīga	Veselības aprūpes kvalitāte un pakalpojumu pieejamība	Pacienti (latviski) ar hroniskām slimībām un personas, kurām ir augsts risks kādā no četrām prioritārajām slimību grupām	10	0
10.	2015. gada 26. novembris, Rīga	Veselības aprūpes kvalitāte un pakalpojumu pieejamība	Pacienti (krieviski) ar hroniskām slimībām un personas, kurām ir augsts risks kādā no četrām prioritārajām slimību grupām	9	0

## Respondentu raksturojums

17. FGD piedalījās 56 veselības aprūpes speciālistu un iesaistīto pušu. Starp šiem dalībniekiem bija 23 cilvēkresursu un veselības aprūpes iestāžu vadītāji (20 valsts un trīs privātā sektorā), 12 ģimenes ārsti, desmit pašvaldību pārstāvji, četras medmāsas, trīs profesionālo asociāciju pārstāvji, dibu medicīnas koledžu pārstāvji un divi ginekologi. Vairums respondentu ieņēma vairākas pozīcijas (piemēram, viens speciālists var būt gan pašvaldības un augstskolas pārstāvis, gan profesionālas asociācijas pārstāvis), un šī ziņojuma ietvaros viņi tika sadalīti kategorijās saskaņā ar organizāciju, ar kuru tika izveidots sākotnējais kontakts un kura tika uzaicināta dalībai FGD.
18. Kopumā FGD piedalījās 34 pacienti – 13 vīrieši un 21 sieviete. 13 dalībnieki bija vai nu sirds un asinsvadu slimību pacienti, vai šo slimību riska grupas dalībnieki, desmit bija vēža pacienti vai daļa no šīs slimības riska grupas (piemēram, vecāka gadagājuma personas, kas smēķē un izvairās no skrīninga), septiņi slimoja ar garīgās veselības kaitēm, bet četri bija saņēmuši pakalpojumus perinatālo vai maternitātes stāvokļu rezultātā.
19. Interviju un diskusiju vadlīnijas, kas izmantotas katrā mērķa grupā, ir ietvertas 1. – 5. pielikumā. Neskatoties uz FGD iedalījumu atsevišķās tēmās par cilvēkresursiem un pakalpojumu pieejamību, visu grupu dalībnieki neizbēgami izvirzīja cilvēkresursus kā akūtāko problēmu Latvijas veselības aprūpē. Dažās grupās dalībnieki minēja, ka uzsvars ticis likts uz nepareizajām problēmām un ka nav ņemta vērā cilvēkresursu tēma; šajās FGD bija praktiska nepieciešamība veltīt daļu laiku arī šim jautājumam. Tā rezultātā dažas no FGD vadlīnijās plānotajām tēmām tika apspriestas mazāk detalizēti.
20. Katra FGD un padziļinātā intervija ar dalībnieku atļauju tika ierakstīta audio formātā, lai saglabātu visu minēto informāciju. Pēc diskusijām un intervijām BISS izveidoja audio ierakstu stenogrammu, ievērojot dalībnieku anonimitāti. Šī iemesla dēļ nav sniegts pilns dalībnieku saraksts. Pētnieku grupas vadītājs un grupas locekļi neatkarīgi analizēja sniegto informāciju, meklējot kopīgas tēmas. Tad grupa atkal apvienojās un apkopoja pētījuma rezultātus, kas iegūti individuālo analīžu rezultātā.

## 1. Cilvēkresursi

21. Šajā sadaļā tiek aprakstītas galvenās problēmas veselības aprūpes cilvēkresursu jomā, to cēloņi un pašreizējie pasākumi, kas tiek īstenoti, lai samazinātu šo traucēkļu radīto iespaidu. Tā tiek balstīta uz cilvēkresursu vadītāju, veselības aprūpes iestāžu vadītāju un profesionālo asociāciju pārstāvju (kas, jāpiebilst, ir arī ārsti vai akadēmiskais personāls) viedokli. Tā rezultātā ir grūti nošķirt, kuru iesaistīto pušu grupu katra persona pārstāv. Tādējādi šajā sadaļā mēs atsaucamies uz diskusijas veidu (cilvēkresursi vai citi) un interviju (profesionālo asociāciju), kuras laikā informācija tikusi iegūta.
22. Visu iesaistīto pušu vidū ir plaši izplatīts viedoklis, ka galvenā cilvēkresursu problēma ir veselības aprūpes personāla trūkums. To izraisījuši vairāki iemesli, ieskaitot salīdzinoši zemais atalgojums, ko saņem veselības aprūpes nozarē strādājošais darbspēks, kā arī pievilcīgas nodarbinātības alternatīvas citos saistītos sektoros vai ārzemēs. Problēmas apmēri un cēloņi tiek aplūkoti 1.1. apakšnodaļā.
23. Cilvēkresursu vadītāji kā vienu no problēmām minēja jaunu darbinieku trūkumu Latvijas veselības aprūpes sistēmā. Turklāt līdzās vispārējam medicīnas personāla trūkumam cits būtisks faktors, ko minēja šī grupa, ir mehānismu trūkums, kas piespiestu pašlaik praktizējošus ārstus pārtraukt darbu veselības aprūpes jomā, ja viņu sniegums nav pietiekami labs vai ja viņi ir sasnieguši pensijas vecumu.
24. Veselības aprūpes personāla trūkums palielina sāncensību darbinieku pievilināšanas ziņā, īpaši reģionos un lauku apvidos. Stratēģijas, ko pielieto reģionālie cilvēkresursu vadītāji, lai risinātu šo problēmu, ir aprakstītas 1.2. apakšnodaļā. Lai gan darbspēka piesaistē ir svarīgi gan finanšu, gan citi stimuli, lielākā uzmanība ir tikusi pievērsta tieši finanšu stimuliem, un dalībniekiem šķiet, ka tiem ir bijusi ierobežota ietekme.
25. Veselības aprūpes personāla trūkums un neapmierinātība ar atalgojumu ir likusi parādīties īpašiem nodarbinātības un atalgojuma modeļiem, piemēram, ilgāks darba laiks, prakšu apvienošana ārpus amata, kā arī neoficiāli maksājumi. Šie jautājumi ir apskatīti 1.3. apakšnodaļā.

### 1.1. Veselības aprūpes darbinieku trūkums

26. Veselības aprūpes speciālisti un cilvēkresursu vadītāji ir vienprātis, ka Latvijas veselības aprūpes sistēmā nepastāv cilvēkresursu plānošana. Turklāt mērķa grupa uzskata, ka pastāvošā uzskaites sistēma nenodrošina pietiekamu informācijas daudzumu, lai varētu novērtēt medicīnas aprūpes personāla trūkumu. Balstoties uz viņu ikdienas novērojumiem, vairums cilvēkresursu vadītāju (it sevišķi tas attiecas uz Latvijas reģionu pārstāvjiem) ir pārliecināti, ka veselības aprūpes personāla skaits ir nepietiekams. Šis novērojums attiecas uz visām speciālistu grupām, ieskaitot dažādu specialitāšu ārstus, kā arī medmāsas un vidējo medicīnas personālu. Mazākā mērā šī problēma attiecas arī uz ģimenes ārstiem. Lai gan problēma ir izplatīta visos veselības aprūpes līmeņos – primārajā, sekundārajā un terciālajā –, tā ir aktuāla vietējās slimnīcās, īpaši Latvijas austrumu daļā, kur veselības aprūpes personāla trūkums ir visizteiktākais.
27. Cilvēkresursu vadītāji un veselības aprūpes iestāžu vadītāji uzsver, ka pastāv speciālistu trūkums konkrētās jomās, ieskaitot izmeklēšanu, lai gan ar Eiropas Struktūrfondu

palīdzību ir iegūts kvalitatīvs, moderns aprīkojums, kas reizēm kaut kur stāv pat neizpakots. Daudzi no intervētajiem iestāžu vadītājiem un ārsti – speciālisti atzīst, ka pēdējo divdesmit gadu laikā daudz naudas ir ieguldīts tehnoloģijās un infrastruktūrā, bet nav cilvēku, kas ar šo aprīkojumu strādātu. Citiem vārdiem sakot, nepietiekama uzmanība tikusi pievērsta cilvēkresursiem, kamēr pārlieku lieli naudas līdzekļi bijuši piešķirti noteikta medicīnas aprīkojuma iegādei.

28. Daži cilvēkresursu vadītāji atzīst, ka kopējais Latvijas veselības aprūpes personāla skaits nevarētu īpaši atpalikt no ES līmeņa. Viņi uzskata, ka statistikas un realitātes neatbilstība rodas tādēļ, ka ir nepietiekama veselības aprūpes speciālistu reģistrācija. Lai gan visi veselības aprūpes speciālisti ir reģistrēti Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā, tomēr ārsti varētu būt iekļauti šajā reģistrā, pat ja viņi jau strādā ārzemēs. Tas varētu notikt divu iemeslu dēļ. Pirmkārt, ārsti vēlas saglabāt savu resertifikāciju, kas ļauj viņiem neatkarīgi praktizēt Latvijā. Otrkārt, neformālas attiecības ar iepriekšējo darba vietu ļauj viņiem saglabāt oficiālu nodarbinātības statusu Latvijā (ar algu 0 EUR). Tomēr pētījumā iegūtā informācija neļauj mums novērtēt, cik šī tendence ir izplatīta.
29. No diskusijām un intervijām izriet, ka dalībnieki identificējuši četras galvenās tendences, kas varētu būt par iemeslu veselības aprūpes personāla trūcumam Latvijā:
- (1) ārstu migrācija no veselības aprūpes uz farmācijas nozari 20. gs. 90. gados un 21. gs. pirmajos gados, kas radīja vidēja gadagājuma personāla trūkumu;
  - (2) ierobežojumi attiecībā uz pakalpojumiem, ko sniedz noteiktas ārstu un medmāsu specialitātes;
  - (3) iespējas nopelnīt vairāk ar mazāku atbildību sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē radīja speciālistu trūkumu slimnīcās;
  - (4) palielināts migrācijas līmenis veselības aprūpes speciālistu vidū, it īpaši tas attiecas uz jaunāko paaudzi.
30. Nākamajās trijās apakšnodaļās detalizētāk skaidroti trīs augstāk minētie iemesli, proti, ierobežojumi attiecībā uz pakalpojumiem, ko sniedz noteiktu specialitāšu veselības aprūpes personāla, iespējas nopelnīt vairāk sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē un palielināts migrācijas līmenis veselības aprūpes speciālistu vidū. Visapspriestākais iemesls bija iespējas nopelnīt vairāk ar mazāku atbildību sekundārajā ambulatorajā veselības aprūpē.

### 1.1.1. Specializācijas sertifikāti

31. Ierobežojumi attiecībā uz pakalpojumiem, ko sniedz noteiktu specialitāšu pārstāvji, izriet no prasības, ko paredz Ārstniecības likums un attiecīgie Ministru Kabineta noteikumi, par sertifikātu, kas ļauj veselības aprūpes profesionālim strādāt neatkarīgi noteiktā jomā (piemēram, internists, kardiologs, asinsvadu ķirurgs, psihiatrs u.c.) vai apakšjomā (piemēram, internists par pneimologu vai psihiatrs par bērnu psihiatru). Saskaņā ar 2009. gada 24. februāra Ministru Kabineta noteikumiem Nr. 192, ir 42 specialitāšu jomas, kuros ārsti var tikt sertificēti; medmāsām tādas jomas ir desmit. Ārstiem ir jābūt atbilstošiem sertifikācijas ierobežojumiem attiecībā uz iespējām sniegt pakalpojumus citā specialitātē. Piemēram, saskaņā ar kāda profesionālās asociācijas pārstāvja pausto intervijā, aptuveni trīs gadus ehokardiogrāfiju veica kardiologi un radiologi. Pēc tam šo diagnostikas pakalpojumu varēja sniegt tikai kardiologi. Tā kā tiek uzskatīts, ka

kardiologu skaits Latvijā ir nepietiekams, respondents minēja, ka šis ierobežojums traucē diagnostikas pieejamībai, īpašu reģionos. Citi cilvēkresursu vadītāji ir novērojuši, ka šis gadījums nav vienīgais piemērs Latvijas veselības aprūpes jomā.

32. Atbildot uz šo piemēru, cilvēkresursu vadītāju un veselības aprūpes speciālistu vidū pastāv divi viedokļi. No vienas puses, veselības aprūpes speciālisti (galvenokārt vecākie profesionālo asociāciju biedri, kas strādā universitātes slimnīcās) uzsver, ka katras ārstu specialitātes pienākumu ierobežošana un abpusēji ekskluzīvu pienākumu ieviešana var palielināt aprūpes kvalitāti. No otras puses, cilvēkresursu vadītāji uzskata, ka konkurentu skaita ierobežošana ļauj ārstiem, kam ir vajadzīgā sertifikācija, pelnīt vairāk un rada speciālistu trūkumu attiecīgajā jomā, kavējot diagnosticēšanu, ārstēšanu un līdz ar to izraisot pacientu dzīves kvalitātes zaudēšanu.
33. Saskaņā ar normatīvajiem aktiem atbildība par ārstu sertificēšanu un resertificēšanu (reizi piecos gados) gulst uz Latvijas Ārstu biedrības pleciem. Līdz ar to, kā uzskata cilvēkresursu vadītāji, Latvijas valdība nevar ietekmēt noteikumu izmaiņas attiecībā uz speciālistiem, kam ir ļauts sniegt noteiktus diagnosticēšanas un ārstēšanas pakalpojumus.
34. Runājot par medmāsām, ierobežojumi attiecībā uz pakalpojumiem, ko sniedz noteiktas specialitātes, ierobežo viņu darba mobilitāti. Piemēram, ambulatorās aprūpes medmāsa un slimnīcas medmāsa ir dažādas specialitātes, tādēļ, ja medmācai nav abu sertifikātu, nav iespēju strādāt abās jomās (detalizētāk skatīt 2. nodaļu). Lai strādātu abu veidu aprūpes iestādēs, medmācai ir nepieciešami divi sertifikāti. Turklāt medmāsām, kuras strādā slimnīcās, ir sava specialitāte, piemēram, operāciju māsa, ķirurģiskās aprūpes māsa, onkoloģiskās aprūpes māsa utt. Līdzīgi kā runājot par ārstiem, atbildība par medmāsu sertificēšanu un resertificēšanu gulst uz Latvijas Māsu biedrības pleciem. Nepieciešamība resertificēties reizi piecos gados, izejot noteiktu apmācību un atbilstot darba pieredzes prasībām, ir dārga procedūra, jo medmāsām pašām jāsedz resertifikācijas izmaksas. Šo apmācību maksas atmaksa ir viens no stimuliem, ko praktizē darba devēji, lai piesaistītu un paturētu personālu.
35. Vairāku reģionālo veselības aprūpes centru un slimnīcu pārstāvji uzsver, ka ierobežojumi attiecībā uz pakalpojumiem, ko sniedz noteiktas ārstu un medmāsu specialitātes, ierobežo iespējas nodrošināt nepieciešamo personālu (t.i., noteikumos paredzēto speciālistu skaitu) un fleksibli to nodarbināt. Tā kā noteikumos ir paredzēts naktīs strādājošo ārstu skaits un specialitātes, reģionālajās un vietējās slimnīcās, kurās trūkst konkrētu specialitāšu ārstu, var rasties grūtības ievērot šīs prasības. Slimnīcu vadītāji uzskata, ka tādos gadījumos konkrētas specialitātes ārsta aizstāšana ar līdzīgas profesijas ārstu varētu būt risinājums, ko pašlaik neatļauj likums.
36. Papildu specialitāšu iegūšana var nozīmēt būtiskas izmaksas. Pirmkārt, tam ir nepieciešams atsākt rezidentūras studijas līdz pat sešiem gadiem neatkarīgi no pašreizējām ārsta specialitātēm un praktiskās pieredzes. Tas izriet no grozījumiem, kas tika veikti 2009. gada 24. marta Ministru kabineta noteikumos Nr. 268. Pieredzējušu speciālistu profesionāļu atgriešanās rezidentūrā nozīmē vēl vienu būtisku iespaidu uz veselības aprūpi – tas samazina valsts finansētās budžeta vietas jaunajiem ārstiem.
37. Cilvēkresursu menedžeri uzsver arī nepieciešamību pēc lielākas fleksibilitātes sertificēšanas jomā. Slimnīcām reizēm var rasties nepieciešamība nekavējoties palielināt medmāsu skaitu vienā vai citā nodaļā, t.i., nosūtīt medmāsas, kas strādā vienā nodaļā,

veikt pienākumus citā, ja vienā jomā darba noslodze ir liela, bet otrā maza. Tā kā strādāšana neatkarīgi ir atļauta vienīgi speciālistiem, kuriem ir sertifikāti konkrētajā nozarē, šāda fleksibla nodarbinātība nav iespējama. Tādēļ cilvēkresursu vadītāji iesaka paplašināt specialitāšu grupas, jo slimnīcu ikdienas praksē ir nepieciešams nošķirt vienīgi dažas medmāsu specialitātes (piemēram, reanimācija un intensīvā aprūpe, anestezioloģija, dzemdniecība). Apspriežot šo risinājumu, cilvēkresursu vadītāji nenorādīja uz nepieciešamību pēc papildu apmācībām medmāsām, kuras viņi varētu fleksibli nodarbināt dažādās specialitātēs.

### 1.1.2. Ienākumu nevienlīdzība dažādos veselības aprūpes sektoros

38. Gandrīz visi cilvēkresursu vadītāji, īpaši tie, kas strādā slimnīcās, un daži profesionālo asociāciju pārstāvji uzsvēra problēmu, ka personāls izmanto priekšrocību pelnīt vairāk sekundārajā (parasti privātajā) ambulatorajā veselības aprūpē ar mazāku atbildību nekā tiem, kas nodarbināti slimnīcās. Tiek uzskatīts, ka ārstiem ir vairāk iespēju tā rīkoties nekā medmāsām. Tomēr tas ir atkarīgs arī no ārstu specialitātēm un no tā, vai ambulatorajā veselības aprūpē, īpaši privātajā jomā, ir pieprasījums pēc attiecīgās specialitātes. Ārsti, kam šajā ziņā ir priekšrocības, ir ginekologi, psihiatri, traumatologi un citu līdzīgu specialitāšu pārstāvji. Cilvēkresursu vadītāji uzskata, ka ginekologu iespējas ir īpaši labas, jo valsts kompensāciju grūtniecības aprūpē var uzskatīt par konkurētspējīgu. Savukārt intensīvajā aprūpē un anestezioloģijā strādājošo ārstu iespējas cilvēkresursu vadītāji uzskata par neizdevīgām.
39. Cilvēkresursu vadītāji atzīst, ka sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pievilcības iemesls ir atšķirības kompensācijas sistēmā un darba noslodze sekundārajā un terciālajā aprūpē. Pamata kompensācija terciālajā aprūpē ir atalgojums, ko nosaka slimnīcas regulējums un budžets, savukārt atalgojums par darbu sekundārajā aprūpē ir atkarīgs no konsultācijas saņemošo pacientu skaita. Tā kā vidējā maksa par konsultāciju privātajā ambulatorajā aprūpē ir aptuveni EUR 30, speciālistiem īsā laikā ir iespēja pelnīt vairāk nekā strādājot terciālajā aprūpē. Turklāt, salīdzinot ar terciālo aprūpi, sekundārajā aprūpē ir mazāka darba noslodze, jo tajā neietilpst darbs naktī. Tas var radīt situāciju, kad ārsti pamet darbu vai samazina slodzi slimnīcā līdz pusslodzei un lielāko daļu ienākumu gūst sekundārajā aprūpē, ieskaitot privātu veselības aprūpi (detalizētāku informāciju lasīt 2. nodaļā). Tā kā reģionālajās slimnīcās ir mazāks personāls un katra darbinieka zaudējumam ir lielāka ietekme, speciālistu trūkums šī iemesla dēļ tur ir vairāk jūtams.

### 1.1.3. Veselības aprūpes speciālistu migrācija

40. Pieaugošās veselības aprūpes speciālistu (īpaši jaunākās paaudzes) migrācijas problēmai ir vairāki veicinoši faktori. Pirmkārt, pastāv plaša starp medicīnas aprūpes personāla atalgojumu Latvijā un ārzemēs. Pamatojoties uz jaunu ārstu viedokli un viņu ārzemēs rezidentūras praksē esošu kolēģu pieredzi, citi būtiski veicinoši faktori ir mazāka darba slodze, labāki darba apstākļi infrastruktūras un aprīkojuma ziņā, pieprasījums pēc speciālistiem ārzemēs, kā arī ļoti aktīvi rekrutēšanas uzņēmumi.
41. Daži cilvēkresursu vadītāji uzskata, ka cits būtisks migrāciju veicinošs faktors ir nepietiekamais valsts finansēto rezidentūras vietu skaits Latvijā. Cilvēkresursu vadītāji uzsver, ka Latvijā katru gadu ir aptuveni 300 jauni ārsti, kas tikko absolvējuši augstskolu, bet valsts nodrošina tikai aptuveni 200 valsts apmaksātas rezidentūras vietas, kas ļauj studējošiem ārstiem iegūt specializāciju, lai varētu iziet sertifikāciju un tādējādi iegūtu

iespēju strādāt neatkarīgi. Tas nozīmē, ka 100 jaunajiem ārstiem, kas apmācīti, pateicoties valsts līdzekļiem, jāizvēlas starp privāti apmaksātu rezidentūru un tādu pašu vietu ārzemēs. Cilvēkresursu vadītāji uzskata, ka valsts finansēto rezidentūras vietu skaits patiesībā varētu būt mazāks par 200, jo jaunajiem ārstiem būs jākonkurē ar vairāk pieredzējušiem ārstiem, lai kvalificētos apakšspecialitātēm vai saistītās jomas specialitātēm.

42. Pamatojoties uz jauno ārstu un medmāsu pieredzi, uzņēmumi, kas rekrutē veselības aprūpes personālu darbam ārzemēs, pārzina ES valstu normatīvos aktus un prasības un ir izstrādājušas noteiktas rekrutēšanas stratēģijas. Viņu darbs ir vērsts uz abām absolventu grupām – tiem, kuriem ir valsts finansēta rezidentūras vieta, un tiem, kuriem tādas nav. Jaunajiem ārstiem ir skaidrs redzējums par to, kas būtu jādara studiju laikā un kā viņu karjerai vajadzētu attīstīties citās ES dalībvalstīs, lai iegūtu savu „sapņu darbu” ārzemēs. Galvenie lēmumi tiek pieņemti, kad rezidentūras studijas nonāk gala pārbaudījumu posmā un viņi saņem savu sertifikātu. Šajā brīdī daži spēcīgi faktori veicina migrācijas ideju – savas studiju pieredzes salīdzināšana ar citu studentu rezidentūras studijām ārzemēs, kā arī vairāk pieredzējuša, vecāka personāla ieteikums doties uz ārzemēm zemā atalgojuma dēļ, ko saņem Latvijas veselības aprūpes personāls.
43. Galvenās cilvēkresursu vadītāju bažas šajā sakarā saistās ar valsts budžeta līdzekļu tērēšanu, finansējot tādu personu studijas, kas vēlāk dodas uz ārzemēm, kā arī Latvijas cilvēkresursu zaudēšana. Daži cilvēkresursu vadītāji piedāvā vairākus šīs problēmas risinājumus. Pirmkārt, viņi iesaka izveidot precīzāku cilvēkresursu plānošanu veselības aprūpē un novērst plaisu starp vispārējo medicīnas studiju absolventu skaitu (300) un rezidences studiju vietu skaitu (200). Otrkārt, viņi iesaka piedāvāt lielākas stipendijas rezidentūras studentiem, kas ir motivēti doties prom zemā ienākumu līmeņa dēļ. Treškārt, viens cilvēkresursu vadītājs min alternatīvu, ka Latvijai vajadzētu ieviest maksas medicīnas studijas, sākot no otrā vai trešā gada. Šādā gadījumā, ja absolvents vēlāk izvēlētos strādāt valsts veselības aprūpē, valsts maksātu mācību maksas kredītu par laika posmu, kuru viņš pavadītu šajā darbā. Tomēr cilvēkresursu vadītājs, kurš ieteica šo ideju, paredz, ka to noraidīs universitātes, kas piedāvā medicīnas studiju programmas.
44. Līdzās iepriekš minētajiem iemesliem jānorāda vēl viens iemesls, kas piedāvāts veselības aprūpes personāla, īpaši ārstu, trūkuma skaidrošanai – ilgais studiju laiks, kas koncentrējas galvaspilsētā Rīgā un Rīgas reģionā. Reģionālie cilvēkresursu vadītāji ir pilnīgi pārliecināti, ka pēc studiju beigšanas jaunie ārsti nevēlas doties uz reģioniem dažādu iemeslu dēļ – piemēram, algas tur ir zemākas, sociālā un kultūras vide ārpus Rīgas tiek uzskatīta par mazāk dinamisku, viņus, iespējams, jau saista attiecības. Reģionālās slimnīcas ir labākā situācijā nekā vietējās slimnīcas, jo tās var piedāvāt rezidentūras vietas saistībā ar mācību personāla pieejamību un medicīnisko gadījumu daudzveidību, kas nepieciešama kvalitatīvai praksei. Tomēr reģionālo cilvēkresursu vadītāju pieredze rāda, ka Latvijas reģionu piedāvātās prakses iespējas labprātāk izmanto studenti, kas jau sākotnēji nāk no šīm vietām.

#### 1.1.4. Kvalifikācijas iegūšana un ar to saistītās izmaksas

45. Cilvēkresursu vadītāji, profesionālo asociāciju pārstāvji un speciālisti uzskata, ka veselības aprūpes personāla kvalifikācijas un zināšanu līmenis atšķiras ne tikai atrašanās vietas, bet arī personāla paaudzes ziņā. Par šo jautājumu neizdevās rast kopīgu viedokli. Šāda secinājuma iemesls ir veselības aprūpes darbinieku motivācijas un pieredzes

atšķirības, kā arī ikdienas pienākumi, kam nepieciešams veltīt ilgu laiku un kas novērš šo personu uzmanību. Profesionālo asociāciju pārstāvji atzīst, ka personālam ar augstāku prasmju līmeni vajadzētu koncentrēties lielos veselības aprūpes centros (tādos kā universitātes slimnīcas), kas ļautu novērot plašu klāstu dažādu slimību, traucējumu un komplikāciju. Tomēr reģionālo veselības aprūpes iestāžu pārstāvjiem ir atšķirīgs viedoklis – viņi uzsver nepieciešamību nodrošināt, lai aprūpe būtu pieejama pacientu dzīvesvietai tik tuvu, cik vien iespējams.

46. Cilvēkresursu vadītāji un veselības aprūpes darbinieki uzskata, ka veselības aprūpes personāla nepieciešamība iziet sertifikāciju un resertifikāciju ik pēc pieciem gadiem (kā arī veselības aprūpes personāla nepieciešamība būt reģistrētiem neatkarīgi no tā, vai sertificēšana ir notikusi) ir gan tālākizglītības garants, gan medicīniskās izglītības sniedzēju bizness. Cilvēkresursu vadītāji saistībā ar apmācības iespējām saskata vairākas problēmas:

- (1) apmācība pārsvarā tiek sniegta Rīgā, tādēļ reģionālais veselības aprūpes personāls paliek zaudētājos – viņiem jāvelta ilgāks laiks, gaidot apmācības;
- (2) apmācību kvalitāte un apmācību dalībniekiem izvirzītie noteikumi atšķiras;
- (3) apmācību izmaksas ir augstas (it sevišķi tas attiecas uz medmāsām).

47. Runājot par pirmo problēmu – apmācību pieejamību – , cilvēkresursu vadītāji iesaka veicināt informācijas un komunikāciju tehnoloģiju lietošanu un attīstīt e-apmācību pieeju, piemēram, lekcijas tiešsaistē vai video konferences. Šādai pieejai varētu būt vairākas priekšrocības. Pirmkārt, tā ļautu ietaupīt laiku un naudu; otrkārt, tas varētu nodrošināt augstāku lekciju kvalitāti bez studentu skaita ierobežojumiem. Otra priekšrocība ir saistīta arī ar otru problēmu, kas tika minēta iepriekš. Kopumā vairums cilvēkresursu vadītāju un profesionālo asociāciju pārstāvju uzskata, ka katru tēmu, kas ietverta apmācībās, būtu pēc kāda laika jāatkārto, lai neviena tēma netiktu aplūkota lielākā mērā nekā citas. Runājot par mērķi samazināt četru dominējošo slimību un stāvokļu (t.i., sirds un asinsvadu slimības, vēzis, garīgās veselības problēmas, kā arī perinatālie un maternitātes stāvokļi) ietekmi, profesionālo asociāciju pārstāvju vispārējais ieteikums ir ģimenes ārstu apmācību lekciju laikā analizēt novēlotu diagnožu iemeslus.

48. Medmāsām koledžas līmeņa izglītība ir iespējama ne tikai Rīgā, bet arī valsts koledžu reģionālajās filiālēs, piemēram, Liepājā, valsts rietumu daļā, un Daugavpils Medicīnas koledžā austrumos. Tomēr specializācijas sertifikāta iegūšanai ir nepieciešamas studijas, kas ir pieejamas vienīgi Rīgas reģionā. Līdz ar to, lai turpinātu mācības, kas nepieciešamas medmāsas sertifikāta iegūšanai, ir nepieciešams regulāri doties uz Rīgu un tur uzturēties. Kā atzīst reģionālie cilvēkresursu vadītāji, tam ir nepieciešams laiks un nauda, kas vidējam studentam parasti nav.

49. Runājot par apmācību pieejamību reģionos, daži reģionālie cilvēkresursu vadītāji atsaucas uz savu pieredzi iepriekšējā ES finansētajā plānošanas periodā (2007 – 2013). Tobrīd medmāsu apmācības finansēja ESF (Eiropas Sociālais fonds). Lai gan līdzekļi bija paredzēti apmācību nodrošināšanai, bija arī trūkumi. Nebija pietiekami daudz informācijas par to, kurš var pretendēt un vai apmācību noslēgumā tiks piešķirts sertifikāts. Vienīgi Rīgas medicīnas koledžas spēja nodrošināt apmācības, kuras tika apmaksātas no ESF. Tā kā nokļūšana uz Rīgu ar mērķi iziet apmācības daudziem medicīnas aprūpes darbiniekiem ir sarežģīta, arī reģionālās medicīnas koledžas vēlējās iesaistīties šajā shēmā un nodrošināt apmācības.



50. Ar augsto apmācību maksu saistītās problēmas daļēji risina dažas medicīnas aprūpes iestādes (galvenokārt slimnīcas – gan reģionālās, gan vietējās), kas sniedz noteiktu finansiālu atbalstu savam personālam. Šajā pētījumā netika precīzi noteikts šī atbalsta apjoms un biežums. Cilvēkresursu vadītāji, kas ir snieguši finansiālu atbalstu, uzsver, ka tas ir atkarīgs no katras konkrētās situācijas un vajadzības pēc apmācībām, personāla tipa, līgumu ilguma, nodarbinātības iespējām utt. Tomēr šis atbalsta veids tiek uzskatīts par stimulu, kas tiek piedāvāts personālam, kad darba devējs nevar palielināt darba algas.

#### 1.1.5. Ierobežojumi ienākšanai darba tirgū

51. Cilvēkresursu vadītāji un profesionālo asociāciju pārstāvji uzsver, ka problēma ir jaunpienācēju trūkums Latvijas veselības aprūpes sektorā. Pilsētām, kurās atrodas universitātes un medicīnas koledžas, ir priekšrocība, salīdzinot ar pārējo valsti. Rīga piedāvā visa veida medicīnas specialitātes. Runājot par medmāsu specialitāti, Liepājai un Daugavpilij ir priekšrocības, jo tur atrodas reģionālās medicīnas koledžas.

52. Problēmai, kas saistīta ar ienākšanu Latvijas veselības aprūpē, ir divas puses. No vienas puses, Latvijas ārsti nevēlas braukt prom no Rīgas. Šajos gadījumos gandrīz visi reģionālie cilvēkresursu vadītāji un pašvaldību pārstāvji atzīst, ka viņi ļoti priecājas, ja vecāka gadagājuma veselības aprūpes personāls vēlas turpināt darbu. Tomēr tas nozīmē, ka dažos veselības aprūpes personāla segmentos, īpaši reģionos, dominē pirmspensijas vai pat pensijas vecums. Dažiem darbiniekiem ir vairāk nekā 70 gadu.

53. No otras puses, daži cilvēkresursu vadītāji atzīst, ka, runājot par noteiktu specialitāšu ārstiem, tai skaitā ģimenes ārstiem, pastāv šķēršļi iekļūšanai veselības aprūpes darba tirgū, piemēram:

- (1) trūkst mehānisma, ka liktu pašreiz praktizējošiem ārstiem atstāt veselības aprūpi, ja viņu sniegums nav pietiekami labs vai ja viņi ir pensijas vecumā, kas ierobežo jau tā ierobežoto darba vietu skaitu;
- (2) rezidentūras vietu skaits citām specialitātēm ir ierobežots, ja attiecīgā profesionālā asociācija vēlas ierobežot šī pakalpojuma sniedzēju skaitu, tādā veidā radot augstu pieprasījumu pēc šiem speciālistiem.

54. Pirmo problēmu – mehānisma, kas ļautu atbrīvoties no slikti strādājošiem ārstiem, trūkums – izraisa ikdienas darba prakse. Runājot par šo problēmu, cilvēkresursu vadītāji un profesionālo asociāciju pārstāvji uzsver, ka iespēju jauniem ārstiem ienākt darba tirgū nodrošina līgumi ar Nacionālo Veselības dienestu (NVD). Viņi apraksta, ka sistēma darbojas šādi: jaunie ārsti var ienākt darba tirgū, ja viņiem ir tieši vai netieši līgumi (ar darba vietas starpniecību) ar NVD. Tomēr NVD ir ierobežots līgumu skaits par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu atbilstoši noteiktās teritorijās dzīvojošo cilvēku skaitam. Kamēr vien vecāka gadagājuma ārstiem ir līgumi ar NVD, jaunāki ārsti nevar ienākt darba tirgū. Tā kā līgumi ar NVD parasti ilgst vienu gadu vai nedaudz ilgāk, teorētiski ir iespējams izbeigt līgumus ar ārstiem, kas ir pārāk veci vai neatbilst vajadzīgajiem standartiem. Tomēr cilvēkresursu vadītāji uzsver, ka realitātē tā nenotiek.

55. Cilvēkresursu vadītāji, kuri norādīja uz augstāk minēto problēmu, uzskata, ka iemesls tam, kāpēc NVD turpina parakstīt līgumus ar slikti strādājošiem ārstiem, ir tas, ka viņiem ir spēkā esoši sertifikāti. Tā kā veselības aprūpes personālam jāiziet resertifikācija reizi piecos gados, šis process tiek uzskatīts par pierādījumu atbilstībai prasībām un labam sniegunam praksē. Tomēr cilvēkresursu vadītāji, kuri uzsvēra šo problēmu, ir

pamanījuši, ka dažādās profesionālajās asociācijās prasības resertifikācijas nokārtošanai atšķiras. Saskaņā ar cilvēkresursu vadītāju novērojumiem dažas asociācijas (ieskaitot ģimenes ārstu asociāciju) pieļauj resertifikāciju, balstoties vienīgi uz argumentu, ka ārsts ir „cilvēks ar stāvokli sabiedrībā”. Tas ļauj arī slikti strādājošām personām saglabāt savu sertifikātu. Cilvēkresursu vadītāji uzskata, ka šādos gadījumos sertifikātu anulēšana ir iespējama vienīgi nopietnu pārkāpumu gadījumos. Cilvēkresursu vadītāji atzīst, ka, lai risinātu šo problēmu un vienkāršotu iespēju jaunākiem, nesenāk apmācītiem ārstiem ienākt darba tirgū, pašlaik vienīgais veids ir panākt vienošanos ar ārstu – ieskaitot dažāda veida kompensācijas maksājumus –, ka tas atstās darba vietu un labprātīgi pārtrauks savu līgumu ar NVD.

56. Papildu problēmas rodas ar ģimenes ārstiem. Pirmkārt, pastāv trūkumi noteikumos, kas paredz, kā rīkoties ar pacientu dokumentāciju, kad ģimenes ārsta prakse tiek slēgta, un kā piekļūt (vai nogādāt) pacienta dokumentāciju, kad strādāt sāk jaunais ārsts. Šo problēmu varētu atrisināt ģimenes ārsta prakses pārmantošana, taču šāda prakse Latvijā vēl nav attīstīta.
57. Cita problēma jaunaļiem ģimenes ārsti rodas, jo pastāv prasība sasniegt vismaz 600 reģistrētu pacientu skaitu pirmo sešu mēnešu laikā kopš ir noslēgts līgums ar NVD. Cilvēkresursu vadītāji un ģimenes ārsti atzīst (un šo viedokli pamato arī fokusa grupu diskusiju ar pacientiem laikā izdarītie secinājumi), ka ievērot prasību par vajadzīgo reģistrēto pacientu skaitu, pirmo reizi ienākot veselības aprūpes tirgū, ir sarežģīti. Tas notiek tādēļ, ka pacienti neuzticas jaunaļiem ārstiem, kas sava vecuma dēļ tiek uzskatīti par nepieredzējušiem – tas kopumā rada zemu apmeklējuma līmeni. Tas nozīmē, ka jaunaļiem ārstiem aktīvi pašiem jāmeklē pacienti un jāpārlicina viņus reģistrēties.
58. Trešā problēma, kas kavē dabīgu ģimenes ārstu nomaiņu, ir viņu likumiskais statuss. Tā kā vairumam ģimenes ārstu ir pašnodarbināto personu statuss, likums viņiem ļauj veikt tikai minimālas sociālās apdrošināšanas iemaksas. Cilvēkresursu vadītāji atzīst, ka ģimenes ārsti šo iespēju izmantojuši ilgu laiku. Tā rezultātā, sasniedzot pensionēšanās vecumu, viņiem ir mazas pensijas un nozīmīgi samazinās ienākumu līmenis. Cilvēkresursu vadītāji uzskata, ka tas ir viens no iemesliem, kāpēc ģimenes ārsti nevēlas doties pensijā vai atbalsta tādu noteikumu pieņemšanu, kas ļauj pirkt un pārdot ģimenes ārstu prakses. Tomēr viens cilvēkresursu vadītājs iestājās pret ģimenes ārstu prakšu pārdošanu, jo tās ir aprīkotas ar valsts līdzekļu palīdzību un visa pacientu dokumentācija ir praksei piederošs īpašums. Vienīgais arguments, kas to atļautu, būtu gadījumā, ja ģimenes ārstu prakses tiktu reģistrētas kā sabiedrības ar ierobežotu atbildību, kam tādā gadījumā būtu jāievēro visas ar nodokļu maksāšanu saistītās prasības.
59. Viens piedāvājums, kas palīdzētu jaunaļiem ārstiem vieglāk ienākt darba tirgū un ko piedāvāja daži cilvēkresursu vadītāji un profesionālo asociāciju pārstāvji, ir ierobežot vecumu, līdz kuram medicīnas personālam var būt noslēgts līgums ar NVD. Viņi iesaka noteikt 65 gadu vecumu, kas, kā tiek plānots, nākotnē būs pensionēšanās vecums Latvijā. Šāds ierobežojums varētu attiekties vienīgi uz darbu valsts veselības aprūpes sistēmā, nevis uz darbu privātajā veselības aprūpē vai uz privātā konsultanta pienākumiem, jo katra speciālista patieso vērtību noteiks konkurences noteikumi. Tomēr, ierobežojot nodarbinātības iespējas valsts veselības aprūpē, var rasties iebildumi gadījumā, ja konkrētajā apvidū vai reģionā nav attiecīgās nozares speciālistu. Taču šis pētījums arī parāda, ka Latvijas veselības aprūpes sektorā vēl nav panākta iekšējā vienošanās par to,

kā tikt galā ar šķēršļiem, kas kavē ienākšanu darba tirgū. Tādēļ cilvēkresursu vadītāji un profesionālo asociāciju pārstāvji varētu noraidīt šo ideju.

## 1.2. Pašreizējās darbinieku rekrutēšanas un darbā paturēšanas stratēģijas

60. Saskaņā ar cilvēkresursu vadītāju viedokli, darbaspēka mainība Latvijas veselības aprūpes sektorā atšķiras atkarībā no personāla tipa, specialitātes un reģiona. Tā kā ģimenes ārstiem lielākoties ir savas prakses, viņi parasti ir telpas veselības aprūpes centros. Cilvēkresursu vadītāji un ģimenes ārsti ir novērojuši, ka, kopš ģimenes ārstiem ir līgumi ar NVD, viņu darbaspēka mainības līmenis ir zems. Citiem ārstiem, kas darbojas konkrētās specialitātēs, lielākoties ir darbinieka līgumi ar veselības aprūpes centriem. Medmāsas parasti ir ģimenes ārstu vai veselības aprūpes centru darbinieki. Tomēr ģimenes ārsti reizēm mudina medmāsas reģistrēties par pašnodarbinātām personām, lai izvairītos no sociālo iemaksu maksājumiem (lai iegūtu sīkāku informāciju, lasīt zemāk). Lielākā darbaspēka mainība ir medmāsu vidū. Cilvēkresursu vadītāji ir novērojuši, ka Latvijā darbaspēka plūsma virzās no valsts sektora uz privāto sektoru un no privātā sektora uz citām valstīm. Cita plūsma varētu būt no mazām vietām uz reģionālajiem centriem vai Rīgu. Cilvēkresursu vadītāji darbaspēka mainību veselības aprūpes jomā saista galvenokārt ar zemo atalgojumu..
61. Rekrutējot ārstus, cilvēkresursu vadītāji parasti pielieto divas stratēģijas. Pirmkārt, ģimenes ārsti tiek rekrutēti rezidentūras studiju laikā. Šī iemesla dēļ ne vien universitātes slimnīcas, bet arī lielākie veselības aprūpes centri ir iesaistījušies rezidentu apmācībā. Viņiem ir arī cieša sadarbība ar universitātēm, kas sniedz medicīnisko izglītību, kas viņus izvirza kā potenciālos darba devējus. Otrkārt, ja ārstam ir noteikta profesionālā reputācija, cilvēkresursu vadītāji var pārrunāt individuāla līguma iespējas, piedāvājot pievilcīgus nosacījumus un tādējādi nodrošinot viņu pakalpojumus. Runājot par medmāsām, vairums personāla tiek atrasts pašu medmāsu sociālajā tīklā. Lielākoties cilvēkresursu vadītāji neuzskata profesionālās asociācijas vai arodbiedrības par būtiskiem avotiem veselības aprūpes personāla rekrutēšanai.
62. Reģionālās slimnīcas personāla, īpaši ārstu, piesaistes ziņā ir aktīvākas. To veicina gan personāla trūkums, gan prasības atbilst noteiktiem standartiem attiecībā uz minimālo specialitāšu skaitu un klāstu, kam vienmēr jābūt pieejamam katra veida veselības aprūpes vienībā. Reģionālās ambulatorās aprūpes iestādes personāla rekrutēšanā ir mazāk aktīvas. Tas notiek, pateicoties tam, ka prasības ir vieglākas un ir lielāka pieejamība ārstiem privātās veselības aprūpes darbā. Reģionālo ambulatoro aprūpes iestāžu vadītāji norāda, ka ārsti ar noteiktām specialitātēm ir gatavi braukt lielus attālumus, lai strādātu privātajā sektorā.
63. Kopumā liela daļa cilvēkresursu vadītāju norāda, ka galvenā problēma ir ārstu piesaistīšana darbam valsts ambulatorās aprūpes iestādēs un slimnīcās, jo, salīdzinot ar darba iespējām privātajā sektorā, šis darbs ir ļoti zemu apmaksāts. Veselības aprūpes iestāžu vadītāji uzskata, ka ārstu motivēšanai strādāt valsts veselības aprūpes iestādēs jābalstās uz citiem pievilcīgiem faktoriem. Pārsvarā vadītāji nodrošina iespējas strādāt privātajā veselības aprūpē. Citi motivējoši faktori varētu būt arī laba veselības aprūpes centra reputācija, ērtas telpas, jauns un moderns aprīkojums, kā arī atļauja atlasīt pacientus klīniskiem pētījumiem un apmācīt jaunus ārstus darba devēja telpās. Cilvēkresursu vadītāji atzīst, ka, ja steidzami ir vajadzīgi konkrētu specialitāšu ārsti, būtu

jāapsver apmaksā virs ierastajām likmēm. Šī pieeja ir raksturīga reģionālajām slimnīcām. Lai nodrošinātu aprūpes līmeņa prasību izpildi, viņi varētu piedāvāt augstāku maksu par nakts dežūrām, lai motivētu ārstus no Rīgas vai citiem reģioniem braukt lielākus attālumus. Tā kā šī pieeja ietekmē slimnīcu budžetus, ir ierasts lūgt valsts budžeta grozījumus gada vidū.

64. Cilvēkresursu vadītāju pieredze rāda, ka, lai piesaistītu jaunus veselības aprūpes darbiniekus darbam ārpus Rīgas, ir nepieciešamas lielas pūles. Veiksmīgāk ir izdevies piesaistīt jaunus ārstus atpakaļ uz reģioniem un lauku apvidiem, kur viņi ir dzimuši vai dzīvojuši jau iepriekš. Ja pašvaldība izsaka piedāvājumu gan ārstam, gan viņa dzīvesbiedram (īpaši, ja arī dzīvesbiedrs ir veselības aprūpes darbinieks), tam varētu būt labi rezultāti. Reģionālo slimnīcu pieredze rāda, ka liela nozīme ir laikam, kad piedāvājums tiek izteikts, jo ārsti ir atvērtāki iespējai doties uz citu vietu rezidentūras studiju laikā.
65. Lai piedāvājums šķīstu pievilcīgs, tam būtu jāietver gan finansiālas, gan nefinansiālas perspektīvas, ieskaitot šo abu aspektu attīstību. Finansiālās perspektīvas ietver stipendijas un reizēm arī pašvaldības nodrošinātu dzīvesvietu. Runājot par ģimenes ārstiem, tas varētu būt atbalsts prakses atvēršanā un ārsta izvēlēto telpu vai aprīkojuma iegādē. Nefinansiālās perspektīvas ietver pašvaldības pakalpojumus (piemēram, bērnudārzi un skolas), darba vidi (telpas, aprīkojums), kā arī sociālās un kultūras dzīves aktivitātes. Visu šo stimulu izmantošana dažādās pašvaldībās atšķiras. Plašākas iespējas tiek nodrošinātas lielākās pašvaldībās (un reģionālajās pilsētās), jo tās ir attīstījušas plašāku sociālo infrastruktūru un tām ir vairāk finanšu līdzekļu. Lauku apvidiem, īpaši valsts austrumu daļā, ir ierobežotas iespējas piedāvāt vairāk par finansiālajiem stimuliem. Turklāt pašvaldību piedāvātais atbalsts var būtiski atšķirties no jaunā ārsta vēlmēm.
66. Viena no problēmām, kas kavē jauno speciālistu pieņemšanu darbā ārpus Rīgas, ir dzīvesvietas atrašana. Labi privātie dzīvokļi un privātmājas ir ļoti dārgi un diez vai kāds var tos atļauties. Īres tirgus Latvijā ir neattīstīts un pieejamās iespējas arī ir ļoti dārgas, bet pašvaldību dzīvokļi ir pieejami tikai konkrētām grupām, ļoti ierobežotā apmērā un uz tiem jāgaida garās rindās. Veselības aprūpes iestādēm nav vajadzīgo resursu, lai palīdzētu atrisināt dzīvesvietas problēmu jaunajiem speciālistiem un viss ir atkarīgs no pašvaldības interesēm atbalstīt un piesaistīt speciālistus konkrētajā teritorijā, lai gan arī pašvaldībām ir ierobežoti mājokļu resursi.
67. Lai gan ES finansējums ir ļāvis atjaunot un remontēt novecojušās slimnīcas reģionos un iebūvēt jaunas iekārtas slimnīcās, ir dažas būtiskas jomas, kurās saglabājas "nepietiekamas attīstības" sajūta. Vecākie ārsti var būt mazāk zinoši nekā viņu kolēģi Rīgā; konkrētas ārstēšanas metodes var būt mazāk attīstītas; zāles var būt vecmodīgas un ilgi strādājošie darbinieki reģionos var nebūt tik atvērti jaunām idejām un metodēm. Vadības stili un attiecības ar kolēģiem arī varētu būt problemātiskas (tas sīkāk tiks apspriests vēlāk).
68. Daži cilvēkresursu vadītāji un profesionālo asociāciju pārstāvji ir novērojuši, ka reģionos ārsti iegūst apmācību ātrāk. Tas ir tāpēc, ka ātrums, kādā rezidentūru ārsti var parūpēties par pacientiem, atšķiras starp Rīgu un Latvijas reģioniem. Sakarā ar darba pārpilnību un personāla trūkumu, rezidentūru ārsti reģionos ātrāk sāk strādāt patstāvīgi nekā ārsti Rīgā. Reģionos ārsti studenti iegūst praktiskās zināšanas ātrāk, bet Rīgā tie var tikai novērot ārstēšanas procesu un sākt darbu ar pacientiem vēlāk. Šī praktiskā saskare ar medicīnas

praksi – kopā ar jaunām un atjaunotām iekārtām – tiek uzskatīta par vienu no priekšrocībām, strādājot reģionos.

69. Vadības stilam un attiecībām ar kolēģiem darba vietā, iespējams, ir lielāka nozīme nekā finanšu stimuli tieši jaunās paaudzes veselības aprūpes darbiniekiem. Informācija, kas iegūta pētījumā, liecina, ka vadības stils un attiecības starp kolēģiem, nav faktori, ko lielākā daļa valsts veselības aprūpes iestāžu vadītāju uzskata par svarīgu. Tomēr, ņemot vērā šos faktorus, esošiem stimuliem praktizēšanai reģionos un jo īpaši lauku rajonos varētu būt mazāka ietekme. Turklāt rezidentūras studiju laikā jaunie ārsti labprātāk dzīvo tuvu saviem profesoriem. Praktiskās rezidentūras studijas reģionālajā slimnīcā un došanās uz Rīgu uz teorētiskajām studijām tiek uzskatīta par šķērslī daļai jauno ārstu.
70. Tā kā lielākā daļa vietējo veselības aprūpes centru nenodrošina rezidentūras studijas un stipendijas nepieprasa, lai jaunie ārsti pārceļas uz lauku teritoriju, daudzi cilvēkresursu vadītāji atbalsta sistēmu, kas pastāvēja padomju laikos. Ideja ir tāda, ka pēc rezidentūras studijām visi jaunie ārsti tiek norīkoti darbā noteiktos reģionos. Tas ļauj ārstus nosūtīt uz lauku un attāliem rajoniem saskaņā ar valsts vajadzībām. Tomēr šī pieeja ir pretrunā noteiktiem demokrātijas principiem, un daži cilvēkresursu vadītāji izvēlas alternatīvus risinājumus, kas ietver apmaksāto medicīnas studiju ieviešanu.
71. Kāds cilvēkresursu vadītājs ierosina, ka viens no risinājumiem varētu būt finansiālais atbalsts visā valstī, kas varētu ietvert pārcelšanās stipendijas ārstiem, kas pārceļas uz attāliem vai lauku apvidiem, un viņu ģimenes locekļiem (dīlstošā summā pēdējiem) un kompensācijas par dzīvokļa īri, apmaksājot dzīvokļa īri jau vairākus gadus uz priekšu. Šajā situācijā būtu jāievieš daži papildus nosacījumi. Pirmkārt, atbalsts būtu jāsniedz gandrīz visām ārstu specialitātēm, neierobežojot sarakstu tikai četrās prioritārajās jomās. Kā cilvēkresursu vadītājs uzsver, onkoloģiskās slimības, iespējams, netiek diagnosticētas laikus, ja tuvākajā apkaimē nav cita pieredzējuša speciālista. Dažos gadījumos tie var būt pirmie, kas diagnozē konkrētus traucējumus (piemēram, urologs, pulmonologs vai radiologs). Otrkārt, jo tālāk prom no Rīgas ārstam ir nepieciešams pārcelties, jo lielākam ir jābūt pārcelšanās pabalstam. Galvenais šī priekšlikuma mērķis ir mudināt veselības aprūpes darbiniekus, ārstus un medmāsas pārcelties uz attāliem rajoniem. Šajā gadījumā papildus noteikums varētu tikt ieviests – lielāka kompensācija tiktu izmaksāta tiem ārstiem, kas pārceļas uz mazāk apdzīvotām teritorijām.

### **1.3. Nodarbinātības un atalgojuma modeļi**

72. Veselības aprūpes personāla trūkums un iemesli, kas aprakstīti 1.1. apakšnodaļā, noved pie jaunu specifisku nodarbinātības un atalgojuma modeļu rašanās, kas ietver pagarinātu standarta darba laiku medicīnas darbaspēkam, praktizēšanu vairākās vietās, papildus darba vietas un neformālo maksājumu noturību. Vēl viena aktuāla problēma, kas izriet strādāšanas vairākās darba vietās, ir ārstu nogurums un izdegšana, un visas pētījuma mērķa grupas (tai skaitā pacienti) uzsver, ka ārsti ir pārstrādājušies. Šie modeļi tiek aplūkoti turpmākajās apakšsadaļās.

#### **1.3.1. Pagarināts darba laiks**

73. Attiecībā uz veselības aprūpes darbinieku darba apjomu, cilvēkresursu vadītāji uzskata, ka, visupirms sistēmai jāatbilst nosacījumiem, ko nosaka Ārstniecības likums. Saskaņā ar likuma 53<sup>1</sup>. pantu, ārstniecības personai var noteikt pagarinātu normālo darba laiku, kas

pārsniedz Darba likumā noteikto normālo darba laiku. Lai nodrošinātu piekļuvi ārstniecības pakalpojumiem, veselības aprūpes iestāde var palielināt darbinieku darba stundu skaitu, bet tās nedrīkst pārsniegt 60 stundas nedēļā un 240 stundas mēnesī. Tomēr cilvēkresursu vadītāji atzīst, ka šie noteikumi attiecas tikai uz darba slodzi tajā pašā ārstniecības iestādē, un neattiecas uz citām vietām, kur veselības aprūpes personāls strādā. Saskaņā ar pieredzējušo cilvēkresursu vadītāju teikto, noteikumi tika ieviesti, lai izvairītos no dubultas samaksas par virsstundu darbu, kā norādīts Darba likumā. Tas ļauj veselības aprūpes iestādēm veikt budžeta ietaupījumus. Lai strādātu vairāk stundu nekā noteikts Ārstniecības likumā, veselības aprūpes personālam ir nepieciešams atrast citu darba vietu.

### 1.3.2. Praktizēšana vairākās vietās un papildus darba vietas

74. Cilvēkresursu vadītāji ir redzējuši dažāda veida "ārpus darba vietas" darbus, kur ir nodarbināti veselības aprūpes darbinieki. Tomēr šīs papildus darba vietas parasti ir veselības aprūpes sistēmā. Vislielākās variācijas ir starp speciālistiem, kas parasti strādā divās vai trīs darba vietās, bet medmāsām un ģimenes ārstiem to ir mazāk. Dažiem diagnostikiem var būt vairākas darba vietas, ja to darba samaksu nosaka sagatavoto diagnožu skaits.
75. Visbiežākie speciālistu nodarbinātības modeļi ir šādi:
- (1) Darbs vairākās ambulatorās aprūpes iestādēs;
  - (2) Pagarināts darba laiks tajā pašā darba vietā;
  - (3) Darbs slimnīcā un ambulatorajā aprūpē (tajā pašā slimnīcā vai ārpus tās);
  - (4) Darbs veselības aprūpes iestādē un iesaistīšanās citās ar veselības aprūpi saistītās aktivitātēs (piemēram, klīniskie pētījumi, studentu apmācība, veselības veicināšanas struktūrvienības pašvaldībās u.c.).
76. Parasti, papildus darba vieta atrodas diezgan tuvu pirmajai darba vietai, tajā pašā pilsētā vai tuvumā esošajās iestādēs. Tas ir sarežģītāk Rīgā, kur pārvietošanās no vienas vietas uz citu var aizņemt kādu laiku. Tomēr daži speciālisti, galvenokārt reģionos, iespējams, mēro lielus attālumus (līdz 200 km) uz papildus darba vietām.
77. Uz visiem iepriekš minētajiem darba vietu veidiem attiecas arī starpnozaru kustības. Tas nozīmē, ka darbs varētu būt gan valsts, gan privātajās iestādēs. Tas arī nozīmē, ka speciālists var veikt vairākus pienākumus vienlaicīgi, piemēram, strādāt 24 stundu maiņu un veikt ambulatorās aprūpes konsultācijas citā filiālē tajā pašā iestādē, saņemot samaksu par abiem pienākumiem. Gadījumos, kad tiek apvienots darbs slimnīcā un ambulatorajā aprūpē, izplatītākais darba veids ir slimnīcas pienākumi standarta darba laikā un tad konsultācijas ambulatorās aprūpes iestādēs.
78. Attiecībā uz darbu vairākās ambulatorās aprūpes iestādēs, daži cilvēkresursu vadītāji atzīst, ka tas izriet noniecīgā katrai iestādei piešķirtā sabiedrisko pakalpojumu finansējuma (ikdienas sarunās dēvētas par "kvotām"). No vienas puses, šāda pieeja palielina ģeogrāfisko veselības aprūpes pieejamību. No otras puses, no speciālistu viedokļa, tas palielina ārstu mobilitāti un nepieciešamību strādāt vairākās darba vietās, lai sasniegtu pieņemamu algu līmeni.
79. Cilvēkresursu vadītāji, veselības aprūpes iestāžu vadītāji un dažu profesionālo asociāciju pārstāvji uzskata, ka ģimenes ārsti, salīdzinot ar citiem speciālistiem, ir labāk apmaksāti.

Tomēr ekspertu vidū izplatīts ir arī viedoklis, ka ģimenes ārsti ir pārstrādājušies lielā pacientu skaita dēļ. Saskaņā ar vairāku ekspertu viedokli, ģimenes ārstam var būt ļoti laba alga, ja viņam ir plaša prakse (t.i., ar vairāk nekā 2000 pacientiem). Tomēr tik plašas prakses apkalpošana izraisa pārslodzi un samazina uzmanību, kas tiek veltīta veselības profilakses jautājumiem. Ģimenes ārstiem lielo praksi dēļ reti kad ir papildus darbs. Daži ģimenes ārsti piedāvā saistītus pakalpojumus, piemēram, strādā par darba aizsardzības speciālistiem, medicīnas komisijās, neatliekamās palīdzības dienestos vai uzņemšanas nodaļās slimnīcās.

80. Vairākums cilvēkresursu vadītāju uzskata, ka sakarā ar medmāsu specialitāti ambulatorajā un stacionārajā veselības aprūpē, viņām ir zemākas starpnozaru mobilitātes iespējas. Līdz ar to, ja medmāsas vēlas nopelnīt vairāk, ir nepieciešamas vairākas specialitātes. Kā liecina cilvēkresursu vadītāju, dažādu profesionālo asociāciju pārstāvju un pašu medmāsu sniegtie piemēri, ambulatorās aprūpes medmāsas parasti strādā papildus darbu skolās, bērnudārzos un sporta pasākumos, kad ir nepieciešams medicīniskais personāls. Ja medmāsām ir noteikta papildus specialitāte, māsas var strādāt nakts maiņu slimnīcās. Medmāsas, kurām ir slimnīcas medmāsas specialitāte, parasti strādā 24 stundu maiņas vairākās slimnīcās, jo šāda veida darbs ir labāk atmaksāts. Cilvēkresursu vadītāji norāda, ka visintensīvākais darbs ir medmāsām, kas strādā ķirurģijā, anestēzijā un intensīvajā terapijā. Tā kā atalgojums nav pietiekams, medmāsas arī mēģina atrast citu darbu mazāk intensīvās nodaļās vai privātajās slimnīcās.

### 1.3.3. Atalgojuma tendences

81. Tāpat kā ar dažāda veida papildus darbu, arī atalgojuma struktūra atšķiras dažādās veselības aprūpes sistēmās. Apkopojot piemērus, ko snieguši cilvēkresursu vadītāji, jāsecina, ka atalgojuma struktūra ir atkarīga no aprūpes veida (ambulatorā aprūpe vai slimnīca), specialitātes (ģimenes ārsti vai citi speciālisti un dažāda veida specialitātes), finansējuma avota (valsts vai privātais) un vadības stila (vai atalgojuma struktūrā ir iekļauti finanšu stimuli). Veselības aprūpes darbinieki neatkarīgi no specialitātes finanšu stimulus uzskata par visbūtiskāko – un nepietiekamu – daļu no to atalgojuma.
82. Slimnīcās galvenais atalgojuma pamats ir fiksēta alga katrai personāla grupai. Papildus samaksa tiek piedāvāta par kvalifikāciju, par vadību vai administratīvo pienākumu veikšanu, par nakts maiņu un par darbu, kas saistīts ar īpašu risku<sup>1</sup>. Ambulatorajā aprūpē alga ir atkarīga no tā, cik pacientu apmeklē konsultācijas. Tomēr atalgojums nav atkarīgs no konsultācijas ilguma, kas var ilgt no piecām minūtēm līdz daudz ilgākam laikam. Kā liecina visu veselības jomā strādājošo mērķa grupu pārstāvju pieredze, ierastā ārsta konsultācija valsts finansētajā veselības aprūpes sistēmā ilgst 15 līdz 20 minūtes vienam pacientam. Maksas, ko darbinieki saņem no katra pacienta privātajā ambulatorajā aprūpē, arī atšķiras starp veselības aprūpes iestādēm. Pēc dažu cilvēkresursu vadītāju un profesionālo asociāciju pārstāvju domām, tas varētu būt iemesls, kādēļ ārsti veido savu privāto praksi vai pieņem nedeklarētus maksājumus no pacientiem.

---

<sup>1</sup> Darbs, kas saistīts ar īpašu risku, ietver AIDS pacientu, psihiski slimu personu, alkoholisma un narkomānijas slimnieku ārstēšanu, infekcijas un tuberkulozes slimnieku ārstēšanu; darbu radioloģijas, rentgena un apdegumu ārstēšanas struktūrvienībās. Ministru kabineta noteikumi Nr. 595 (29.06.2010.) „Noteikumi par zemāko mēnešalgu un speciālo piemaksu ārstniecības personām”. Pieejami: <http://likumi.lv/doc.php?id=212565>

83. Dažas valsts finansētās un privātās veselības aprūpes iestādes ir ieviesušas daudz dāsnākas atalgojuma sistēmas, kas atalgo visu veidu medicīnas darbiniekus un veic papildus maksājumus par katru papildus manipulāciju vai pienākumu. Šīs atalgojuma sistēmas ir atkarīgas no iestāžu iespējām piedāvāt papildus pakalpojumus privātajā veselības aprūpes nozarē. Valsts finansētajām veselības aprūpes iestādēm jācenšas sabalansēt savs budžets un jāpiedāvā konkurētspējīgs atalgojums speciālistiem, sniedzot gan valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus, gan maksas pakalpojumus. Piemēram, bērnu zobārstniecība ir valsts finansēts veselības aprūpes pakalpojums, kas tiek subsidēts no citiem ar zobārstniecību saistītiem pakalpojumiem, par ko pacienti maksā.
84. Tā kā lielākā daļa ģimenes ārstu ir pašnodarbināti, to ienākumi ietver to, "kas palicis pēc visu rēķinu apmaksas" nevis fiksētu algu. Tomēr cilvēkresursu vadītāji, ārsti – speciālisti un daži ģimenes ārsti atzīst, ka ģimenes ārsti ir labāk apmaksāti, salīdzinot ar saviem kolēģiem citās veselības aprūpes nozarēs. Valsts finansējums ģimenes ārstiem ietver samaksu par katru papildus manipulāciju, par medmāsu un, ja prakse ir lielāka, arī par otru medmāsu, par administratoru, un arī maksu, lai segtu prakses uzturēšanu. Salīdzinājumam cilvēkresursu vadītāji norāda, ka atalgojums medmāsai, administratoram un prakses uzturēšanas izmaksas nav iekļautas sekundārās ambulatorās aprūpes iestāžu budžetos.
85. Zemākā atalgojuma likme veselības aprūpes darbiniekiem, kas strādā valsts finansētās slimnīcās un ambulatorās aprūpes iestādēs, ir noteikts Ministru kabineta noteikumos Nr. 595, kas pieņemti 2010. gada 29. jūnijā. Veselības aprūpes iestāžu vadītāji nosaka algu katrai darbinieku grupai, pamatojoties uz iestādes budžetu un noteikumos ietvertajām minimālajām prasībām. Kritizējot valdības politiku attiecībā uz personālvadību veselības aprūpē, veselības aprūpes darbinieki un cilvēkresursu vadītāji uzsver, ka minimālās atalgojuma prasības ir pārāk zemas un neatbilst reālajai cilvēkkapitāla vērtībai. Bieži tiek minēts piemērs, ka ārstam par pilnas slodzes darbu vidējā bruto darba samaksa ir aptuveni 600 EUR mēnesī. Saskaņā ar noteikumiem, ārstiem, kas strādā pilnas slodzes darba laiku, bruto alga bez papildu piemaksām svārstās no 529 līdz 737 EUR mēnesī. Bruto alga jaunajiem ārstiem, kas studē rezidentūrā, svārstās no 421 līdz 529 EUR mēnesī. Medmāsu bruto alga svārstās no 370 līdz 737 EUR mēnesī atkarībā no izglītības līmeņa, no iegūtā grāda un sertifikācijas<sup>2</sup>.
86. Cilvēkresursu vadītāji atzīst, ka atalgojuma atšķirības dažāda veida veselības aprūpes darbiniekiem ir salīdzinoši nelielas. Ja valstī minimālā alga tiek palielināta, algas zemāk apmaksātajiem veselības aprūpes darbiniekiem arī palielinās, bet algas citos amatos esošajiem veselības aprūpes darbiniekiem paliek aptuveni tādas pašas, samazinot atšķirības to atalgojumā. Tā kā pastāv būtiskas atšķirības nepieciešamās izglītības iegūšanas ilgumā un atbildībā dažādos amatos, cilvēkresursu vadītāji vēlētos lielāku algu dažādību un dinamiku veselības aprūpes darbiniekiem.
87. Iepriekš minēto noteikumu piemērošana atšķiras. Vietējās un (dažās) reģionālajās valsts finansētajās veselības aprūpes iestādēs personāla atalgojums tiek noteikts atbilstoši zemākajai algu likmei. Universitātes klīnikās un lielākās veselības aprūpes iestādēs ir lielākas iespējas palielināt algas virs minimālās likmes. Tas ir atkarīgs no iespējām

---

<sup>2</sup> Ministru kabineta noteikumi Nr. 595 (29.06.2010.) "Noteikumi par zemāko mēnešalgu un speciālo piemaksu ārstniecības personām". Pieejami: <http://likumi.lv/doc.php?id=212565>



pedalīties un gūt ienākumus no citu pakalpojumu sniegšanas (tai skaitā privātajā veselības aprūpē). Tomēr lielākā daļa no finansējuma, kas piešķirts valsts finansēto veselības aprūpes iestāžu vadītājiem, tiek novirzīta darbinieku algām, kā rezultātā finansējums iestādes uzturēšanai un jauna aprīkojuma un medikamentu iegādei nav pietiekams.

88. Valsts piešķirtais finansējums katrai ārstniecības iestādei ir atkarīgs no katra aprūpes veida izcenojumiem un pacientu skaita prognozes gadā (saukta par "kvotu"). Valsts finansēto veselības aprūpes iestāžu vadītāji uzsver, ka izcenojumi, ko izmanto uzskaites sistēmā Latvijas veselības aprūpē, tika izstrādāti pirms vairāk nekā 15 gadiem, un neatspoguļo reālās izmaksas iekārtu, aprīkojuma, un personāla uzturēšanai. Vienīgais izņēmums ir izcenojumi ginekologu konsultācijām un ārstēšanai, kas tika palielināti trīs reizes ministres Ingrīdas Cīrcenes (ginekoloģe pēc specialitātes) laikā pirms vairākiem gadiem. Šobrīd (pētījuma veikšanas laikā) tiek ieviesta jauna uzskaites sistēma, kas balstās uz diagnozi. Tomēr sākotnējie rezultāti vai komentāri par maksājumiem saskaņā ar jauno sistēmu nav pieejami.

#### 1.3.4. Neformālie maksājumi

89. Divu intervēto cilvēkresursu vadītāju un fokusa grupu diskusijās noskaidrotā pacientu pieredze liecina, ka „ēnu ekonomika” Latvijas veselības aprūpes sistēmā vēl arvien pastāv. Tā kā ir vērā ņemamas viedokļu atšķirības un informācija ir fragmentāra, tad apkopotā informācija nevar būt drošs pamats jebkādiem vispārinājumiem par "neformālo maksājumu" mērogu, izplatību un apjomu. Cilvēkresursu vadītāji novērojuši tikai to, ka valsts finansētajā veselības aprūpes ēnu ekonomika kļūst plaši izplatīta, pacientam tuvojoties Rīgai. Tajā pašā laikā pacienti stāsta par dažādu pieredzi, sākot no atteikumiem pieņemt neoficiālos maksājumus līdz izveidotai sistēmai, lai mudinātu pacientus veikt neoficiālus maksājumus. Tomēr pacienti ir ļoti piesardzīgi, runājot par neformālajiem maksājumiem; līdz ar to ir grūti apkopot uzticamus piemērus. No cilvēkresursu vadītājiem un pacientiem apkopotā informācija liecina, ka neformālie maksājumi pastāv gan valsts finansētajā, gan privātajā veselības aprūpē, kā arī ambulatorajā aprūpē (ieskaitot ģimenes ārstus) un slimnīcās. Tie cilvēkresursu vadītāji, kas minējuši šo problēmu, atzīst, ka augstākā līmeņa vadītāji valsts finansētajās slimnīcās var nebūt informēti par to, ka neformālie maksājumi pastāv – vai mēģina nebūt informēti. Šīs problēmas ignorēšanas stratēģijas iemesls ir vajadzība piedāvāt piemērotu atalgojumu un nodrošināt veselības aprūpes darbiniekus ierobežotu resursu apstākļos.

90. Kopumā ēnu ekonomika Latvijas veselības aprūpē darbojas šādos veidos:
- (1) pacienti veic neoficiālu maksājumu ārstam, kas nodod daļu no summas medmāsām un citiem darbiniekiem;
  - (2) pacienti nesaņem maksājuma čeku vai kvīti par ārsta vizīti vai ārstēšanu (paņēmiens plaši izplatīts, jo īpaši starp mazajām praksēm);
  - (3) nedeklarēti papildus maksājumi ārstiem.
91. Attiecībā uz otro iepriekš minēto veidu – izvairīšanos no čeka izrakstīšanas – cilvēkresursu vadītāji uzskata, ka e-veselības sistēmas ieviešana varētu palīdzēt samazināt ēnu ekonomikas mērogu. Viņu pieredze liecina, ka pacienta ieraksta veikšana divas reizes – kasē un arī elektroniskajā pacienta dokumentācijas sistēmā (nevis papīra sistēmā) – ir laba iespēja, lai kontrolētu un salīdzinātu pacientu plūsmu.

## 1.4. Ieteikumi

### Pētījuma dalībnieku perspektīva

92. Pēc pētījuma dalībnieku domām, vissvarīgākā problēma, kam ir nepieciešams tūlītējs risinājums, ir ārstu rekrutēšana reģionos, jo īpaši, ģimenes ārstu rekrutēšana lauku apvidos. Tā kā šī problēma tiek uztverta kā akūta, pasākumiem, kas tiek piemēroti tās risināšanai, būtu jāietver gan īstermiņa, gan vidēja termiņa risinājumi (piemēram, atbalsts to ārstu pārvietošanai, kam jau ir prakses tiesības, un atbalsts rezidentūras studentiem). Lai gan daudzi cilvēkresursu un veselības aprūpes iestāžu vadītāji atbalsta sistēmu, kas pastāvēja padomju laikos (pēc studijām ārstu nozīmēšana strādāt konkrētajā apgabalā), šī pieeja ir pretrunā ar mūsdienu vadības principiem. Divas cilvēkresursu vadītāju ierosinātās alternatīvas, kas varētu nebūt pieņemamas dažām ieinteresētajām personām, ir apmaksātu medicīnas studiju ieviešana un pārcelšanās dotāciju ieviešana ārstiem, kas pārceļas uz attāliem vai lauku apvidiem, un viņu ģimenes locekļiem. Attiecībā uz pirmo risinājumu, valstij būtu jāatmaksā mācību maksas kredīts absolventiem par laikposmu, ko viņi ir izvēlējušies un kurā paliek strādāt valsts finansētajā veselības aprūpē. Attiecībā uz otro risinājumu, pārcelšanās dotācijas un dzīvokļa īres maksas kompensācija būtu paredzēta ārstiem un viņu ģimenes locekļiem (dilstoša summa pēdējam), kas pārceļas uz attāliem vai lauku apvidiem.
93. Otra būtiska pētījuma dalībnieku norādīta cilvēkresursu problēma ir jauno ārstu ierobežotās iespējas iekļūt darba tirgū. Viens potenciāli diskutabls risinājums, ko ieteikuši daži cilvēkresursu vadītāji un profesionālo asociāciju pārstāvji, nosaka maksimālo vecumu, līdz kuram veselības aprūpes personālam var būt līgums ar NVD (līdz 65 gadiem). Šis ierobežojums var attiekties tikai uz nodarbinātību valsts finansētajā veselības aprūpes sistēmā (t.i., uz līgumiem ar NVD). Tajā pašā laikā nodarbinātības iespēju ierobežošana valsts finansētajā veselības aprūpē varētu raisīt iebildumus situācijās, ja nav citu speciālistu konkrētā specialitātē noteiktā apgabalā vai reģionā.

### Pētnieka perspektīva

94. Pētījums parāda nepieciešamību attīstīt vispusīgāku cilvēkresursu plānošanu Latvijas veselības aprūpes nozarē. Pirmkārt, ir nepieciešams nepārtraukti novērtēt un prognozēt veselības aprūpes personāla trūkumu kopumā un dalījumā pēc vecuma, specialitātes un reģiona, ko aprēķina vismaz nākamajiem 10 gadiem. Otrkārt, saskaņā ar šī novērtējuma rezultātiem un prognozēm, ir jāizstrādā nacionālais cilvēkresursu attīstības plāns.
95. Ir arī svarīgi, ka politikas iniciatīvas risina būtiskākās cilvēkresursu rekrutēšanas un noturēšanas problēmas, īpaši jaunās paaudzes paturēšanai Latvijā. Svarīgi ir arī tas, ka politikas iniciatīvas attiecas uz visiem veselības aprūpes darbiniekiem, jo iepriekšējā pieredze (piemēram, atalgojuma palielināšana personālam, kas iesaistīts grūtnieču aprūpē) rada personāla koncentrēšanos labāk apmaksātajās jomās.
96. Treškārt, ir jāievieš valsts līmeņa atbalsta politika, lai novērstu akūtu veselības aprūpes personāla trūkumu un ierobežojumus pašvaldībām sniegt finansiālu atbalstu, veicinot darbinieku pārcelšanos. Pētījuma dalībnieku sniegtie ieteikumi ir jānovērtē un jāapspriež ar ieinteresētajām pusēm.

## 2. Veselības aprūpes pieejamība

97. Fokusa grupu diskusiju un interviju rezultāti liecina, ka piekļuve veselības aprūpei Latvijā ir samērā ierobežota. To ierobežo, pirmkārt, valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu kvotu sistēma un garās rindas; otrkārt, nevienmērīgs valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sadalījums reģionos; treškārt, pacientu nepietiekamie finanšu līdzekļi, ko samaksātu par privātajiem pakalpojumiem un transportu; un ceturtkārt, ieradums daudzās veselības aprūpes iestādēs pieprasīt neoficiālus maksājumus no pacientiem. Šajā nodaļā ir aprakstītas šīs problēmas un atklāti dažādu ieinteresēto pušu – to skaitā ģimenes ārstu, ārstu – speciālistu, profesionālo asociāciju pārstāvju un veselības aprūpes iestāžu vadītāju – viedokļi. Tomēr pacienti ir galvenā grupa, kuras viedoklis tiek aplūkots šajā nodaļā, īpaši analizējot stratēģijas, ko viņi izmanto, lai savlaicīgi saņemtu veselības aprūpes pakalpojumus.

### 2.1. Rindas

98. Sirds un asinsvadu sistēmas slimības un onkoloģiskās slimības ir galvenās prioritārās veselības jomas, kurās veselības aprūpes speciālisti saredz būtiskas problēmas gan valsts apmaksāto, gan privāto veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībā Rīgā un reģionos.

99. Veselības aprūpes speciālisti norāda, ka speciālistu trūkuma dēļ garas rindas ir ne tikai uz valsts apmaksātiem izmeklējumiem un kardiologu konsultācijām sirds un asinsvadu slimniekiem (tai skaitā bērniem), bet arī uz privātiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Viena no intervētajām pacientu organizācijām arī vērsa uzmanību uz garajām rindām rehabilitācijas pakalpojumiem pēc insulta. Pēc viņu pieredzes pacientiem šie pakalpojumi jāgaida dažas nedēļas līdz mēnesim par maksu un 2-3 mēnešus vai vairāk par valsts finansējumu.

100. Skaidrojot veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību onkoloģijas jomā, profesionālās asociācijas pārstāvis izdala trīs ārstēšanas veidus un atšķirīgu to pieejamību: „*Protams, ka lielākā daļa no pacientiem tiek izārstēti ķirurģiski. Ar ķirurģiju, manuprāt, nav problēmas. Tur viņi visi, kas arī Rietumos ir standarts, četru nedēļu laikā tiek uz operāciju. Manuprāt, 100%. Es domāju, ka pie atsevišķām lokalizācijām – krūts vai kas cits – viņi tiek pat divu nedēļu laikā, kas ir ļoti labs rādītājs. Ir problēmas ar tālākiem pakalpojumiem. Ar staru terapiju, kura dažreiz aizkavējas tādēļ, ka nav pietiekams skaits šo medicīnas fiziķu vai arī trūkst personāla, kas to fiziski var veikt. Man liekas, ka visbēdīgākā situācija ir ar sistēmisko terapiju, ar ķīmijterapiju. Tur pat nav problēma ārstu trūkums, tur ir problēma vidējā medicīniskā personāla, aprūpes personāla trūkums. (..) Līdz ar to tur gan ir problēmas. Manuprāt, ja tā reālā situācija, kāda viņa pašreiz ir ķīmijterapijā, kur kārtējais ķīmijterapijas cikls ir jāgaida vairāk nekā mēnesi vai pat pusotru mēnesi, tas nav īsti normāli. Tas tad liek apšaubīt šādas terapijas pielietojamības jēgu.*”

101. Vairāki veselības aprūpes speciālisti atzinīgi vērtē ieviesto „zaļo koridoru” pacientiem, kuriem aizdomas par vēzi konstatētas, veicot valsts apmaksātos vēža skrīningus. Šajos gadījumos pacientiem ir tiesības pēc iespējas ātrāk tikt pie speciālistiem uz papildus izmeklējumiem. Tomēr, kā atzīst veselības aprūpes speciālisti un profesionālās asociācijas pārstāvis, „zaļā koridora” princips būtu jāpiemēro ikvienam pacientam, kuram ir konstatētas aizdomas par audzēju, lai pēc iespējas ātrāk šo diagnozi varētu apstiprināt un sākt ārstēšanu.

102. Fokusa grupu diskusijās un intervijās ievērojami mazāk gan pacienti, gan veselības aprūpes speciālisti sūdzas par speciālistu un izmeklējumu pieejamību ginekoloģijas un psihiatrijas jomā. Daudzi ginekologi pacientus pieņem gan uz valsts apmaksātiem pakalpojumiem, gan privāti, tad attiecīgi valsts apmaksāti pakalpojumi jāgaida vairākas nedēļas (atsevišķās iestādēs pat mēneši), bet privātu pakalpojumu bieži var saņemt jau nākošajā dienā. Vērtējot psihiatrijas jomas pakalpojumu pieejamību, profesionālās asociācijas pārstāvis atzīst, ka Rīgā pie speciālista uz vizīti var tikt vienas, divu vai trīs dienu laikā, kas, viņaprāt, ir labs rādītājs. Tomēr jāpiebilst, ka, piemēram, psihoterapija nav valsts apmaksāta programma.
103. Citas veselības aprūpes speciālistu uzskaitītās jomas, kur pacientiem ilgi jāgaida izmeklējumi, ir, piemēram, traumatoloģija un ortopēdija. Savukārt pacienti norāda, ka vairākus mēnešus jāgaida rindā, lai tiktu pie neirologa un fizioterapeita bērniem un uz tādiem izmeklējumiem kā datortomogrāfija, elektroencefalogramma, magnētiskā rezonanse. Pacienti arī stāsta, ka uz acu operācijām jāgaida pat 2-4 gadi.
104. Tomēr daļai šo un citu izmeklējumu garās rindas ir tikai uz valsts apmaksājamiem veselības aprūpes pakalpojumiem, bet privātos veselības aprūpes pakalpojumus iespējams saņemt laicīgi. Tad attiecīgi pacienti, kuriem nepieciešami šie izmeklējumi un kuri nevēlas vai slimības dēļ nevar ilgi gaidīt valsts apmaksātos pakalpojumus, un kuriem ir iespēja pašiem samaksāt, izmanto privātos pakalpojumus. Pacienti arī atzīst, ka ir tādi speciālisti, kuri sniedz tikai privātus pakalpojumus.
105. Tomēr ļoti daudziem pacientiem naudas trūkums ir šķērslis apmeklēt speciālistus par saviem līdzekļiem vai veikt maksas izmeklējumus, kuru izmaksas var sasniegt pat 100-200 eiro. Reģionos pacientiem bieži ir problemātiski arī saņemt valsts apmaksātos veselības aprūpes pakalpojumus, jo tie pārsvarā atrodas tālu no pacientu dzīves vietas un pacientiem ir jāatrod vēl papildus līdzekļi transporta (skatīt 2.3. apakšnodāļu par ģeogrāfisko pieejamību). Gan speciālistu, gan iedzīvotāju fokusa grupu diskusiju dalībnieki reģionos, gan pacientu organizāciju pārstāvji atzina, ka cilvēkiem nav naudas un ja viņiem ir jāizvēlas iegādāties pārtiku vai veikt analīzes un izmeklējumus sev vai saviem bērniem, vai nopirkt medikamentus, viņi izvēlas pirmo. Pacienti atzīst, ka nepieciešamība pēc dārgiem veselības aprūpes pakalpojumiem *„rada vēl papildus stresu un pārdomas, vai es varu atļauties aiziet pie ārsta, bet es saprotu, ka es nedrīkstu neatļauties, jo pretējā gadījumā varbūt es vispār palieku guļus. Tāda ļoti dilemmiska situācija, gandrīz tāda bezpalīdzība. Tas viss tā forši dod pa nerviem. (..) Tad ir jāizvēlas [maksāt par veselības aprūpes pakalpojumiem, paēst vai nomaksāt īri], es domāju, ka tas iedzen vēl lielākā bedrē tos cilvēkus un ja viņš ir stresā, tad lūdzu, visas slimības, arī tās, kuras varēja aiztaupīt, lien ārā.”*
106. Rezultātā veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību ietekmē gan garās rindas, gan naudas trūkums. Profesionālo asociāciju pārstāvji un veselības aprūpes iestāžu vadītāji uzsver, ka daudzos gadījumos veselības aprūpes centros valsts finansētie pakalpojumi tiek sniegti tikai tāpēc, ka tajos nodrošina arī privātos pakalpojumus – ar to palīdzību līdzfinansējot valsts nodrošinātos veselības aprūpes pakalpojumus. Pēc viņu domām, tas skaidri atklāj nepietiekamo finansējumu veselības aprūpes jomā Latvijā.
107. Ja pacienti nevar laicīgi saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, viņiem var rasties papildus komplikācijas, slimības „tiek ielaistas” un attiecīgi ārstēšana ieilgst un kļūst

dārgāka. Mazu bērnu gadījumā tas ir vēl kritiskāk, jo bērni aug un veselības problēmu dēļ var tikt kavēta normāla attīstība.

## 2.2. Neformālie maksājumi

108. Lai pacienti saņemtu nepieciešamos medicīnas pakalpojumus, bieži viņi ir spiesti maksāt ārstiem papildus. To atzīst gan paši pacienti, gan veselības aprūpē iesaistītie speciālisti. Ņemot vērā šīs tēmas delikāto raksturu un fokusa grupu diskusiju kā pamata pētījuma metodi, diskusiju dalībnieki par šo tēmu runāja ļoti maz. Mazliet vairāk tā parādījās intervijās, jo iespējams viens pret viens sarunā respondenti jutās brīvāk par to izteikties.
109. Vairumā gadījumu šie maksājumi pacientiem jāveic „piespiedu” kārtā, jo pretēji viņi nesaņem nepieciešamo ārstēšanu. Taču ir arī pacienti, kas brīvprātīgi ārstiem maksā papildus, jo uzskata, ka tad saņems labāku pakalpojumu un ieinteresētāku attieksmi no ārsta puses.
110. Daudzās veselības aprūpes iestādēs, kur šie maksājumi jāveic „piespiedu” kārtā, tā jau ir atstrādāta sistēma un tālāk no pacientiem saņemtā nauda tiek atbilstoši sadalīta iesaistītajam medicīnas personālam. Respondenti atzīst, ka īpaši šī prakse izplatīta onkoloģijas jomā, kur ārstiem ir mazas algas un attiecīgi no pacientiem tiek pieprasīti papildus maksājumi. Daži respondenti norāda, ka ir arī tādas veselības aprūpes iestādes vai ārstu prakses (piemēram, ginekologu un zobārstu), kas neņem papildus naudu no pacientiem, bet par sniegtajiem pakalpojumiem neizsniedz maksājuma čekus, lai tādējādi izvairītos no nodokļu maksāšanas. Speciālisti un pacienti intervijās norāda, ka arī daļa ģimenes ārstu neizsniedz maksājuma čekus par visiem apmeklējumiem, lai samazinātu savas nodokļu saistības.
111. Pacienti, kas saskārušies ar šiem „piespiedu” maksājumiem uzskata, ka šāda sistēma nav normāla, jo ne visi pacienti to var atļauties. Tas arī nostāda pacientus neveiklās situācijās, nezinot kurā brīdī, kam un kā dot šo nelegālo maksājumu.

## 2.3. Ģeogrāfiskā pieejamība

112. Pacientiem, kas dzīvo gan lielākās, gan mazākās pašvaldībās dažādos Latvijas reģionos, veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu kavē to nevienmērīgā izplatība reģionos un iespējas nokļūt līdz tuvākajai vietai, kur šie pakalpojumi tiek nodrošināti. Piemēram, pacientiem no pašvaldībām Liepājas apkārtnē pie speciālistiem jābrauc uz Liepāju, Kuldīgu vai Rīgu, bet Rēzeknes iedzīvotāji un veselības aprūpes speciālisti stāsta, ka pie dažādiem speciālistiem un uz izmeklējumiem pacienti brauc uz Ludzu, Preiļiem, Madonu, Valmieru, Daugavpili un Rīgu. Turklāt pacienti un veselības aprūpes speciālisti, kuri dzīvo Liepājā un Rēzeknē vai to apkārtnē stāsta, ka ir tādi speciālisti vai izmeklējumi, kurus var saņemt tikai Rīgā. Attiecīgi no Liepājas līdz Rīgai attālums ir apmēram 220 km, bet no Rēzeknes līdz Rīgai – 240 km.
113. Lai uzlabotu saviem iedzīvotājiem piekļuvi dažādiem speciālistiem, atsevišķas pašvaldības nodrošina, ka regulāri, piemēram, reizi nedēļā vai mēnesī uz tām brauc dažādi speciālisti – ķirurgs, psihiatrs, endokrinologs, acu ārsts u.c. Pašvaldības organizē arī dažādu speciālistu mobilās brigādes no Rīgas veselības centriem un Bērnu Klīniskās universitātes slimnīcas, kas sniedz valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus.

Liepājas un tās apkārtnes pašvaldību speciālisti kā piemērus min mobilo mamogrāfu, zobu higiēnas pakalpojumus un ļoti atzinīgi vērtē kardiologa un acu ārsta pakalpojumus bērniem, kas dod iespēju mazajiem pacientiem saņemt kvalitatīvus izmeklējumus, ko vecāki nevar citādi nodrošināt. Līdzīga pieredze ir arī Valmieras apkārtnes pašvaldībām, kas arī piesaista mobilo mamogrāfu un dažādu speciālistu mobilās brigādes no Bērnu Klīniskās universitātes slimnīcas. Savukārt iedzīvotāji no Rēzeknes sūdzas, ka uz viņu pašvaldībām šādas mobilās brigādes nebrauc, taču, viņuprāt, daudzu pašvaldību iedzīvotājiem tas atvieglotu piekļuvi dažādiem speciālistiem. Tas liek secināt, ka veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība atkarīga arī no pašvaldību iniciatīvas un iespējām nodrošināt saviem iedzīvotājiem nepieciešamos pakalpojumus.

114. Gandrīz visu pašvaldību pārstāvji sūdzējās arī par ģimenes ārstu trūkumu daudzās pašvaldībās un praktizējošo ārstu novecošanos. Līdz ar to veselības aprūpes speciālisti atzinīgi vērtē feldšeru punktu darbību, kuros pacienti var saņemt pamata veselības aprūpes pakalpojumus, piemēram, injekcijas, receptes zālēm.
115. Attiecībā uz speciālistu un izmeklējumu pieejamību reģionos prioritārajās veselības jomās veselības aprūpes speciālistu viedoklis atšķiras. Piemēram, daži veselības aprūpes speciālisti un pacientu organizāciju pārstāvji uzskata, ka onkologiem vajadzētu būt pieejamākiem ārpus Rīgas, piemēram, reģionālajās slimnīcās, kur varētu nodrošināt speciālistu konsultācijas un vienkāršākas procedūras, bet profesionālās asociācijas pārstāvis uzskata, ka pakalpojumi ir jākoncentrē vienā vietā, lai tiem būtu atbilstoša kvalitāte. Šobrīd atsevišķi pakalpojumi onkoloģijas jomā ir pieejami arī reģionos, piemēram, Daugavpilī, kur kā norāda gan pacienti, gan veselības aprūpes speciālisti šos pakalpojumus var saņemt pat ātrāk nekā Rīgā, taču ir izmeklējumi un procedūras, ko var veikt tikai Rīgas stacionāros. Piemēram, pacientiem uz staru terapiju jābrauc no dažādām Latvijas vietām uz Rīgu, pie tam šīs procedūras jāveic regulāri un šo procedūru laikā pacienti piedzīvo dažādas slimības blakusparādības, kas padara šos braucienus fiziski un emocionāli smagus.
116. Arī psihiatrijas jomā respondentu viedokļi atšķiras par speciālistu pieejamību reģionos. Veselības aprūpes speciālisti un pacientu organizāciju pārstāvji uzskata, ka speciālistu pieejamība reģionos nav pietiekama, bet pēc profesionālo asociāciju pārstāvja domām speciālistu prakšu izvietojums ar nelieliem izņēmumiem ir labs.
117. Līdzīgi viedoklim, kas tika pausts attiecībā uz onkoloģijas speciālistu pieejamību reģionos, arī profesionālo asociāciju pārstāve ginekoloģijas jomā uzskata, ka veselības aprūpes pakalpojumi un zināšanas būtu jākoncentrē, lai varētu nodrošināt atbilstošu pakalpojumu kvalitāti. Bet tajā pašā laikā viņa uzsver, ka paralēli nepieciešams nodrošināt ginekoloģisko pakalpojumu pieejamību primārajā veselības aprūpes posmā. Viņa iesaka ģimenes ārstu praksēs ieviest vecmāšu pakalpojumus, kas varētu nodrošināt fizioloģisku grūtnieču aprūpi valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu ietvaros, tādējādi sniedzot sievietēm pieejamāku primāro aprūpi un iespēju saņemt nosūtījumu pie speciālistiem sarežģītākos gadījumos.
118. Sirds un asinsvadu slimību jomā veselības aprūpes speciālistu viedoklis ir vienots, ka nepieciešams nodrošināt lielāku speciālistu un izmeklējumu pieejamību reģionos, jo ir pat gadījumi, kad reģionālajās slimnīcās nav kardiologu un līdz ar to pacienti nevar saņemt speciālista konsultācijas.

119. Apkopojot veselības aprūpes speciālistu, pacientu organizāciju un profesionālo asociāciju pārstāvju viedokļus par veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību reģionos, jāsecina, ka šis jautājums ir cieši saistīts ar pakalpojumu kvalitāti. Lai gan pacienti reģionos sūdzas par pakalpojumu pieejamību un arī veselības aprūpes speciālisti uzskata, ka veselības aprūpes pakalpojumiem jābūt vairāk izplatītiem reģionos, gan pacienti, gan dažādu nozaru veselības aprūpes speciālisti, gan pacientu organizāciju pārstāvji arī atzīst, ka atsevišķi veselības aprūpes pakalpojumi ārpus Rīgas netiek veikti pietiekami kvalitatīvi, jo speciālistiem reģionos nav atbilstoša pieredze attiecīgo izmeklējumu veikšanā. Rezultātā reģionos strādājošie speciālisti nespēj laicīgi diagnosticēt saslimšanu un ir gadījumi, kad Rīgā strādājošie veselības aprūpes speciālisti neuzticas izmeklējumiem, kas veikti veselības aprūpes iestādēs reģionos. Respondenti galvenokārt minēja piemērus onkoloģijā un ginekoloģijā, ko apstiprina arī šo jomu profesionālo asociāciju pārstāvju viedoklis, ka nepieciešams pakalpojumus šajās jomās koncentrēt vienuviet, tādējādi nodrošinot atbilstošu kvalitāti.

#### **2.4. Stratēģijas, ko pacienti un veselības aprūpes speciālisti izmanto, lai pacienti savlaicīgi saņemtu nepieciešamos veselības aprūpes pakalpojumus**

120. Kad nepieciešams pierakstīties uz izmeklējumiem vai pie speciālista uz konsultāciju, pacienti apzvana visus iespējamus veselības centrus, tai skaitā citās pilsētās, lai noskaidrotu kur uz vajadzīgajiem pakalpojumiem ir īsākas rindas. Gan pacienti, gan veselības aprūpes speciālisti atzīst, ka bieži dažādās veselības aprūpes iestādēs un attālākajos reģionos atsevišķi pakalpojumi ir pieejami ātrāk nekā, piemēram, lielākajos valsts stacionāros. Piemēram, reģionālajā slimnīcā vienā pilsētā uz pakalpojumu jāgaida mēnesis, bet citā to var saņemt jau nākamajā dienā.

121. Dažreiz pacienti neatlaidīgi zvina uz kādu veselības centru, cerot, ka kāds pacients būs atteicies un viņi varēs ātrāk tikt pie ārsta uz konsultāciju vai uz izmeklējumu, vai pat visas dienas garumā sēž pie ārsta kabineta un cer, ka viņš tomēr dienas beigās viņu pieņems un izmeklēs. Tomēr visas šīs rīcības – gan ārstniecības iestāžu apzvanīšana, gan gaidīšana pie ārsta kabinetiem, gan braukšana uz citu pilsētu veikt izmeklējumus vai saņemt konsultācijas prasa no pacientiem papildus laika un arī finanšu resursus. A arī attiecīgais pakalpojums ir pieejams citā pilsētā, ne vienmēr pacienta veselības stāvoklis ļauj viņam doties uz citu pilsētu to saņemt. Pie tam bieži nepietiek ar vienu izmeklējumu vai konsultāciju, bet tās ir jāveic atkārtoti.

122. Ārsti izmanto savstarpēju pazīšanos, lai viņu pacienti varētu ātrāk tikt pie speciālistiem vai uz izmeklējumiem. Gan veselības aprūpes speciālisti, gan pacientu organizācijas, gan paši pacienti stāsta par gadījumiem, kad pie nepieciešamajiem speciālistiem vai uz izmeklējumiem iespējams tikt tikai tad, ja ārstējošajam ārstam ir pazīstami kolēģi attiecīgajā jomā, kas var izkārtot pacienta pieņemšanu pie vajadzīgā speciālista vai uz nepieciešamo izmeklējumu. Pastāvot šādai sistēmai, tie pacienti, kuriem ir ieinteresēti ārsti ar „labiem sakariem”, var saņemt nepieciešamo medicīnas pakalpojumus, bet tie pacienti, kam nav šādi ārsti, nevar.

123. Veselības aprūpes speciālisti atzīst, ka akūtos gadījumos, izsaucot neatliekamo medicīnisko palīdzību. Ja pacientam situācija vēl nav akūta, bet ir ilgi jāgaida, lai saņemtu nepieciešamo izmeklējumu, paši speciālisti nereti iesaka pacientiem izsaukt

„ātro palīdzību”. Tomēr, ņemot vērā garās rindas uz izmeklējumiem un pie speciālistiem un naudas trūkumu, bieži arī neatliekamās medicīniskās palīdzības izsaukšana ir pamatota, jo pacienti nav savlaicīgi saņēmuši nepieciešamos pakalpojumus, kā rezultātā viņu veselības stāvoklis ir būtiski pasliktinājies.

124. Ja galvenais šķērslis saņemt veselības aprūpes pakalpojumus ir naudas trūkums, tad pacienti mēģina konsultēties vēl ar citiem speciālistiem, lai noskaidrotu, vai tiešām nozīmētais izmeklējums ir nepieciešams. To norāda gan pacienti, gan, piemēram, kāda ģimenes ārste, kas uzskata, ka „*jābūt zinošai, kurā brīdī likt tam cilvēkam tērēt naudu un kur tu vari pateikt – tu vari gaidīt savu valsts rindu*”. Ja tomēr valsts apmaksātais veselības aprūpes pakalpojums nav pieejams, tad nereti pacienti nepieciešamo naudu privātajam pakalpojumam aizņemas no draugiem vai paziņām. Atsevišķos gadījumos, palīdzību sniedz arī pašvaldības, piemēram, Liepājas apkaimē tās nodrošina saviem iedzīvotājiem transportu, lai viņi varētu nokļūt līdz vietai, kur var saņemt nepieciešamos medicīnas pakalpojumus.
125. Ja pacientiem darba vieta nodrošina veselības apdrošināšanu, tad viņiem ir vieglāk pieņemt lēmumu izmantot privātos veselības aprūpes pakalpojumus. Turklāt šie pacienti bieži arī norāda, ka labprāt izmanto šos pakalpojumus, jo tie, viņuprāt, ir kvalitatīvāki. Viņi norāda, ka „maksas ārstu” attieksme ir labāka, viņi velta pacientiem vairāk laika un pacienti nejūtas vainīgi, ja vēlas uzdot dažādus papildus jautājumus vai konsultēties ar speciālistu pa telefonu. Papildus tam pacienti jūtas arī psiholoģiski labāk, jo viņiem nav jāuztraucas par medicīniskajiem izdevumiem, ja, piemēram, slimošana ir ieilgusi un nepieciešams veikt dārgus izmeklējumus vai ārstēties stacionārā. Protams, ir arī gadījumi, kad apdrošināšana visus ārstēšanās izdevumus nesedz un tad pacientiem pašiem jāpiemaksā šī starpība vai pat pilnībā jāsedz atsevišķu pakalpojumu izmaksas.
126. Izmantojot apdrošināšanu, pacienti ir sastapušies arī ar, viņuprāt, negodīgu rīcību no veselības aprūpes speciālistu puses. Piemēram, kādai sievietei ginekologs piedāvājis visus iespējamus pakalpojumus un izmeklējumus bez īpaša pamatojuma. Viņa uzskata, ka tas bija tādēļ, ka ginekologs zināja, ka viņas apdrošināšana to visu apmaksās un speciālists varēs saņemt papildus finansējumu.

## 2.5. Ieteikumi

### Pētījuma dalībnieku perspektīva

127. Kā uzskata pētījuma dalībnieki, risinājumi garo rindu problēmai uz valsts apmaksājamiem veselības aprūpes pakalpojumiem Latvijā, galvenokārt ir saistāmi ar valsts budžeta palielinājumu konkrētās jomās un veselības aprūpei kopumā. Daudzus gadus ir ticis norādīts, ka IKP daļa, kas tiek atvēlēta veselības aprūpes nozarei Latvijā, ir nepietiekama.
128. Runājot par optimālāku valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu organizēšanu, daži pētījuma dalībnieki iesaka veselības aprūpes nozarē ieviest principu „nauda seko pacientam” esošo kvotu sistēmas vietā.



## Pētnieka perspektīva

129. Analizējot IKP daļu, kas tiek atvēlēta veselības aprūpes nozarei, jālieto salīdzinoša perspektīva. Būtu lietderīgi salīdzināt gan valdības ieguldījumu, gan pacientu iemaksas kopējos medicīnas izdevumos visās trijās Baltijas valstīs – Latvijā, Igaunijā un Lietuvā un, ja iespējams noteiktās jomās, piemēram, valdības ieguldījums un pacienta iemaksas onkoloģijā, valdības ieguldījums un pacienta iemaksas attiecībā uz sirds un asinsvadu slimībām un valsts finansējuma daļa diagnostikas pakalpojumiem ar garākajām rindām un citiem.
130. Tomēr veselības aprūpes nozarei atvēlētās IKP daļas palielināšana var nebūt optimālākais risinājums. Daudzas lietas veselības aprūpes nozarē Latvijā tiek īstenotas ar kavēšanos (piemēram, e-veselības platformas izveide un iniciatīvas samazināt administratīvo slogu veselības aprūpē), kas var radīt dažas problēmas. Piemēram, veselības aprūpes darbinieki joprojām pavada daudz laika ar dokumentiem un pastāv informācijas plaisa starp ārstiem par to pacientiem. Abas minētās problēmas varētu atrisināt ar efektīvu e-veselības platformu.
131. Jāatzīmē, ka efektīvu finansējuma izmantošanu var kavēt dažādi lobiji – piemēram, lieli celtniecības uzņēmumi vai konkrētas veselības aprūpes nozares jomas sakarā ar noteiktu politiku un augsta līmeņa veselības aprūpes iestāžu vadītāju privātajām interesēm. Tajā pašā laikā daudzi speciālisti, gan ārsti, gan medicīnas māsas, dodas uz citām ES valstīm, lai strādātu. Tas noved pie ierosinājuma, ka, pirmkārt, ir nepieciešams turpināt iesaistīt pašvaldības, lai iedzīvotājiem attālos rajonos nodrošinātu piekļuvi konkrētiem pakalpojumiem. Otrkārt, ir svarīgi turpināt cīnīties pret korupciju un kukuļošanu veselības nozarē, jo neformāliem maksājumiem ir ļoti negatīva ietekme uz veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību, it īpaši neaizsargātajās grupās.

### 3. Pakalpojumu saņemšanas modelis

132. Šī nodaļa ietver dažādas problēmas, kas saistītas ar veselības aprūpes koordināciju starp dažādiem līmeņiem un ar lomu un pienākumu sadali starp veselības aprūpes sistēmā strādājošajiem, bieži vien to caurlūkojot caur četrām prioritāro veselības jomu – onkoloģiskās slimības, sirds un asinsvadu slimības, garīgā veselība un mātes un bērna veselības aprūpe – prizmu.

#### 3.1. Vispārīgs pakalpojumu sniegšanas modeļa apraksts

133. Šī apakšnodaļa pārskata vispārīgākos jautājumus par veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un integrāciju, ņemot vērā dažādu ieinteresēto pušu – cilvēkresursu vadītāju, profesionālo asociāciju un pacientu organizāciju pārstāvju, speciālistu un ģimenes ārstu – viedokli.

134. Cilvēkresursu vadītāji ģimenes ārstus, sekundārās ambulatorās aprūpes iestādes un slimnīcas uzskata par savstarpēji neatkarīgām veselības aprūpes jomām Latvijā. Šis secinājums ir balstīts uz faktu, ka lielākā daļa ģimenes ārstu, kā arī daļa speciālistu strādā neatkarīgās un privātās praksēs, kuras nav pakārtotas lielākām veselības aprūpes iestādēm. Cits iemesls, kas netieši nāk no intervijās un diskusijās paustajiem viedokļiem, ir tāds, ka nav noteiktas struktūrvienības (ģimenes ārsts vai speciālists), kas ir atbildīga par pacientu ar blakusslimībām ārstēšanas koordinēšanu.

135. Ģimenes ārsti un speciālisti uzskata, ka ārstēšanas koordinēšana norit tikai caur oficiālajiem ārstu sagatavotajiem slēdzieniem. Nav neviena, kas koordinētu, kad un kuru speciālistu pacientam vajadzētu apmeklēt; atbildība par šiem lēmumiem gulstas uz pašiem pacientiem. Turklāt katrs speciālists nodarbojas ar pacientu tikai savas specializācijas ietvaros. Oficiālajos ārstu slēdzienos iekļautā informācija atšķiras – tā varētu būt vairāk un mazāk detalizēta.

136. Lielākā daļa no pētījuma dalībniekiem ir piedzīvojuši veselības aprūpes sistēmu padomju laikos, kad aprūpe bija vairāk vērsta uz terciāro līmeni. Lai gan veselības aprūpes darbinieki ir pieņēmuši aprūpes pāreju no terciārā līmeņa uz ambulatoro aprūpi un uz primāro aprūpi, viņi atzīst, ka primārā aprūpe nedarbojas tik labi, kā bija iecerēts. Daļa no problēmas attiecas uz pašu veselības aprūpes sistēmu, bet vēl daļa – uz sabiedriskajiem pakalpojumiem plašākā nozīmē (piemēram, sabiedrisko transportu un sociālo darbu).

137. Daži cilvēkresursu vadītāji un profesionālo asociāciju pārstāvji apgalvo, ka, raugoties no valsts budžeta perspektīvas, primārā aprūpe ir saņēmusi vislielāko atbalstu; tomēr sniegums šajā nozarē ir bijis viduvējs saistībā ar to, ka daļai ģimenes ārstu nav bijusi vēlēšanās mainīt savu domāšanu un attieksmi pret pacientiem. Daži cilvēkresursu vadītāji un veselības aprūpes iestāžu vadītāji, kā arī paši ģimenes ārsti ir novērojuši attieksmes un zināšanu līmeņa plaisu jaunākās un vecākās paaudzes ģimenes ārstu vidū – kad jaunās paaudzes ģimenes ārsti vairāk atbilst „ideālajam standartam”, kas tiek sagaidīts no ģimenes ārstiem. Turklāt, kā tika novērots fokusa grupu diskusijās, pacienti – it īpaši vecākās paaudzes – var neuzskatīt ģimenes ārstu par ekspertu, kas spēj tikt galā ar konkrētām pacientu veselības problēmām, un uzstāt uz nepieciešamību apmeklēt citu speciālistu (piemēram, kardiologu). Tas, savukārt, rada lielu noslogojumu sekundārajai ambulatorajai veselības aprūpei, kā rezultātā rodas garas rindas uz konsultācijām un

izmeklējumiem. Tādējādi daži cilvēkresursu vadītāji un profesionālo asociāciju pārstāvji rosina ieviest dažus papildus instrumentus, lai veicinātu labāku ģimenes ārstu sniegumu, atbilstoši labas prakses izpratnei šajā jomā (vairāk par šiem rīkiem skatīt zemāk).

138. Apspriežot veselības aprūpes organizāciju Latvijā, daži cilvēkresursu vadītāji un profesionālo asociāciju pārstāvji atbalsta ideju, ka terciārās aprūpes mērķis ir tikt galā ar vissarežģītākajiem aprūpes jautājumiem. Tomēr viņi paredz, ka Latvijas slimnīcas caurmērā varētu nesasniegt visus laba snieguma standartus, jo tās ir ar ierobežotu budžetu ilgākā laika periodā. Tas tiek attiecināts galvenokārt uz nepietiekamām algām veselības aprūpes darbiniekiem. Daži privāto veselības aprūpes iestāžu vadītāji apgalvo, ka daļa no šīs problēmas ir arī neefektīva valsts veselības aprūpes iestāžu vadība (tajā skaitā neefektīvi ieguldījumi infrastruktūrā un ārstu neuzticēšanās diagnostikas izmeklējumiem, kas veikti citā ārstniecības iestādē).
139. Daži profesionālo asociāciju pārstāvji atzīst, ka šķērslis veselības aprūpes vadībai un integrācijai ir nepietiekamā informācija par Veselības ministrijas vīziju par to, kā veselības aprūpes sistēma tiks attīstīta turpmākajos gados. Proti, ir jautājumi par to, kuras iestādes tiks attīstītas kā galvenie reģionālie centri un vai šī vīzija balstās uz pamatotiem aprēķiniem attiecībā uz pakalpojumu pieejamību visiem iedzīvotājiem, tai skaitā cilvēkiem, kas dzīvo attālos rajonos.
140. Profesionālo asociāciju pārstāvji, izsakot šīs šaubas, atsaucas uz slimnīcu reformām, kas tika ieviestas 2009. gadā ekonomiskās krīzes laikā – tad, pēc viņu teiktā, lēmumi par to, kuras reģionālās un vietējās slimnīcas būtu jā saglabā, tika balstīti uz pilsētas lielumu, atbalsta līmeni un noteiktu rezultātu lobēšanu. Tā rezultātā reģionālās slimnīcas atrodas lielākajās Latvijas pilsētās – ignorējot faktu, ka cilvēki, kas dzīvo attālos rajonos, nevar šīs slimnīcas sasniegt stundas laikā. Kaut gan slimnīcu tīkla reformas ir plānotas, lai palielinātu budžeta izdevumu efektivitāti veselības aprūpē, daži eksperti norāda, ka reformu rezultāti liecina, ka ietaupījumi vienā veselības aprūpes sistēmas jomā (piemēram, mazo slimnīcu slēgšana) ir palielinājuši izdevumus citā jomā (piemēram, neatliekamajā medicīniskajā palīdzībā). Viņi apgalvo, ka galveno resursu koncentrācija reģionālajās slimnīcās vājina atlikušās vietējās slimnīcas, kas var palielināt nāves gadījumu skaitu līdz ar neatliekamās medicīniskās palīdzības aizkavēšanos, piemēram, augsta riska grūtniecības gadījumā, kad notikusi placentas atdalīšanās.
141. Veselības aprūpes pakalpojumu koncentrāciju lielajās pilsētās (dažās specialitātēs, piemēram, onkoloģijā un kardioloģijā, lielākoties ir Rīgā) atbalsta tur strādājošā vadība un speciālisti. Galvenais koncentrācijas arguments ir augstāka līmeņa pieredze un zināšanas, kas izriet no dažādiem gadījumiem, ar kuriem speciālisti saskārušies. Tomēr reģionālo slimnīcu vadītāji un paši pacienti atbalsta ideju uzturēt veselības aprūpi reģionālajos centros, lai nodrošinātu labāku pakalpojumu pieejamību. Daži profesionālo asociāciju pārstāvji un reģionālo veselības aprūpes iestāžu vadītāji atbalsta ideju, ka sistēma būtu jāattīsta tā, lai visi „parastie” gadījumi tiktu atrisināti zemākā kompetences līmenī, un tikai vienīgi „sarežģītie” gadījumi jānosūta uz augstāku līmeni. Šī pieeja paredz to, ka grūtas, „sarežģītas” veselības problēmas tiek risinātas valsts līmeņa kompetences centrā, pārējo „parasto”, mazāk sarežģīto gadījumu (zemākā līmenī) un līdz ar to mazāk dārga aprūpe būtu jāsniedz reģionālajos centros. Piemēram, onkoloģijas gadījumā tikai sarežģītas operācijas būtu jāveic Onkoloģijas centrā Rīgā (nav konkrētu piemēru, kas minēti šajā sakarā), bet pārējā ārstēšana būtu jādeleģē reģionālajiem centriem, piemēram, Liepājā un Daugavpilī, ja tie ir tuvāk vietai, kur pacients dzīvo.

142. Tomēr profesionālo asociāciju pārstāvji, kuri piedāvāja iepriekš minēto risinājumu, atzīst, ka, lai padarītu ideju dzīvotspējīgu, ir nepieciešams izstrādāt sistēmu, kā nosūtīt pacientus no zemākās kompetences pakalpojumu sniegšanas līmeņa uz augstāku – un otrādi. Lai gan pacientu nosūtīšanas sistēma ir izstrādāta onkoloģijā (tā sauktais „zaļais koridors”), veselības aprūpes darbinieku pieredze liecina, ka tas nedarbojas pienācīgā veidā.
143. Vēl viens dažu profesionālo asociāciju pārstāvju minētais risinājums ir sistēma, kas pastāvēja padomju laikos, kad katram reģionam bija savs koordinators valsts līmenī. Tomēr eksperti nevar novērtēt, vai šī sistēma darbosies mūsdienās, jo ir pazīmes, ka tas varētu novest pie neefektīvas veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas. Profesionālo asociāciju pārstāvji, kuri norāda uz šo problēmu, ir novērojuši – un daži ģimenes ārsti to apstiprina – , ka katra jauna sistēma, kas ļauj nosūtīt pacientu uz turpmākiem izmeklējumiem, var būt neefektīva vairāku iemeslu dēļ, piemēram:
- (1) pacienti vēlas apiet gaidīšanas rindas, pat tad, ja viņu gadījums nav steidzams;
  - (2) personiskās atbildības samazināšanās ģimenes ārstiem;
  - (3) pārmērīga reakcija uz pacientu spiedienu, kas uzstāj uz noteikta veida izmeklējumiem.
144. Lai risinātu iepriekš minētās problēmas, kāds cilvēkresursu vadītājs rosina ieviest prasību ārstiem strādāt dežūras slimnīcu uzņemšanas nodaļā vismaz vairākas reizes gadā. Kā uzskata eksperts, tas palīdzētu veidot ģimenes ārstu izpratni par citu veselības aprūpes līmeņu darbību, saskaroties ar dažādiem gadījumiem, un palielinātu viņu to diagnostikas prasmes. Tā kā cilvēkresursu vadītājs uzskata, ka nav saprātīgi integrēt ģimenes ārstus ap slimnīcām sakarā ar to atrašanās vietām pilsētu nomalēs (īpaši reģionos), dežūras slimnīcu uzņemšanas nodaļā palielinātu ģimenes ārstu izpratni par visu sistēmu un sniegtu apmācību, ko nevar iegūt ambulatorajā veselības aprūpē.
145. Eksperts atzīst, ka šīm dežūrām būtu jābūt brīvprātīgām un, lai mudinātu ģimenes ārstus pievienoties šai sistēmai, ir jāpiedāvā papildus atalgojums. Tomēr tā kā Latvija jau ir tikusi ieviesta brīvprātīgā sistēma veselības aprūpē, kas nav devusi gaidītos rezultātus, ir jāņem vērā vairāki iespējamie riski. Pirmkārt, papildus samaksai par dežūrām slimnīcu uzņemšanas nodaļā būtu jābūt taustāmai un saprātīgai. Pieredze, ieviešot kvalitātes kritērijus ģimenes ārstiem, liecina, ka daži neiespējami mērķu kritēriji tika iekļauti kritēriju starpā, kas varētu apdraudēt visu ideju (piemēram, ģimenes ārstiem tiek prasīts katru gadu samazināt ārkārtas zvanu skaitu, ko veic viņu pacienti – to nav iespējams bezgalīgi samazināt gadu no gada). Otrkārt, pastāv risks, ka ģimenes ārsti sāks izmantot sistēmu, lai apietu rindas, un aicinās savus pacientus ierasties uzņemšanas nodaļā viņu dežūras laikā. Treškārt, dežūras uzņemšanas nodaļā prasa sertifikāciju internajā medicīnā, kas ir tikai dažiem ģimenes ārstiem. Ieviešot šādu prasību, būs jāgroza pašreizējais normatīvais regulējums. Cilvēkresursu vadītājs sniedz līdzīgu priekšlikumu attiecībā uz ginekologiem, kas strādā ambulatorajā veselības aprūpē un kam ir specializācija dzemdniecībā, lai palielinātu ginekologu zināšanas par iespējamiem sarežģījumiem dzemdību laikā.

### 3.2. Ārstu un medmāsu lomas

146. Daudzi speciālisti piekrīt, ka māsas varētu darīt vairāk, tomēr galvenā problēma ir tas, ka medmāsu skaits veselības aprūpes iestādēs ir nepietiekams. Taču veselības aprūpes iestāžu vadītāji, ģimenes ārsti, ārsti – speciālisti, profesionālo asociāciju pārstāvji un

plašsaziņas līdzekļi ir šaubās, vai pieejamie cilvēku resursi un veselības aprūpei paredzētais finansējums atļaus palielināt māsu skaitu, un sasaista medmāsu trūkumu ārstniecības iestādēs Latvijā ar zemo atalgojumu. Turklāt tā kā jau tagad māsas ir ļoti noslogotas, līdz ar to nav iespējams paplašināt viņu funkcijas. Daļa medmāsu cenšas apvienot darbu vairākās iestādēs, līdz ar to arī viņu vidū ir pārstrādāšanās un izdegšanas sindroms.

147. Šobrīd Latvijā daudz medmāsu ir pirmspensijas vai pensijas vecumā, jo gados jaunākas medmāsas meklē iespējas strādāt ārzemēs vai labāk apmaksātos darbos. Savukārt, kā norāda ārsti – speciālisti un cilvēku resursu speciālisti norāda, ka daļai gados vecāko medmāsu raksturīga zemāka motivācija apgūt jaunus pienākumus.
148. Vairāki veselības aprūpes speciālisti un iestāžu vadītāji atzīst, ka medmāsas vajadzētu vairāk iesaistīt pacientu izglītošanā veselības aprūpes jautājumos, tādējādi sekmējot pacientu prasmes sev palīdzēt, ievērot ārstēšanas noteikumus un medikamentu uzņemšanu. Lai to īstenotu, pēc veselības aprūpes iestāžu vadītāju, ģimenes ārstu un ārstu – speciālistu domām, šobrīd strādājošās medmāsas ir jāatslogo no daļas viņu jau veiktajiem pienākumiem, piemēram, deleģējot sekretāres funkcijas vai deleģējot kopšanas funkcijas māsu palīgiem.
149. Vēl viena ārstniecības personu grupa Latvijā ir ārsta palīgi, un šī joma Latvijā joprojām nav līdz galam sakārtota. Saskaņā ar Latvijā pieņemto regulējumu ārsta palīgi sniedz neatliekamo medicīnisko palīdzību slimajiem dzīvībai bīstamā, kritiskā stāvoklī pirmsstacionāra etapā un stacionāru uzņemšanas nodaļās, veicot diagnostiku, ārstēšanu, kā arī darbojas primārajā veselības aprūpē, kur ārsta palīgs ir ģimenes ārsta darba komandas loceklis.<sup>3</sup> Daži respondenti par problēmu uzskata to, ka ārsta palīgus nevar nodarbināt slimnīcās, lai gan viņi ir pieejami un apmācīti. Tāpat ārstu palīgi nevar arī tikt pieņemti medmāsu vietā, jo tās ir divas dažādas profesijas un izglītības. Normatīvais regulējums definē ārsta palīgus tikai kā primārās veselības aprūpes nodrošinātājus<sup>4</sup>.

### 3.3. Ģimenes ārstu un pacientu sadarbība

150. Attiecībā uz ģimenes ārstu apmeklēšanu galvenā kritika no pacientu puses ir par to, ka ģimenes ārstiem, kad pie viņiem atnāk pacients vizītē, nav laika aprunāties, un ir konvejera sajūta. Viņi uzskata, ka ģimenes ārstiem ir pārāk liela slodze, un to apstiprina arī ārstu komentāri, ka noteiktā norma – 1800 pacienti vienam ģimenes ārstam ir pārāk liela slodze, jo tas nozīmē, ka dienā jāpieņem 26-30 pacienti, un kopā ar dokumentāciju, telefona konsultācijām un mājās vizītēm tas ir pārāk liels darba apjoms.
151. Pacienti nav arī apmierināti ar to, ka ģimenes ārsti dod nosūtījumus pie speciālistiem, pie kuriem uz vizīti jāgaida mēnešiem ilgi. Īpaši ja nosūtījums ir izrakstīts novembrī, decembrī, var gadīties, ka plānotās kvotas ir iztērētas un pieraksts tiek veikts tikai uz nākošo gadu, vai arī ir iespēja par pakalpojumu maksāt. Vairāki diskusiju dalībnieki ved pie ģimenes ārstiem un vajadzību gadījumā – pie speciālistiem tikai savus bērnus, jo, lai parūpētos arī par sevi, nav spēka un laika. Ar ārstu apmeklēšanu saistītie pasākumi prasa daudz laika – sēdēt un gaidīt rindā pie ģimenes ārsta, pierakstīties pie speciālista, zvanot

<sup>3</sup> Ministru kabineta noteikumi Nr. 1529 (17.12.2013.) *Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība*. Pieejams: <http://likumi.lv/ta/id/263457-veselibas-aprupes-organizšanas-un-finansesanas-kartiba>

<sup>4</sup> Turpat

noteiktas dažas stundas mēnesī, un gaidīt rindā pie speciālista, un visu to ir jādara darba laikā. Šo iemeslu dēļ daudzi nodarbojas ar pašārstēšanos, meklē informāciju internetā vai izvēlas alternatīvo medicīnu, piemēram, homeopātiju, fitoterapiju, ajūrvēdu vai dažādu dziednieku pakalpojumus.

### 3.4. Ģimenes ārstu un speciālistu sadarbība

152. Ģimenes ārsti norāda, ka teju puse tiešās pieejamības speciālistu – piemēram, acu ārsti, dermatologi, endokrinologi, ginekologi, neirologi, psihiatri un citi – neizsniedz slēdzienus, tādējādi ģimenes ārstiem trūkst informācijas par pacientam veiktajiem izmeklējumiem, par diagnozi un arī par izrakstītajiem medikamentiem. Kāds no ģimenes ārstiem norāda, ka ir bezjēdzīgi sūtīt pacientu pie speciālista, ja ģimenes ārsts no tā neiegūst nekāda veida informāciju – „no speciālista atnāk atbilde, diagnoze nav uzrakstīta. Otrā pusē uzrakstīti 25 dažādi laboratoriskie rādītāji un trīs izmeklējumi, tajā skaitā magnētiskā rezonanse, ko mēs nedrīkstam rakstīt. Laiks iet. Līdz nākamajam pierakstam pie speciālista, vēl jāiziet šie izmeklējumi, vismaz mēnesis jāērķina. Tātad mēnesi man ir jākuļas savā sulā”. Ģimenes ārsti nav apmierināti, ka viņiem jādod pacientiem nosūtījums pie vēl kāda speciālista vai uz izmeklējumiem, paļaujoties tikai uz pacientu pārstāstīto, kā arī par to, ka, nesāņemot nekādu papildus informāciju, no speciālista ir norāde par nepieciešamību pagarināt darba nespējas lapu.
153. Ģimenes ārsti sadarbību ar speciālistiem mēdz dēvēt par „riņķa danci” – ne vienmēr diagnozes noskaidrošanai pietiek ar tiem izmeklējumiem, ko ir nozīmējis ģimenes ārsts, savukārt speciālisti visai reti paši nozīmē papildus izmeklējumus, tā vietā sūtot pacientu atkārtoti doties pie ģimenes ārsta pēc nosūtījuma.
154. Ģimenes ārsti norāda, ka neskaidrību gadījumos vienmēr cenšas sazināties ar speciālistiem. Vieglāk sazināties izdodas ar speciālistiem no stacionāriem, jo slēdzienā par pacientu veselības stāvokli vienmēr ir atrodama ārstējošā ārsta kontaktinformācija. Savukārt ar speciālistiem no ambulatorajiem veselības centriem saziņas iespēja var būt kavēta – īpaši gadījumos, ja vienīgā informācija, ko pacients var uzrādīt, ir medikamentus reklamējoša lapiņa ar norādi par to lietošanu.
155. Kāds no ģimenes ārstiem norāda, ka arī sadarbībā ar traumatologiem nākas izmantot personīgo paziņanos. Ne vienmēr pats pacients spēj novērtēt savu veselības problēmu nopietnību. Ja, piemēram, traumā gadījumā ir palaists garām akūtais brīdis, tad palīdzību var nākties gaidīt vairākus mēnešus. Lai to novērstu ģimenes ārsti mēģina panākt ārstēšanu ar personīgo kontaktu palīdzību – „*tā ir pelēkā zona, kad cilvēks sapratis, ka ar viņu tiešām ir ziepes, bet ir pagājis pirmais akūtais laiks. Tad zvanu kolēģim izmisumā, jo mums ir korporatīvie sakari, lai uzraksta, ka tikko tas notika, lai viņu paņemtu. Kāpēc ir jāmelot? Bet visa tā sistēma liek mums nemitīgi melot, lai savu pacientu labā izdarītu maksimāli, lai viņi nekļūst par invalīdiem, jo runa ir par jauniem, darbspējīgiem cilvēkiem*”.
156. Kāds no ekspertiem norāda, ka ārstēšanās procesā problemātiska ir pacientu pārvešana uz augstāka līmeņa stacionāriem – tas attiecināms gan uz plānveida palīdzības sniegšanu, gan arī uz akūtiem gadījumiem. Piemēram, situācijās, kad pacientam ir nepieciešama terciārā līmeņa palīdzība, ko lokālajās veselības aprūpes iestādēs nevar nodrošināt, ārstējošam ārstam ir jāizmanto personīgā paziņšanās, lai pacientu būtu iespējams pārvest.

Kā norāda eksperts, lielākoties par pacienta pieņemšanu izdodas vienoties ar reģionālajām slimnīcām, teju neiespējami tas ir ar universitāšu slimnīcām.

157. Ģimenes ārstu un speciālistu teiktais liecina, ka slimību diagnosticēšanā un ārstēšanā sadarbība starp ģimenes ārstiem un speciālistiem un starp dažādām veselības aprūpes iestādēm nav institucionalizēta. Gan speciālisti, gan ģimenes ārsti atzīst, ka sadarbība lielākoties notiek caur dokumentiem un ka pietrūkst atgriezeniskās saites par diagnosticēšanā atklāto vai par ārstēšanas gaitu. Ģimenes ārsti norāda, ka Latvijas veselības aprūpes jomā vēl arvien nozīmīga ir personīga pazīšanās dažādu speciālistu starpā, jo nereti tā ir vienīgā iespēja kā pacientam ātrāk nodrošināt nepieciešamos izmeklējumus vai ārstēšanu – tādējādi darbojas arī rindu „apiešanas” princips.

### 3.5. Klīnisko vadlīniju izmantošana

158. Tikai retais no speciālistiem un ģimenes ārstiem atzīstas, ka savā ikdienas darbā neizmanto dažādu saslimšanu ārstēšanas klīniskās vadlīnijas, ko savā mājas lapā ir publicējis Nacionālais veselības dienests. Biežāk veselības aprūpes darbinieki norāda, ka ir ar šīm vadlīnijām iepazinušies un cenšas tās paturēt prātā, lai vadītos ārstēšanas procesā – tādējādi nav pamats aizdomām par vadlīniju neizmantošanu ikdienas darbā.
159. Atsevišķi ģimenes ārsti uzsver, ka dažādu saslimšanu ārstēšanas klīnisko vadlīniju izmantošanu ikdienas darbā kavē ierobežotais kvotu daudzums uz izmeklējumiem – *„mums ir kvotas. Kā es varu ievērot vadlīnijas pēc līguma ar Nacionālo veselības dienestu, ja ir piedraudēts, ka es dabūšu visas iespējamās kontroles par to, ka izmeklējumu kvotas uz šo gadu jau esmu pārtērējusi!? Kā jums liekas, kur ir vadlīnijas? Absolūti nekur!”*
160. Kāds no speciālistiem uzskata, ka tas, kā šobrīd tiek nodrošināta klīnisko vadlīniju pieejamība, nav to lietotājiem draudzīgs risinājums – Nacionālā veselības dienesta mājas lapā ir pieejama Klīnisko vadlīniju datu bāze, kurā ir pieejams visu vadlīniju pilns teksts, katrs vairāku desmitu lapu apjomā. Ņemot vērā veselības aprūpes darbinieku noslodzi, tas viennozīmīgi apgrūtina šo vadlīniju izmantošanu ikdienā. Speciālists iesaka klīniskās vadlīnijas atspoguļot strukturēti, kā piemēru minot Lielbritāniju, kur elektroniski pieejama labi organizēta un pārskatāma klīnisko vadlīniju sistēma – ar pāris peles klikšķu palīdzību ir iespējams iegūt atbildi par to, kā rīkoties katrā konkrētā gadījumā.

### 3.6. Onkoloģija

#### 3.6.1. Prevencija, skrīnings un diagnostika

161. Ministru kabineta noteikumu Nr. 1529 (pieņemti 2013. gada 17. decembrī) grozījumi, kas stājas spēkā 2015. gada 1. janvārī, paredz, ka pirmreizējie pacienti pie onkologa, kuram ir līgumattiecības ar Nacionālo veselības dienestu, tiek desmit darba dienu no tā brīža, kad pacients ir vērsies veselības aprūpes iestādē<sup>5</sup>. Šī sistēma tiek saukta par “zaļo koridoru”. Tomēr tā sauktais „zaļais koridors”, pēc intervēto speciālistu un ģimenes ārstu

<sup>5</sup> Onkologi ir tiešās piekļuves speciālisti un, saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem Nr. 1529 (17.12.2013.), ģimenes ārsta nosūtījums, apmeklējot tiešās piekļuves speciālistus, nav nepieciešams (76.2.). Tajā pašā laikā pirmreizējie pacienti pie onkologa, kuram ir noslēgts līgums ar Nacionālo veselības dienestu, desmit darba dienu laikā tiek tikai ar ģimenes ārsta vai speciālista nosūtījumu. Skatīt: <http://m.lvportals.lv/visi/skaidrojumi/267836-izmainas-veselibas-aprupe-2015-gada/>

domām, drīzāk nedarbojas. Pirmkārt, tas ir paredzēts tiem pacientiem, kuriem aizdomas par onkoloģisku saslimšanu konstatētas, veicot skrīninga izmeklējumus. Tā kā ir iespējamas rindas uz skrīninga veikšanu, eksperti uzskata, ka „zaļais koridors” būtu jāattiecina uz jebkuru iedzīvotāju, lai aizdomas par onkoloģisku slimību pēc iespējas ātrāk noņemtu vai apstiprinātu, tā nevelkot laiku un garantējot iespēju ātrāk uzsākt ārstēšanu.

162. Otrkārt, „zaļais koridors” nav padarījis onkologus pieejamākus – „*onkologu ir tik, cik ir, iespējas operēt ir tik, cik ir konkrētās zonas speciālistiem*”. Ģimenes ārsti norāda, ka vēl arvien ir nepieciešami sociālie kontakti un pazīšanās, lai tiktu pie onkologa savlaicīgi.
163. Onkoloģijas jomā ir grūti runāt par savlaicīgu diagnostiku arī ģimenes ārstu zināšanu un pieredzes trūkuma dēļ. Mūsu pētījums atklāj gadījumus, kad pat tādi simptomi kā ilgstošs klepus, kam atsevišķi ģimenes ārsti nav pievērsuši pietiekamu vērību, liecina par plaušu vēzi. Tādējādi daudzos gadījumos tiek palaista garām iespēja saslimšanu diagnosticēt pirmajā vai otrajā stadijā.
164. Daudz lielāka problēma ir ultraskaņas izmeklējumu, datortomogrāfijas un magnētiskās rezonanses pieejamība. Šos pakalpojumus nodrošina atbilstoši kvotām un uz tiem ir jāgaida mēnesis vai pat divi. Kāds veselības aprūpes speciālists norāda: „*Tā ir absolūti mulžīga situācija. Onkologs jau nevar to pacientu pacelt pret gaismu, pielikt pie stikla un pateikt, kāda viņam ir diagnoze. Tomēr ir vajadzīgi kaut kādi izmeklējumi*”.
165. Laiks nelietderīgi tiek patērēts arī, izsniedzot pacientiem izmeklējumu rezultātus. Piemēram, mamogrāfijas rezultāti ir zināmi jau nākamajā vai aiznākamajā dienā, bet pacientei tiek teikts ierasties pēc divām nedēļām. Lai gan Eiropas pamatnostādnes krūts vēža skrīninga un diagnostikas kvalitātes nodrošināšanai paredz, ka laikam no mamogrāfijas veikšanas līdz izmeklējuma rezultātam vajadzētu būt mazākam nekā piecām darba dienām<sup>6</sup>, esošā kārtībā Latvijā to nenodrošina.
166. Izmeklējumus var veikt daudzviet – gan valsts, gan privātajās veselības aprūpes iestādēs – , tajā pašā laikā netiek izvērtēta veikto izmeklējumu kvalitāte. Saskaņā ar Latvijas Onkologu biedrības pārstāvja viedokli, ir ļoti būtiski onkologiem un speciālistiem, kas veic diagnosticēšanu, pārrunāt visus neskaidros gadījumus un gadījumus, kad diagnoze noteikta kļūdaini, lai samazinātu to gadījumu skaitu, kad onkoloģiska saslimšana netiek atklāta savlaicīgi.
167. Latvijas Onkologu biedrības pārstāvis uzskata, ka galvenokārt pieredzes trūkums ir tas, kas speciālistiem traucē veikt izmeklējumus kvalitatīvi. Augstāku izmeklējumu kvalitāti spēj nodrošināt tie speciālisti, kas dien dienā veic desmit un vairāk izmeklējumu. Kāds no ekspertiem rosina pacientus ar neskaidrām diagnozēm nosūtīt pie speciālistiem, kuriem ir šī ikdienas pieredze šādu izmeklējumu veikšanā.
168. Speciālisti un ģimenes ārsti atzīst, ka onkologiem būtu jābūt pieejamiem tuvāk dzīvesvietai, kā tas bija iepriekšējās sistēmas gadījumā. „*Vecais modelis, ka katrā rajonā (Latvijā bija 26 rajoni) bija savs onkologs, kas veica pacientu pēc ārstēšanas novērošanu un arī jauno pacientu izmeklēšanu, lai dabūtu diagnozi, bija optimāls*”. Šobrīd, ja

---

<sup>6</sup> <http://www.europadonna.org/short-guide/a-short/>



cilvēkam uz vizīti pie speciālista jāmēro simts un vairāk kilometru, tad visdrīzāk viņš izvēlas to nedarīt.

169. Savlaicīgu onkoloģisko slimību diagnosticēšanu kavē arī pacientu nevēlēšanās doties pie ārsta, lai noņemtu aizdomas vai gūtu apstiprinājumu iespējamai diagnozei. Kā norāda pacientu organizāciju pārstāvji un ģimenes ārsti, onkoloģiskās slimības saistās ar bailēm un nolemtības sajūtu un arī ar neziņu par izmaksām un to, cik lielā mērā izmeklējumi un iespējamā ārstēšana būs jāsedz ar personīgajiem līdzekļiem<sup>7</sup> – jo īpaši garo rindu dēļ un tādēļ, ka privāto veselības aprūpes iestāžu nodrošinātie pakalpojumi var būt kā alternatīva valsts garantētajiem veselības aprūpes pakalpojumiem.
170. Pēc speciālistu domām, problēma ir arī tas, ka ģimenes ārsti nepievērš pietiekamu uzmanību profilakses jautājumiem. Piemēram, ģimenes ārsti salīdzinoši reti izvērtē ģenētisko risku. Ja pacienta vecākiem vai vecvecākiem ir bijusi onkoloģiska saslimšana, tad, ņemot vērā paaugstināto saslimšanas risku, viņu ik pa laikam būtu jānosūta uz konkrētiem izmeklējumiem, bet tas tikpat kā netiek darīts. Arī paši ģimenes ārsti atzīst, ka viņiem „*nav laika nodarboties ar profilakses jautājumiem*”.
171. Tajā pašā laikā ģimenes ārsti akcentē citas problēmas, kas traucē profilaktisko darbu onkoloģisko saslimšanu jomā. Pirmkārt, ģimenes ārstiem trūkst informācijas par to, vai viņu pacientes ir saņēmušas uzaicinājumu uz dzemdes kakla vēža skrīningu un mamogrāfiju, jo ne vienmēr Nacionālā veselības dienesta sagatavotā informācija ir aktuāla. Piemēram, Nacionālā veselības dienesta informācija liecina, ka sievietei ir nosūtīta uzaicinājuma vēstule, bet patiesībā sieviete to nemaz nav saņēmusi.
172. Otrkārt, kā norāda ģimenes ārsti, papildus pieslēgums informācijai par vēžu skrīninga datiem ir pieejams tikai tām ģimenes ārstu praksēm, kurās ir nodarbinātas divas un vairāk medmāsas. Šāda kārtība raisa neizpratni ģimenes ārstu vidū, jo papildus pieeja ir nepieciešama arī tad, ja praksē strādā tikai viena medmāsa – nereti ģimenes ārsta praksē ar profilakses jautājumiem nodarbojas tieši vidējais medicīnas personāls.

### 3.6.2. Ārstēšana

173. Onkoloģisko saslimšanu ārstēšanu kavē gan novēlotā diagnostika, gan arī tas, ka Latvijā nav pieejami visu specifisko vēža šūnu izpētes mērķmedikamenti. Tipiskāko onkoloģisko saslimšanu gadījumos ārstēšana tiek nodrošināta, bet specifisku saslimšanu gadījumos gan izmeklēšana, gan ārstēšana ne vienmēr tiek nodrošināta atbilstoši konkrētajam gadījumam (nepieciešami dārgāki medikamenti).
174. Kā norāda pacientu organizācijas pārstāvis, īpaša problēma ir onkoloģijas slimību pacientu psihoemocionālais stāvoklis, kam kopumā tiek pievērsta nepietiekoša uzmanība, un pārmetumi tiek attiecināti arī uz ārstniecības speciālistu rutinēto attieksmi.

---

<sup>7</sup> Veselības aprūpe Latvijā tikai daļēji ir valsts finansēta, jo pacientiem ir arī pašiem jāsedz izmaksas par veselības aprūpes pakalpojumiem. Šis princips attiecas arī uz valsts garantētajiem pakalpojumiem, izņemot uz veselības aprūpi bērniem un grūtniecēm (ja veselības aprūpe ir saistīta ar grūtniecību). Pacientu nodevas apmērs ir noteikts Ministru kabineta noteikumu Nr. 1529 (17.12.2013.) pielikumā. Saskaņā ar šo cenrādi vizīte pie ģimenes ārsta maksā 1,42 EUR, speciālista apmeklējums – 4,27 EUR, tomogrāfijas (CT) izmeklējums ar intravenozu kontrastvielu – 21,34 EUR, onkoloģiskas saslimšanas gadījumā ārstēšanās slimnīcā – 7,11 EUR (katru dienu). Lai gan tā ir samazināta maksa, tomēr lielai daļai sabiedrības tā ir nozīmīga ienākumu daļa. Piemēram, vidējais vecuma pensijas apmērs 2014. gadā bija 266,26 EUR mēnesī.

Speciālistiem tiek pārņemts, ka pacienti tiek uztverti kā objekti, nevis dzīvi cilvēki ar savām vajadzībām un nepieciešamību pēc cilvēciskas attieksmes. Pacientu vērtējumā ārstu vidū nepietiekoši tiek atzīts tas, ka onkoloģiskās saslimšanas nav tikai fiziska saslimšana, bet arī psihoemocionāla saslimšana, un, viņuprāt, ir nepieciešama empātiskāka pieeja. Viens no risinājumiem šai problēmai, pēc pacientu organizācijas pārstāvja domām, varētu būt tas, ka tiek veidotas multidisciplinārās komandas, kurās iesaistīts ir psihologs, un viņš sniedz atbalstu pacientam gan tad, kad tiek paziņota diagnoze, gan pirms un pēc operācijas. Cits variants, ka par atbalsta personu tiek sagatavota medmāsa.

175. Pacienti ir novērojuši, ka ārstēšana daudz veiksmīgāk tiek organizēta tiem pacientiem, kam ir labi sakari, draugi ārstu vidū, vai kas paši vai radnieku vidū ir ārsti, jo šajos gadījumos tiek nodrošināta individuāla uzmanība un ārsti iedziļinās konkrētajā gadījumā. Citos gadījumos ārstēšana bieži vien tiek īstenota ļoti rutinizēti.
176. Pacientu pieredze liecina, ka diviem galvenajiem onkoloģisko saslimšanu centriem – Onkoloģijas centram un Stradiņu slimnīcai ir savstarpēji konkurējošas attiecības, kurās iesaistīti tiek arī pacienti. Tā vietā, lai ārstniecības iestādes savā starpā sadarbotos, nodrošinātu pieredzes apmaiņu un savstarpēju konsultēšanos, pacientiem nākas noklausīties to, ka „viņiem ir paveicies, ka viņi dzīvi tikuši no konkurējošā centrā ārā”.

### 3.6.3. Novērošana

177. Intervētie ģimenes ārsti un atsevišķi speciālisti atzīst, ka sarežģījumus pēc intensīvas ārstēšanas rada tas, ka ģimenes ārsti un onkologi ne vienmēr savā starpā sadarbojas un apspriēž konkrētā pacienta vajadzības remisijas periodā. Daļai ģimenes ārstu ir nedrošība attiecībā uz onkoloģijas pacientiem, un viņi īsti nezina, kā tiem palīdzēt situācijā, kad onkoloģiskās saslimšanas ārstēšanas rezultātā organisms ir novājināts un nepieciešama īpaša uzraudzība. Arī pacienti bieži vien labāk vēlas, lai uzraugošo terapiju turpina onkoloģijas speciālists. Tas kopumā liecina par neuzticēšanos attiecībā uz ģimenes ārsta spēju īstenot uzraugošo terapiju pacientu vidū.
178. Pacientu vērtējumā absolūti nepietiekoši tiek nodrošināts atbalsts onkoloģisko saslimšanu pacientiem attiecībā uz psihosociālo rehabilitāciju, lai cilvēks spētu atgriezties sabiedrībā kā pilnvērtīgs sabiedrības loceklis, un justos psiholoģiski un emocionāli stabils. Gan fokusa grupu diskusiju dalībnieki, gan pacientu organizācijas pārstāvis norāda, ka sabiedrībā onkoloģiskas saslimšanas joprojām tiek saistītas ar ļoti augstu letālo iznākumu skaitu, kas cilvēkos rada nedrošību un bailes no atkārtotas saslimšanas. Tā ir saistīta ar noteiktu stigmatu – ja tev ir onkoloģiska saslimšana, tu drīz mirsi, un tas ir Dieva sods par to ļaunumu, ko tu esi izdarījis.
179. Onkoloģisko saslimšanu pacientiem pēc intensīvā ārstēšanas kursa ir nepieciešamas uzturspeciālista, dietologa konsultācijas, noteiktas fizioterapeitiskās procedūras, kā arī atbalsta grupas, bet daudziem tas šobrīd nav pieejams. Šobrīd to nodrošina tikai pacientu organizācijas par savāktajiem ziedojumiem, kas ir ļoti ierobežots apjoms. Valsts finansēta psihosociālā rehabilitācija hroniskiem pacientiem, tai skaitā onkoloģiskiem, Latvijā netiek nodrošināta.
180. Pacientu organizāciju pārstāvji norāda, ka Latvijā akūta problēma ir arī paliatīvā aprūpe – tas attiecas gan uz onkoloģijas saslimšanām, gan arī citām. Kopumā tiek sniegts

ļoti minimāls atbalsts, lai atvieglotu pacienta stāvokli un nedaudz uzlabotu viņa atlikušās dzīves kvalitāti. Ir pat gadījumi, kad stacionāros medicīnas personāls nav kompetents, kā sniegt atsāpinašanu, kādus medikamentus dot. Viens no pacientu organizācijas pārstāvja ierosinātajiem uzlabojumiem ir nodrošināt pacientu piederīgo apmācību, lai viņi spētu profesionālāk sniegt palīdzību aprūpējamiem pacientiem.

### 3.6.4. Ārstēšanas koordinēšana starp dažādiem līmeņiem

181. Lielākā daļa ekspertu uzskata, ka onkoloģijas jomā lielā mērā darbojas personīgās pazīšanās princips. Tā kā uz konsultāciju pie onkologiem un uz dažādiem izmeklējumiem ir īsāku vai garāku laika periodu jāgaida, tad personīgā pazīšanās nereti ir vienīgā iespēja kā nodrošināt pēc iespējas drīzāku diagnosticēšanu un ārstēšanu – *„tu kā ārsts vari meklēt savus grupas biedrus un kolēģus, kas strādā Latvijas Onkoloģijas centrā. Ja ir iespējams, tad apejam šo elektronisko sistēmu. Tādā gadījumā ir iespējams kaut ko sakārtot un tam cilvēkam palīdzēt. Bez pazīšanās tu nevari izdarīt absolūti neko”*.
182. Par ētiskiem apsvērumiem personīgo kontaktu izmantošanā ne speciālisti, ne ģimenes ārsti nerunā, jo ikviens apzinās, ka onkoloģisko slimību gadījumā ar laiku vilcināties nedrīkst – *„ja ir bērns ar onkoloģiju, kuru var pieņemt vizītē pēc trim mēnešiem, tātad izskatīt vēl pēc četriem, tad piedodiet. Onkoloģija ir onkoloģija – par to nav jādiskutē. Ja ir pazīšanās, tad tu tiec. Ja nē, tad nevienam tas neinteresē”*.
183. Ģimenes ārsti un pacientu organizācijas pārstāvis min vairākus iemeslus, kādēļ sadarbība starp ģimenes ārstiem un onkologiem nav pietiekama. Daudzi ģimenes ārsti nav apmierināti ar onkologu sagatavotajiem slēdzieniem – viņuprāt, tajos trūkst detalizētas informācijas un pamatojuma. Ja pēc onkoloģiskās slimības pacients nav darbnespējīgs, tad ģimenes ārstam ir jāiesaistās viņa invaliditātes kārtošanas procesā, ko nav iespējams izdarīt bez ārstējošā onkologa slēdziena. Papildus tam daži ģimenes ārsti sūdzas par slimnīcās saņemtajiem pārmetumiem par to, ka viņi ārstēties nosūtījuši onkoloģisko pacientu, kuru nevar izārstēt.

## 3.7. Sirds un asinsvadu slimības

### 3.7.1. Prevencija, skrīnings un diagnostika

184. Situācija attiecībā uz savlaicīgu sirds un asinsvadu slimību diagnosticēšanu un ārstēšanu ir nedaudz labāka nekā onkoloģijā, bet arī šajā gadījumā par savlaicīgumu ir salīdzinoši grūti runāt. Eksperti norāda, ka kardiologi ir koncentrējušies galvenokārt Rīgā un citās lielajās pilsētās, bet reģionos praktizē maz kardiologu, līdz ar to pieejamība ir ierobežota. Cita problēma ir speciālistu trūkums, kas var veikt ehokardiogrāfiju – tādējādi ir izveidojusies rinda ne tikai uz šo izmeklējumu par valsts līdzekļiem, bet arī uz izmeklējumu par pacientu personīgajiem līdzekļiem.
185. Kardiologu konsultāciju un dažādu izmeklējumu pieejamību nosaka kvotas. Ģimenes ārsti pauž neizpratni par kvotu sadalījumu uz kardiologu konsultācijām, jo viņu novērojumi liecina, ka tās netiek sadalītas atbilstoši reģionālajam pieprasījumam – *„vajag kardiologu [Rīgā] tagad, nevis pēc sešiem mēnešiem, bet man pateica, lai braucot uz Liepāju pēc divām nedēļām. Tagad cilvēks brauks 200 kilometrus ar saviem sirds ritma traucējumiem uz Liepāju, lai tiktu pie kardiologa! Tas nav loģiski”*. Pēc atsevišķu

ģimenes ārstu domām, šo problēmu varētu risināt, ja veselības aprūpes jomā tiktu ievērots princips „nauda seko pacientam”<sup>8</sup>.

186. Arī gadījumos, ja kardiologa konsultācija nepieciešama bērniem, šo speciālistu pieejamību nosaka kvotas. Speciālistu uzbraukums uz kādu konkrētu apdzīvotu vietu ir noorganizējams daudz īsākā laika periodā nekā iespējams sagaidīt privāto konsultāciju Rīgā – „piesaku klīnisko autobusu, tad kvotas pēkšņi parādās. Mēneša laikā šie speciālisti ir klāt pie mums. Kad zvanu, lai pieteiktu konkrētu bērnu pie tiem pašiem speciālistiem Bērnu klīniskajā slimnīcā, tad var tikai pēc pusgada piekrastīt. Ja bērnam vajag sirds ritma izmeklējumu, tad pēc pusgada to izmeklējumu varbūt nemaz vairs nevajadzēs”.
187. Uz valsts finansētiem izmeklējumiem var tikt rindas kārtībā deviņus, desmit mēnešus gadā, jo aptuveni tik ilgi pietiek kvotas. Par šo problēmu runāja visas pētījumā iesaistītās grupas: ģimenes ārsti, ārsti – speciālisti, profesionālo asociāciju un pacientu organizāciju pārstāvji. Beidzoties kvotām, rindā tiek pārvirzīta uz nākamo gadu. Lielākoties – bet ne vienmēr – pacientiem ir iespēja tikt uz izmeklējumiem par saviem līdzekļiem, bet ne visi to var atļauties.
188. Ģimenes ārsti uzsver – ja pacientam kardiogrammas veikšana ir jāgaida divus mēnešus, tad viņš šo izmeklējumu var arī nesagaidīt. Kā piemēru ģimenes ārsti min gadījumus, kad, veicot izmeklējumus par pacienta personīgajiem līdzekļiem, viņam atklāts preinfarkta vai preinsulta stāvoklis, kas nozīmē tikai to, ka, gaidot rindā uz izmeklējumu par valsts līdzekļiem, iznākums varēja būt letāls. Sirds un asinsvadu slimību pacienti, nesaņemot savlaicīgu aprūpi, uz veselības aprūpes iestādi tiek nogādāti ar neatliekamās medicīniskās palīdzības automašīnu, bet akūtā gadījumā izmeklējumi un ārstēšana valstij izmaksā daudz dārgāk. Bieži gados vecie cilvēki, baidoties par to, ka viņu zvanu Neatliekamajam medicīniskās palīdzības dienestam varētu uzskatīt par nepamatotu un likt par to norēķināties, vilcinās zvanīt, kad jūtas slikti – tam var būt nopietnas medicīniskas sekas.
189. Pēc speciālistu domām, sirds un asinsvadu slimību profilaksē lielāks varētu būt ģimenes ārstu ieguldījums. Tajā pašā laikā šobrīd ģimenes ārstiem noslodzes dēļ nav iespēju pilnībā apzināt tos pacientus, kuriem ir risks saslimt ar sirds un asinsvadu slimībām, un pārrunāt ar viņiem profilakses jautājumus. To atzīst paši ģimenes ārsti, ārsti – speciālisti, profesionālo asociāciju un pacientu organizāciju pārstāvji, kā arī iedzīvotāji fokusa grupu diskusijās.
190. Kā norāda profesionālo asociāciju un pacientu organizāciju pārstāvji, viens no galvenajiem sirds un asinsvadu sistēmas slimību novēlotas diagnostikas iemesliem ir cilvēku izglītības pakāpe attiecībā uz sirds un asinsvadu sistēmas slimībām un riskiem, kas tās veicina, piemēram, cilvēki līdz galam neapzinās augsta asinsspiediena jeb hipertensijas iespējamās sekas, ka var būt insults un infarkts. Cilvēki nepievērš vajadzīgo

---

<sup>8</sup> Šobrīd kvotas tiek piešķirtas dažādām institūcijām, un cilvēki var pieteikties pakalpojumiem jebkurā institūcijā, kas sniedz konkrēto pakalpojumu un kam ir līgums ar Nacionālo veselības dienestu. Tomēr daudzi ārsti (gan ģimenes ārsti, gan speciālisti) uzskata, ka pakalpojumi jāsniedz tajās iestādēs, kur ir atbilstošs pieprasījums, un ka valsts finansējumam būtu jāseko pieprasījumam. Šāda pieeja ļautu pacientiem izvēlēties to veselības aprūpes iestādi, kam viņi uzticas, un speciālistiem nevajadzētu strādāt vairākās vietās, pārvietojoties no vienas iestādes uz citu. Tajā pašā laikā šī pieeja varētu izmaksāt vairāk, kā arī būtu grūtāk noteikt kvotas, kādas tās ir tagad.

uzmanību paaugstinātam asinsspiedienam un nesāk laicīgi ārstēties. Otra problēma ir tas, ka ir ģimenes ārsti, kas nepietiekoši iedziļinās šajos jautājumos un nepamana tādu saslimšanu kā sirds aritmijas pazīmes. Treškārt, valstī noteiktās kvotas ierobežo iedzīvotāju iespējas tikt laicīgi pie speciālista un laicīgi diagnosticēt saslimšanu.

### 3.7.2. Ārstēšana

191. Sirds un asinsvadu sistēmas slimību ārstēšanu kā visu slimību gadījumā kavē novēlota diagnostika, bet ļoti būtisks aspekts ir medikamentu dārdzība. Sirds slimību pacienti atzīst, ka ārsta ieteiktos medikamentus nelieto, jo nevar atļauties šīs zāles nopirkt. Sirds un asinsvadu sistēmas slimību gadījumā bieži vien ir jālieto vairāki medikamenti (piemēram, lai ārstētu gan hipertensiju, gan mazinātu holesterīna līmeni) un kopumā ārstēšanās kurss komplekts sanāk dārgs. Dažreiz pacienti paši izdomā, kā viņiem liekas, kuras zāles lietot un kuras nelietot, jo nevar atļauties nopirkt visas. Pacientu pieņemtie lēmumi par ārstēšanās pārtraukšanu vai nepilnīgu medikamentu lietošanu arī var kavēt ārstēšanos. Pacientu vidū nav izpratnes par nepieciešamību ievērot ārstēšanas kursu un ārstu norādījumus. Ja uzlabojas pašsajūta, medikamentu uzņemšanu pārtrauc.
192. Attiecībā uz iespēju, ka ģimenes ārsti varētu vairāk uzņemties sirds un asinsvadu sistēmas slimību ārstēšanu un samazinātu pieprasījumu pēc kardiologiem, viens no būtiskiem kavējošiem faktoriem ir tas, ka pacienti neuzticas ģimenes ārstiem un viņu kompetencei šo saslimšanu gadījumos.
193. Kāds no ekspertiem norāda, ka Latvijā nav vienota centra, kur aprūpētu sirds mazspējas slimniekus. Šobrīd daļa šo pacientu veselības aprūpes iestādēs nonāk vien akūtā gadījumā – tas gan apgrūtina viņu ārstēšanas iespējas, gan sadārdzina ārstēšanas procesu. Ja šāds sirds mazspējas centrs būtu, tā varētu būt vieta, kur pacientiem saņemt konsultācijas par šo jautājumu, pārrunāt ar speciālistiem sirds mazspējas riskus un iespējamo ārstēšanu un veikt izmeklējumus; vieta, kur speciālistiem uzraudzīt pacientu veselības stāvokli.
194. Kāds no ekspertiem norāda, ka sirds un asinsvadu slimību kontekstā jārunā par tendenci palielināties nieru slimību pacientu skaitam. Stentu ievietošana asinsvados un tam sekojošā medikamentu lietošana mūža garumā ir veicinājusi to, ka nieru slimību pacientu kļūst arvien vairāk. Līdz ar to ir ne tikai jāuzlabo sirds un asinsvadu slimību profilakse – lai samazinās nepieciešamība pēc stentiem – , bet arī jāattīsta nefroloģijas joma, lai novērstu to, ka „*stentu ielika, bet nomira no nieru nepietiekamības*”.

### 3.7.3. Novērošana

195. Kā norāda pacientu organizācijas pārstāvis un pacienti fokusa grupu diskusijās, joprojām akūta problēma Latvijā ir rehabilitācijas pasākumu nodrošinājums pēc insulta. Ja slimības akūtā posmā valsts apmaksātie rehabilitācijas pasākumi notiek jau slimnīcas nodaļā, tad pēc tam pieejamība valsts rehabilitācijas pasākumiem ir ierobežota. Uz šiem pakalpojumiem ir jāgaida rindā, kas ir ļoti slikti, jo svarīgi ir īstenot rehabilitācijas pasākumus pēc iespējas ātrāk. Turklāt, neskatoties uz to, rehabilitācijas pasākumi ir valsts apmaksāti, tiem ir augsts pacientu līdzmaksājums, ko ne visi var atļauties. Rehabilitācija pacienta dzīves vietā insulta gadījumā kopš 2012. gada ir iekļauta valsts apmaksātās mājas aprūpes pakalpojumu grozā, bet praksē uz to ir jāgaida rindā vairākus mēnešus. Arī

uz maksas pakalpojumiem ir jāgaida rindā, jo nepietiek speciālistu, bet ne tik ilgi, kā uz valsts apmaksātajiem pakalpojumiem.

#### 3.7.4. Ārstēšanas koordinēšana starp dažādiem līmeņiem

196. Gan speciālisti, gan ģimenes ārsti atzīst, ka sadarbība sirds un asinsvadu slimību ārstēšanā lielākoties notiek caur dokumentiem – proti, izrakstot pacientu no stacionāra, speciālisti sagatavo rekomendācijas pacienta veselības stāvokļa tālākai uzraudzībai. Tomēr ārstēšanas koordinēšana ir visai formāla, jo speciālisti ne vienmēr saņem atgriezenisko saiti no ģimenes ārsta par pacientu veselības stāvokli – to iespējams var skaidrot ar ģimenes ārstu noslodzi.

### 3.8. Garīgā veselība

#### 3.8.1. Diagnostika

197. Stigma ir viens no būtiskākajiem savlaicīgu garīgās veselības diagnosticēšanu kavējošajiem iemesliem. Cilvēki, kam ir psihiskās saslimšanas, un viņu ģimenes locekļi ir pakļauti stereotipiskām attieksmēm un kauna sajūtai par savu slimību, tādēļ daudzi cilvēki līdz par pēdējam brīdim nevēlas atzīt, ka viņiem ir nepieciešama profesionāla palīdzība. Ir cilvēku grupa, kuriem ir bail tikt iekļautiem *Ar noteiktām slimībām slimojošu pacientu reģistrā par pacientiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem*, jo iekļaušana šajā reģistrā ir saistīta ar vairākiem aizliegumiem, piemēram, auto vadīšanas tiesību aizliegums, aizliegums strādāt noteiktās profesijās u.tml. Jāuzsver, ka valstī ir nodrošināts, ka šim reģistram piekļuve ir ļoti ierobežotam personu lokam un ierobežotai informācijai, tomēr bažas pacientu un viņu ģimenes lokā pastāv. Atsevišķu saslimšanu gadījumā (piemēram, šizofrēnija) konkrētais cilvēks uztveres traucējumus neuzskata par slimību, un šī iemesla dēļ var pretoties slimības diagnosticēšanai un ārstēšanai.

198. Ne vienmēr ģimenes ārsti savlaicīgi konstatē riskus un nosūta pacientu pie psihiatra uz konsultāciju. Pēc kāda eksperta domām, tas izskaidrojams gan ar ģimenes ārstu zināšanu trūkumu, pārslodzi, izdegšanu un aizspriedumiem. Aizspriedumi ir saistīti ar padomju laika mantojumu, kad cilvēki ar garīgās veselības problēmām galvenokārt tika turēti bēdīgi slavenajās slēgtajās iestādēs. Dažreiz arī politiskie disidenti tika turēti slēgtajās psihiatriskajās slimnīcās, un vienīgā viņu ārstēšana bija ļoti spēcīgi medikamenti. Tajā laikā iespēja izvesēties un dzīvot normālu dzīvi ar tāda diagnozi kā šizofrēnija vai maniakālā depresija bija stipri apšaubāma.

199. Tajā pašā laikā jāuzsver, ka psihiatru konsultāciju pieejamība nav problēma. Uz konsultācijām pie psihiatra var tikt dažu dienā laikā gan lielajās pilsētās, gan reģionos. Tomēr cilvēki izvēlas apmeklēt speciālistus lielajās pilsētās – tā ir iespēja saglabāt konfidencialitāti. Garīgās veselības problēmas ir saistītas ar bailēm no stigmatas, tāpēc ar konfidencialitāti saistītie jautājumi ir īpaši svarīgi. Pēc pacientu organizācijas pārstāvja domām, apmeklējot speciālistus reģionos, cilvēki nevar justies droši ne tikai par konfidencialitātes saglabāšanu, bet arī par sniegto pakalpojumu kvalitāti.

200. Akūtos gadījumos palīdzību psihoneiroloģiskajās klīnikās pacients var saņemt teju uzreiz. Iespējams, ka nedaudz palīdzības sniegšana var aizkavēties svētku periodā, kad kopumā saasinās garīgās veselības problēmas.

201. Viena no problēmām, ko identificē pacientu organizācijas pārstāvis, ir tas, ka psihiski slimiem pacientiem netiek pienācīgi novērtētas citas sūdzības saistībā ar somatiskām problēmām. Gan ģimenes ārsti, gan slimnīcu personāls gadījumos, kad psihiski slimiem pacientiem ir somatiskas problēmas, parasti nosūta pacientu uz psihoneiroloģiskajām slimnīcām un labprāt vēlas tikt vaļā no šāda pacienta. Bet tā kā Latvijā psihiatrija nav integrēta somatiskajā medicīnā, tad tas nav pareizs lēmums, jo psihiatriskajās slimnīcās nav nodrošināta somatisko saslimšanu diagnosticēšana un ārstēšana.
202. Latvijas īpatnība vēl ir tāda, ka bezmaksas kompensējamie medikamenti tiek nodrošināti tikai noteiktām slimību grupām. Ja medikamenti ir jāpērk pa savu naudu, tie ir ļoti dārgi. Lai padarītu medikamentus pieejamākus, ir psihiatri, kas piedāvā pacientiem iespēju noformēt tādu diagnozi, kas neatbilst pacienta saslimšanai, bet nodrošina to, ka ir pieejami nepieciešamie valsts kompensētie bezmaksas medikamenti. Šādas situācijas atklājās gan vairākās intervijās ar cilvēkiem ar psihiskām saslimšanām, gan arī intervijā ar pacientu organizācijas pārstāvi. Diemžēl šiem pašiem cilvēkiem var rasties lielas problēmas ar „pierakstīto” diagnozi, jo uz viņiem attiecas ierobežojumi strādāt noteiktās profesijās un saņemt autovadītāja apliecību, bet panākt to, ka diagnoze tiek mainīta, ir ļoti sarežģīti. Latvijā nav izstrādāta skaidra un pacientiem zināma kārtība, kā viņš var lūgt sev pārskatīt diagnozi.
203. Cita problēma, kas saistīta ar diagnožu noteikšanu, attiecas uz autismu pieaugušajiem. Latvijā ir pieņemta prakse, ka bērniem, kam ir autisms, pēc 18 gadu sasniegšanas, piešķirt diagnozi šizofrēnija, kas ir ļoti nepatīkams pārsteigums un šoks ģimenei.

### 3.8.2. Ārstēšana

204. Attiecībā uz garīgo saslimšanu ārstēšanu galvenā problēma Latvijā ir tas, ka Latvijā nav attīstīts ambulatorais dienests šajā jomā. Ir izveidoti modernie garīgās veselības ambulatorie centri Rīgā, Daugavpilī, Jelgavā, Cēsis, bet to nav visos reģionos. Jāatzīmē, ka kopumā ir nodrošināta psihiatru pieejamība visā Latvijā, bet šādu ambulatoro centru priekšrocība ir tā, ka tajos strādā multidisciplināra komanda, un, ja psihiatrs redz, ka pacientam varētu palīdzēt saruna ar ergoterapeitu vai psihologu, un ambulatorā centrā ir arī dažādas mūzikas un mākslas terapijas, tad viņš to cilvēku var tur novirzīt. Šāda pieeja var kompensēt to, ka caurmērā vizīte pie psihiatra ir 15 minūtes, kuras laikā lielākoties tiek rakstīti dokumenti un izrakstīti medikamenti, bet nepietiek laika ilgākai sarunai, kas daudziem pacientiem ir ļoti nepieciešama.
205. Cita būtiska problēma Latvijā ir informācijas plūsma starp veselības aprūpes sniedzējiem un pacientiem. Kā norāda pacientu organizācijas pārstāvis, ka ne vienmēr pacientam ir izskaidrota medikamentu lietošanas nepieciešamība, īpaši stacionāros, bet noteikti ir jāuzsver uzlabojumi, kas veikti, pieņemot grozījumus Ārstniecības likumā. Šie grozījumi nosaka vienotu regulējumu piespiedu līdzekļu lietošanai un personu privātās dzīves ierobežošanai psihoneiroloģiskajās ārstniecības iestādēs. Ārstniecības likuma papildinājums uzskaita tiesības, kādas ir pacientiem, kuri psihiatriskajā iestādē stacionēti bez viņu piekrišanas. Jaunais regulējums paredz, ka ierobežojošus līdzekļus ārstniecības iestādēs var pielietot gadījumos, ja pacients psihisku traucējumu dēļ var nodarīt miesas bojājumus sev vai citām personām vai arī pacients izrāda vardarbību pret citām personām un apdraudējumu nav izdevies pārtraukt ar mutisku pārliecināšanu. Kā ierobežojoši līdzekļi ir minēti fiziska ierobežošana, izmantojot fizisku spēku, mehāniska ierobežošana ar saitēm vai siksnām, medikamentu ievadīšana pret pacienta gribu, kā arī ievietošana

novērošanas palātā. Ļoti būtiski, ka ierobežojošo līdzekļu pielietošana ir dokumentos jāfiksē, tai skaitā par medikamentu ievadīšanu pret pacienta gripu, un pacientam ir iespējams pēc tam pieprasīt savu slimības vēsturi un saprast, kāpēc ar viņu tas tika darīts, kā arī pacientam ir tiesības viņam noteiktos ierobežojošos līdzekļus apstrīdēt iestādes vadītājam. Iestādes vadītāja lēmumu var apstrīdēt Veselības inspekcijā, bet tās lēmumu – tiesā.

206. Pacientu ar garīgām saslimšanām tiesību nodrošināšanai pozitīvi uzlabojumi tika veikti arī 2013. gadā, kad līdz ar grozījumiem Civillikumā, Civilprocesa likumā, Bāriņtiesu likumā un vēl citos, Latvijā atteicās no pilnīgas rīcības spējas atņemšanas, un stājās spēkā jauns rīcības spējas regulējums. Tagad, ja personai ir garīga rakstura vai citi veselības traucējumi, tās rīcības spēju var vienīgi ierobežot, ja tas nepieciešams šīs personas interesēs un tas ir vienīgais veids, kā tās aizsargāt.
207. Attiecībā uz mājas vizītēm Latvijā, ir jāatzīmē, ka šobrīd pastāvošajā sistēmā ir izveidots šķērslis, lai maksimāli samazinātu šādu vizīšu skaitu, jo tiek paredzēts, ka, lai vizīti pieteiktu, pacientam vai viņa tuviniekam ar pacienta pasi ir vizīte klātienē jāpiesaka. Tā nav loģiska prasība, jo, ja pacients var aiziet un pieteikt vizīti klātienē, viņš visdrīzāk var aiziet arī uz ambulatoru, līdz ar to šos pakalpojumu pieprasa tikai aktīvi tuvinieki, kas iet un to kārtu, bet faktiski vizītes mājās notiek ļoti reti.
208. No intervijām ar pacientiem un pacientu organizācijām garīgo slimību ārstēšanā, var secināt, ka Latvijā būtu lielāks uzsvars jāliek uz ambulatorās veselības aprūpes nodrošināšanu un mazāk uz stacionāriem, jo vispirms ir jānodrošina ārstēšana vismazāk ierobežojošā vidē, kas ir ambulatorā palīdzība, un tai ir jābūt maksimāli pietuvinātai cilvēku mājām.

### 3.8.3. Novērošana

209. Šobrīd tomēr vēl Latvijas situāciju raksturo tas, ka daudzi pacienti ar garīga rakstura traucējumiem, kuru ārstēšana ir pabeigta un uzturošo terapiju varētu turpināt mājās, atrodas stacionāros vai Valsts sociālās aprūpes centros, jo viņiem nav kur atgriezties, nav mājokļa, jo pašvaldību nodrošinātie pakalpojumi vēl arvien ir nepilnīgi.
210. Kā norāda pacientu organizācijas pārstāvis, Latvijā nav pietiekamā skaitā grupu dzīvokļi, uz kuriem pacientiem pārcelties pēc intensīvas ārstēšanās stacionāros. Galvenā problēma ir tā, ka pacientiem, kam nav tuvinieku, pašvaldības nespēj pēc ārstēšanās stacionārā nodrošināt nepieciešamos grupu dzīvokļus. Vienlaikus jānorāda, ka personu skaits ar garīga rakstura traucējumiem, kas saņem grupu dzīvokļa pakalpojumu, katru gadu nedaudz paaugstinās. Ja 2009. gadā tikai 59 personas ar garīga rakstura traucējumiem saņēma grupu dzīvokļa pakalpojumu, tad 2014. gadā – 242<sup>9</sup>. Labklājības ministrijas izstrādātais Rīcības plāns deinstitutionalizācijas īstenošanai 2015.-2020.gadam paredz būtiski palielināt personu ar garīga rakstura traucējumiem skaitu, kas saņem ESF atbalstītos sociālās aprūpes pakalpojumus dzīvesvietā, un to īpatsvaru, kas

---

<sup>9</sup> Rīcības plāns deinstitutionalizācijas īstenošanai 2015.-2020. gadam. 11. lpp. Apstiprināts ar Labklājības ministra 2015. gada 15. jūlija rīkojumu Nr. 63.  
Pieejams: [http://www.lm.gov.lv/upload/aktualitates/null/2015\\_15\\_07\\_riplans\\_final.pdf](http://www.lm.gov.lv/upload/aktualitates/null/2015_15_07_riplans_final.pdf)  
Skatīts 11.12.2015.



dzīvo ārpus institūcijas un kam pieejami sabiedrībā balstīti pakalpojumi (grupu dzīvokļi, dienas centri).

211. Pēc pacientu organizācijas pārstāvja domām, galvenās grūtības deinstitucionalizācijas īstenošanā ir pašvaldību izpratne un kapacitāte nodrošināt grupu dzīvokļus un dienas centrus, lai gan ir pašvaldības, kur tiek piedāvāti labi pakalpojumi. Piemēram, Talsos – ģimenes asistents vecākiem ar bērniem ar garīga rakstura traucējumiem; Tukumā – grupu dzīvoklis un dienas centrs. Šādi pakalpojumi personām ar garīga rakstura traucējumiem tiek piedāvāti arī Rīgā, bet nepietiekošā apmērā.

#### **3.8.4. Ārstēšanas koordinēšana starp dažādiem līmeņiem**

212. Gan speciālisti, gan ģimenes ārsti atzīst, ka ārstēšanas koordinēšana garīgās veselības jomā ir minimāla. Psihiatrs ir tiešās pieejamības speciālists, līdz ar to pacienti var iztikt bez ģimenes ārstu iesaistīšanas, ko daļa arī izmanto, pat neinformējot ģimenes ārstu par speciālista apmeklēšanu un nozīmēto ārstēšanu.
213. Kā jau tika minēts iepriekš, Latvijā trūkst garīgās veselības ambulatoro centru, kur pacientu ārstēšana ir komandas darbs. Šobrīd pacienti galvenokārt saņem palīdzību medikamentu veidā, bet ambulatorie centri dotu iespēju parunāties ne tikai ar psihiatru, bet arī ar citiem speciālistiem, kā arī iespēju saņemt cita veida terapiju.

### **3.9. Grūtniecība**

#### **3.9.1. Ārstēšana un novērošana**

214. Ginekologs ir tiešās pieejamības speciālists un tā apmeklēšanai nav nepieciešams nosūtījums no ģimenes ārsta. Kā norāda intervētie ginekologi, sievietēm ir visas iespējas savlaicīgi saņemt plānotu aprūpi. Tajā pašā laikā, eksperti vērš uzmanību uz to, ka ir sievietes, kuras pat grūtniecības laikā netiek uzraudzītas – tās lielākoties ir ārpus Rīgas dzīvojošas sievietes, kurām ir zems sociāli ekonomiskais stāvoklis un kuras jau audzina vairākus bērnus. Pēc vairāku ekspertu domām, noteikti ir jāsauglabā grūtnieču uzraudzība mazajās reģionu veselības aprūpes iestādēs, lai tādējādi garantētu palīdzību tām sievietēm, kurām ir ierobežoti finanšu resursi.
215. Atsevišķi profesionālo asociāciju pārstāvji uzskata, ka grūtnieču – ja vien tās nav augsta riska grūtnieces – uzraudzību varētu veikt arī ģimenes ārsti vai ģimenes ārstu praksēs strādājošas vecmātes. Tomēr intervētie ģimenes ārsti atzīst, ka šobrīd ar ginekoloģiju saistītus jautājumus savā praksē nerisina, tos pilnībā atstājot ginekologu kompetencē.
216. Kāds no ginekologiem kā problēmu uzsver to, ka netiek nodrošināta valsts apmaksāta kontracepcija. To ar zināmu regularitāti – piemēram, izsniedzot reizi mēnesī – būtu jānodrošina sievietēm, kurām ir zems sociāli ekonomiskais stāvoklis, un sievietēm, kuras ir inficētas ar HIV. Tas ļautu vismaz daļēji samazināt augsta riska grūtniecību skaitu. Valsts apmaksāto kontracepciju varētu izsniegt ģimenes ārsts vai ģimenes ārsta praksē strādājoša vecmāte.
217. Tā kā ambulatorajā aprūpē ginekologa atalgojums ir atkarīgs no pieņemto pacientu skaita, tad viņš ir ieinteresēts, lai pacientu skaits būtu lielāks. Tomēr, kā atzīst eksperti,

līdz ar lielāku pacientu skaitu zūd uzmanība un no tā cieš darba kvalitāte – piemēram, ja ginekologam nav pietiekami daudz laika, lai uzklausītu katru grūtnieci, tad viņš var arī nepamanīt veselības problēmas, kuru risināšanu nevar atlikt.

218. Intervētie ginekologi norāda, ka bieži vien grūtniecēm par papildus ultrasonogrāfijas izmeklējumiem ir jāmaksā pašām. Gadījumos, kad sieviete sociāli ekonomiskā stāvokļa dēļ nevar par šiem izmeklējumiem norēķināties, ir iespēja pretendēt uz retajiem valsts apmaksātajiem izmeklējumiem. Bet, ja grūtniece nevar gaidīt uz šo izmeklējumu, ginekologs var ievietot sievieti stacionārā, kur šo izmeklējumu veiks nekavējoties, lai uzreiz saņemtu diagnozi. Tomēr tam ir arī negatīvais aspekts – speciālisti, kuri veic šos izmeklējumus, tiek pārslogoti.
219. Kāds no veselības aprūpes iestāžu vadītājiem norāda, ka grūtnieču aprūpē ir problēmas ar palīdzības sniegšanu akūtos gadījumos. Ja sievietei grūtniecības laikā sākusies placentas atslāņošanās, tad palīdzību ne vienmēr ir iespējams saņemt dzīvesvietai tuvākajā stacionārā, jo šāda veida palīdzību sniedz tikai Rīgas slimnīcās un septiņās reģionālajās slimnīcās. Tas nozīmē, ka grūtniecei ārkārtas palīdzība dzīvībai bīstamās situācijās ne vienmēr ir pieejama dzīvesvietai tuvākajā slimnīcā lielā daļā valsts. Tas lielā mērā ir saistīts ar to, ka kopumā trūkst veselības aprūpes speciālistu, kas vēlētos strādāt diennakts dežūras stacionārajās veselības aprūpes iestādēs.
220. Daļa sieviešu, kuras dzemdējušas pēdējo trīs gadu laikā, pauda savu neapmierinātību par veselības aprūpes darbinieku negatīvo attieksmi un izturēšanos. Neatkarīgi no tā, vai sieviete ir iepriekš dzemdējusi, viņa sagaida šajā īpašajā savas dzīves brīdī atbalstu, iejūtību un iedrošinājumu. Tomēr sieviešu pieredze liecina par pretējo – ārsti pret dzemdībām izturas kā pret rutinētu darbību un sievietes saskaras ar lielu neiecietību: *„Viņa uz mani tā kļiedza un lamājās, ka man viss dzemdību process gandrīz apstājās. Viņa brēca, ka sievietes kara laikos dzemdēja un nepīkstēja, bet es te esot atbraukusi un bļāju. No tā man vēl sliktāk palika.”*
221. Kāda sieviete novērojusi, ka ārstu un vidējā medicīnas personāla attieksme mainījies līdz ar dzīvesbiedru iesaistīšanos dzemdību procesā – „mani ieveda operāciju zālē, bet aizmirsa apkuri ieslēgt. Man bija auksti, vīra vēl nav. Es jautāju, vai nevar palātā tikt, jo tur varētu būt siltāk. Neviena neesot atbrīvojusies. Es jautāju, varbūt kāds atnāks, jo gribēju ļoti dzemdēt. Man teica, lai aizveru durvis, jo viņi zinot, kad varēs. Vīrs ienāca, novērtēja situāciju un izvilka telefonu. Uz jautājumu, ko viņš dara, viņš atbildēja, ka filmējot ģimenes dzemdības. Tad uzreiz gan palāta atbrīvojās, gan visu ārsti izdarīja”.
222. Atsevišķas sievietes atzina, ka nav bijušas apmierinātas arī ar pēcdzemdību aprūpi, jo ģimenes ārsts tai piegājis formāli un nav iedziļinājies konkrētajā gadījumā – *„es jau biju māmiņa ar pieredzi. Ārsts vienkārši kā robots visu nobēra. Ja godīgi, es kaut ko jau biju aizmirsusi. Es ārstam prasīju, bet viņa man saka, ka man jau nu vajadzētu to zināt”*.

### 3.9.2. Ārstēšanas koordinēšana starp dažādiem līmeņiem

223. Uzraugot grūtnieces, sadarbība starp ginekologiem un ģimenes ārstiem lielākoties notiek caur dokumentiem. Speciālisti norāda, ka ar ģimenes ārstu starpniecību ir iespēja saņemt valsts apmaksātus izmeklējumus – jo īpaši svarīgi tas ir gadījumos, kad sieviete

apmeklē ginekologu, kuram nav līgumattiecību ar Nacionālo veselības dienestu<sup>10</sup>. Tajā pašā laikā, kā norāda eksperti, ne vienmēr ģimenes ārsti ir pretimnākoši nosūtījumu izsniegšanā un mēdz pat apšaubīt konkrētu izmeklējumu nepieciešamību.

224. Runājot par grūtnieču uzraudzību, daļa ģimenes ārstu uzskata, ka sadarbības starp ginekologiem un ģimenes ārstiem nav vispār. Nereti ģimenes ārstam vienīgā saskare ar grūtnieci ir tad, kad viņa pēc ginekologa norādījuma ir atnākusi saņemt zīmogu mātes pasē (oficiāls dokuments, kas grūtniecei nepieciešams palīdzības saņemšanai dzemdību laikā slimnīcās Latvijā) par to, ka ģimenes ārsts ņems jaundzimušo savā uzskaitē.
225. Kā norāda kāds no ģimenes ārstiem, ginekologu un citu speciālistu sadarbībā nereti iztrūkst koordinējošais aspekts – aprūpējot grūtnieci, katrs uzrauga tikai to, kas ir viņa atbildība, bet neizvērtē situāciju kopumā. Piemēram, viens no ģimenes ārstiem fokusa grupu diskusijā atstāstīja reālu gadījumu, kad sievietei ar I tipa cukura diabētu endokrinologs izraksta insulīnu, bet analīzes glikozes līmeņa noteikšanai saņem ginekologs, kas uzrauga viņas grūtniecības norisi. Diemžēl šis gadījums beidzās letāli, jo „endokrinologs neko nezina par grūtniecību, bet tikai par savu diabētu; savukārt ginekologam šķiet, ka ar grūtniecības norisi viss ir normāli”.
226. Kāds no speciālistiem uzskata, ka grūtnieču – ja vien tās nav augsta riska grūtnieces – uzraudzību varētu veikt arī ģimenes ārsti vai ģimenes ārstu praksēs strādājošas vecmātes, tādējādi uzņemoties koordinatora lomu un nepieciešamības gadījumā nosūtot grūtnieces pie ginekologa un arī citiem speciālistiem.

### 3.10. Ieteikumi

#### Pētījuma dalībnieku perspektīva

#### Veselības aprūpes personāls un iestāžu vadītāji

227. Veselības aprūpes personāls un iestāžu vadītāji rosina, ka primārās aprūpes kvalitāti var palielināt, ja ārstu slodze būtu līdzsvarotāka. Dažādi eksperti iesaka vairākas alternatīvas. Daži rosina, ka vairāk medmāsu ģimenes ārstu praksēs varētu būt risinājums. Citi min, ka administratīvās funkcijas ir jāizņem no medmāsu pienākumiem.
228. Lai palielinātu ģimenes ārstu kompetenci, kāds cilvēkresursu vadītājs rosina ieviest prasību ārstiem strādāt maiņas slimnīcu uzņemšanas nodaļās vismaz vairākas reizes gadā. Šajā gadījumā ģimenes ārstiem tiktu piedāvāts arī papildus atalgojums.
229. Lai palielinātu diagnostikas pakalpojumu kvalitāti, Latvijas onkologu asociācija iesaka onkologu un speciālistu vidū organizēt diskusijas par visiem neskaidriem vai nepareizi diagnosticētiem gadījumiem. Ir ieteikums pacientus ar neskaidru diagnozi nosūtīt pie speciālistiem, kam ir ikdienas pieredze konkrētu izmeklējumu veikšanā, jo īpaši pie tiem, kas veic desmit vai vairāk izmeklējumu dienā.

---

<sup>10</sup> Valsts garantēto veselības aprūpes pakalpojumus sniedz tikai speciālisti, kam ir līgums ar Nacionālo veselības dienestu. Gadījumā, ja ginekologs strādā kā privātais ārsts bez līguma ar Nacionālo veselības dienestu, nosūtījumus uz dažiem izmeklējumiem var izsniegt arī ģimenes ārsts, kuram ir līgums ar Nacionālo veselības dienestu. Tas ir svarīgi pacientiem, lai ietaupītu naudu un lai būtu iespēja izmantot dažus valsts garantētos veselības aprūpes pakalpojumus.

## *Pacienti*

230. Galvenā pacientu neapmierinātība par veselības aprūpes pakalpojumiem ir saistīta ar rindām un ārstu attieksmi. Pacienti sagaida empātiju un atbalstu, ko viņi nesaņem visos gadījumos. Daudzi pacienti sūdzas, ka ārsti bieži vien izturas pārāk ikdienišķi, ar vienaldzīgu vai nevērīgu attieksmi. Dažos gadījumos ārstu attieksme tika raksturota kā nepacietīga, un dažkārt pacienti jūtas kā nasta, jo ārsts ir ļoti aizņemts ar daudzām citām lietām.
231. Pacientu organizāciju pārstāvji iesaka vairāk uzmanības pievērst psihosociālajai rehabilitācijai onkoloģisko slimību gadījumos un rehabilitācijas pasākumu nodrošināšanai pēc insulta. Garīgo saslimšanu ārstēšanā Latvijā pacienti un pacientu organizāciju pārstāvji rosina lielāku uzsvaru likt uz ambulatorās veselības aprūpes sniegšanu, atbalstot ambulatoro centru darbu un iesaistot dažādus speciālistus. Viens no šķēršļiem, kas traucē nodrošināt ārstēšanu mazāk ierobežotā vidē, ir pacientu mājokļu problēma. Ir nepietiekams grupu dzīvokļu piedāvājums, uz kuriem pacienti var pārcelties pēc intensīvas ārstēšanas slimnīcās.

## **Pētnieka perspektīva**

232. Lai efektīvāk izmantotu veselības aprūpes budžetu, ir jāuzlabo primārās veselības aprūpes efektivitāti. Pirmkārt, lielāka uzmanība būtu jāpievērš profilakses jautājumiem un kopumā gan ģimenes ārstiem, gan to medmāsām ir jādara vairāk, lai izglītotu pacientus par veselības aprūpes jautājumiem un lai mudinātu viņus ievērot ārstēšanās noteikumus un medikamentu lietošanas instrukcijas. Ģimenes ārstiem ir vairāk jāseko līdzi skrīningu un izmeklējumu rezultātiem, ko pacienti ir saņēmuši. Ģenētikas risks pacientiem arī jānosaka pēc iespējas precīzāk.
233. Otrkārt, koordinēšanas un informācijas apmaiņas problēmu, ko minējuši daudzi ģimenes ārsti un speciālisti, varētu risināt, ieviešot efektīvu e-veselības sistēmu, jo tā varētu samazināt administratīvo slogu veselības aprūpes sistēmai.
234. Treškārt, mēs iesakām galveno atbildību par pacientu ārstēšanas koordinēšanu vairāku diagnožu gadījumā uzņemt ģimenes ārstiem, bet tas ir jāapspriež to ārstu vidū, kas ir iesaistīti ārstēšanā.

## Secinājumi un ieteikumi

235. Cilvēkresursu vadītāji, veselības aprūpes iestāžu vadītāji, profesionālo asociāciju un pašvaldību pārstāvji kā visnopietnāko cilvēkresursu problēmu Latvijas veselības aprūpes sistēmā ir minējuši darbaspēka trūkumu. Pētījuma dalībnieki saista šo problēmu ar zemo veselības aprūpes darbinieku atalgojumu, kā arī ar nepievilcīgo sociālo un kultūras vidi lauku apvidos. Problēma attiecas uz dažāda veida veselības aprūpes personālu, jo īpaši uz ārstiem, kas strādā tikai slimnīcās, medicīnas māsām un ārstiem, kas studē rezidentūrā.
236. Lai risinātu šīs problēmas, ir jāattīsta visaptveroša pieeja. Vispirms ir nepieciešams attīstīt cilvēkresursu plānošanu, lai risinātu akūtās cilvēkresursu rekrutēšanas un darbā noturēšanas problēmas visos veselības aprūpes līmeņos. Tā kā pašvaldībām ir ierobežoti resursi, lai finansiāli atbalstītu darbinieku pārcelšanos, ir nepieciešama valsts līmeņa atbalsta politika, kas balstīta uz cilvēkresursu prognozēm veselības aprūpē. Tā varētu ietvert pārcelšanās pabalstus veselības aprūpes personālam un viņu ģimenes locekļiem un dzīvokļa īres kompensācijas vairāku gadu garumā. Tomēr šie pasākumi būtu jāapspriež ar ieinteresētajām pusēm.
237. Grūtības jaunajiem ārstiem iekļūt darba tirgū ir otra svarīga cilvēkresursu problēma, kas identificēta šajā pētījumā. Daži cilvēkresursu vadītāji un profesionālo asociāciju pārstāvji ierosināja noteikt augstākā vecuma ierobežojumus veselības aprūpes personālam. Ar to saistītā problēma ir arī esošo ārstu sniegums. Profesionālām asociācijām ir jāizstrādā caurredzamāki resertifikācijas standarti visiem veselības aprūpes darbiniekiem. NVD ir arī jāpatur tiesības lauzt līgumus ar veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, ja ir novērojams slikts profesionālais sniegums. Ir arī ieteicams ieviest prēmijas par augstas kvalitātes profesionālo sniegumu.
238. Nelielās atalgojuma atšķirības dažādiem veselības aprūpes darbiniekiem, kam ir ļoti dažādas prasmes un atbildības līmenis, ir trešā pētījumā konstatētā cilvēkresursu problēma. Kad valsts minimālā alga tiek palielināta, algas zemāk apmaksātajiem veselības aprūpes darbiniekiem arī palielinās; tomēr citu amatu atalgojums paliek aptuveni tāds pats. Pētījuma dalībnieki uzsvēra nepieciešamību palielināt algas veselības aprūpes darbiniekiem. Tomēr šī ieteikuma realizēšana ir saistīta ar kopējo budžeta summu, kas atvēlēta veselības aprūpei Latvijā.
239. Fokusa grupu diskusiju un interviju rezultāti parāda, ka piekļuve veselības aprūpei Latvijā stipri ierobežota. To ierobežo, pirmkārt, valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu kvotu sistēma un garās rindas; otrkārt, nevienmērīgs valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sadalījums reģionos; treškārt, pacientu nepietiekamie finanšu līdzekļi, ko samaksātu par privātajiem pakalpojumiem un transportu; un ceturtkārt, ieradums daudzās veselības aprūpes iestādēs pieprasīt neoficiālus maksājumus no pacientiem.
240. Šķiet pastāv iespējas, kā efektīvāk izmantot esošo veselības aprūpes budžetu. Vairāk uzmanības būtu jāpievērš profilakses jautājumiem. Pašreizējā profilaktisko pasākumu organizēšana kārtība lielāko daļu atbildības uzliek pacientiem. Lielā pacientu skaita dēļ ģimenes ārsti nevar veltīt pietiekamu uzmanību savu pacientu profilaktisko pasākumu uzraudzībai (savlaicīgi izmeklējumi, dzīvesveida ietekmes izvērtēšana uz veselību). Turklāt pacientiem, it īpaši vecāka gadagājuma cilvēkiem, nav ieraduma doties pie ģimenes ārsta vai medmāsas, lai pārrunātu profilakses jautājumus. Tādējādi gan ģimenes

ārstiem, gan viņu medmāsām ir jā dara vairāk, lai izglītotu pacientus par veselības aprūpes jautājumiem, lai izvērtētu pacientiem veikto izmeklējumu rezultātus un lai novērotu medikamentu lietošanas instrukciju ievērošanu.

241. Tāpat jā uzlabo koordinēšana un informācijas apmaiņa starp visiem veselības aprūpes līmeņiem un diagnostikas pakalpojumi būtu jā izmanto daudz mērķtiecīgāk. Pētījums parāda, ka nav īpašas struktūrvienības (ģimenes ārsts vai speciālists), kas ir atbildīga par pacientu ar blakus slimībām ārstēšanas koordinēšanu. Gan ģimenes ārsti, gan ārsti – speciālisti uzskata, ka ārstēšanas koordinēšana norit tikai caur oficiālajiem ārstu sagatavotajiem slēdzieniem, ka katrs speciālists strādā ar pacientu tikai savas specializācijas ietvaros un ka pārāk daudz atbildības ir atstāta pašiem pacientiem. Koordinēšanu varētu uzlabot ar efektīvu e-veselības sistēmas ieviešanu un piešķirot galveno atbildību par koordinēšanu ģimenes ārstiem.

## 1. pielikums: fokusa grupu diskusiju vadlīnijas par cilvēkresursu attīstību

Paldies, ka atradāt iespēju piedalīties diskusijā, ko rīko nodibinājums „Baltic Institute of Social Sciences”. Tā ir viena no sešām diskusijām ar speciālistiem, ko mēs organizējam sadarbībā ar Pasaules Banku, kura sniedz konsultatīvos pakalpojumus Nacionālajam veselības dienestam.

Mūsu šodienas diskusijas mērķis ir runāt par veselības aprūpes speciālistu piesaistīšanu un apmācību kvalitāti, un pieejamību Rīgā un reģionos. Šī informācija tiks izmantota, lai no veselības aprūpes speciālistu pieejamības viedokļa padziļināti izprastu iemeslus, kas kavē saņemt savlaicīgu veselības aprūpi pacientiem prioritārajās veselības jomās. Tās ir: sirds un asinsvadu sistēmas slimības, onkoloģiskās slimības, garīgā veselība, mātes un bērna veselība.

Diskusijās apkopotā informācija tiks izmantota, lai izstrādātu prioritāro veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīnijas, īpašu uzmanību pievēršot nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai.

### „Spēles noteikumi” jeb diskusijas norises gaita

Lūdzam izteikt Jūsu personīgo viedokli brīvi un bez bailēm. Iespējams, Jūsu viedoklis nesakrīt ar citu dalībnieku domām, bet tieši tas ir ļoti svarīgi, ka katram ir atšķirīga pieredze. Šajā diskusijā nav pareizu un nepareizu atbilžu, un mums nav jānonāk pie kāda kopēja viedokļa.

Lūdzu, izsakieties pa vienam, nepārtrauciet viens otru un neņemiet ļaunā, ja es Jūs kādā brīdī pārtraukšu. Citādi mums var nepietikt laika, lai visi varētu izteikties. Mans uzdevums – uzdot jautājumus, vadīt mūsu sarunu! Ja ir kaut kas nav skaidrs, varat man jautāt.

### Audio ieraksta nepieciešamība un garantija par konfidencialitāti

Ieraksta tehnika tiek izmantota tikai tādēļ, lai tiktu piefiksēts viss šeit runātais, un to pēc tam varētu izmantot, apkopojot jūsu viedokļus. Lai visas izteiktās domas varētu skaidri fiksēt, ir svarīgi, lai nerunātu vairāki cilvēki reizē, tāpēc katram tiks dots vārds, ja vēlaties papildināt vai apstrīdēt citu teikto, dodiet zīmi (piemēram, paceliet roku) un es došu jums iespēju izteikties.

Mūsu diskusijas garums ir aptuveni divas stundas. Diskusijās izteiktie viedokļi tiks izmantoti tikai apkopotā veidā, proti, ne Pasaules Banka, ne Nacionālais veselības dienests nezina, kādu viedokli paudis kurš speciālists vai organizācija. Mūsu sarunas ieraksts tiks dzēsts sešu mēnešu laikā pēc pētījuma noslēguma.

### Iepazīšanās

*Organizācijām:* Pastāstiet, kādi ir aktuālākie jautājumi, ar kuriem šobrīd darbojas Jūsu organizācija? *Ja nepieciešams:* Kādi ir aktuālākie jautājumi, kas attiecas uz cilvēkresursiem – personāla piesaistīšanu, noturēšanu, apmācību un atalgojumu?

*Pašvaldību pārstāvjiem:* Pastāstiet, kādi jautājumi ir Jūsu komitejas/dienesta pārraudzībā saistībā ar veselības aprūpi? Kas šobrīd ir aktuālākie jautājumi Jūsu pašvaldībā?

*Ārstniecības iestāžu pārstāvjiem:* Lūdzu, pastāstiet, kādu iestādi/organizāciju Jūs pārstāvat, cik daudz Jums ir darbinieku (ārstu, māsu, administratīvā u.c. personāla),

cik mainīgs ir darbinieku (Jūsu telpās izvietoto ārstu prakšu) sastāvs? Kas nosaka mainību?

### Speciālistu pieejamība

Vai, Jūsaprāt, veselības aprūpes speciālistu daudzums... (*nosaukt pilsētu un reģionu, kurā notiek diskusija*) veselības aprūpes iestādēs ir pietiekams? Kāpēc jā/nē? Lūdzu, vērtējiet:

- ģimenes ārstu un ārstu speciālistu daudzumu dažādās apakšspecialitātēs,
- ārstu un māsu attiecību kopumā un apakšspecialitātēs,
- ambulatorajās, stacionārajās un rehabilitācijas iestādēs.

Kuri speciālisti trūkst visvairāk? Kādi, Jūsaprāt, ir iemesli, kāpēc šo speciālistu trūkst?

Vai novērojama kādu speciālistu pārprodukcija? Kuru specialitāšu? Kāpēc?

Vai visiem ārstiem ir iespējams strādāt tajā specialitātē, kuru viņi ir sākotnēji apguvuši, piemēram, ģimenes ārstiem veidot praksi? Kāpēc jā/ nē?

*Ja netiek pieminēts, precizēt:* Kā Jūs vērtējat ārstu un māsu pietiekamību šādās jomās: ģimenes ārstu praksēs, kardioloģijā, onkoloģijā, ginekoloģijā un psihiatrijā?

*Ārstniecības iestāžu pārstāvjiem:* Lūdzu, pastāstiet, jo Jūs darāt, lai piesaistītu savai iestādei jaunus darbiniekus? Ko Jūs darāt, lai piesaistītu:

- ārstus, kurus ir grūti piesaistīt/ būtiski trūkst Jūsu iestādei?
- citus ārstus?
- māsas?

Kuras metodes ir bijušas efektīvas un kuras – neefektīvas? Kāpēc? Vai plānojat attīstīt citas piesaistīšanas un atbalsta metodes?

*Precizēt, ja nepieciešams, kāds finansiāls un materiāls atbalsts tiek piedāvāts. Ja tas nenes cerētos rezultātus, kāpēc?*

Ko Jūs darāt, ja nevarat nodrošināt nepieciešamo speciālistu Jūsu iestādei?

*Ja nepieciešams:* Kad Jūs nodibināt pirmo kontaktu ar jauno ārstu vai māsu (piemēram, pirms rezidentūras, rezidentūrā vai vēlāk)?

Kā Jūs motivējat savā iestādē jau strādājošos ārstus un māsas, lai tos noturētu?

*Visiem:*

Kāda ir sadarbība starp iestādēm un pašvaldību veselības aprūpes speciālistu piesaistē?

Kāda ir sadarbība starp veselības aprūpes iestādēm un

- nozares darbinieku profesionālajām asociācijām,
- arodbiedrībām veselības aprūpes speciālistu piesaistē?

Vai ir kādi apstākļi, kas ierobežo iespējas piesaistīt un noturēt Jūsu iestādē veselības aprūpes speciālistus? Ja ir, lūdzu, pastāstiet sīkāk!

### Speciālistu apmācība

Vai veselības aprūpes speciālistu... (*nosaukt pilsētu un reģionu, kurā notiek diskusija*) izglītība, apmācība un pieredze ir pietiekoša, lai veiktu savas funkcijas atbilstoši darba prasībām? Ja nē, tad konkretizējiet, kas tieši nav pietiekošs un kurās jomās.



Kāda papildus apmācība ir nepieciešama? Kas to varētu piedāvāt/ nodrošināt? Kas traucē to veikt?

### Veselības aprūpes speciālistu darba slodze un atalgojums

Vai veselības aprūpes speciālistu darba slodze... (*nosaukt pilsētu un reģionu, kurā notiek diskusija*) veselības aprūpes iestādēs ir optimāla? Kāpēc jā/nē? Lūdzu, vērtējiet:

- speciālistu slodzi dažādās apakšspecialitātēs (it īpaši kardiologiem, onkologiem, ginekologiem un psihietriem),
- ārstu un māsu darba slodzi,
- Ambulatorajās, stacionārajās un rehabilitācijas iestādēs.

Kurās jomās speciālistu noslodze ir visaugstākā? Kāpēc? Kā tas ietekmē darba organizāciju un pacientu aprūpi veselības aprūpes iestādēs?

Cik lielā mērā ir izplatīta strādāšana vairākās veselības aprūpes iestādēs vai ārstu praksēs? Kādas ir izplatītākās darbu savienošanas formas? Kāds ir darbavietu ģeogrāfiskais izvietojums? Kāds ir raksturīgākais darba stundu sadalījums starp šīm vietām?

Kādi komponenti veido veselības aprūpes speciālistu darba samaksu? Kas nosaka atalgojuma likmi? *Precizēt, ja nepieciešams*: Kas nosaka likmi, ja iestādei un ārstam ir līgums ar Nacionālo veselības dienestu? Kas nosaka likmi, ja ārsts strādā privāti (bez līguma ar NVD)?

Vai veselības darbinieku atalgojums, kas noteikts līgumos ar Nacionālo veselības dienestu, ir pietiekams? Kāpēc jā/nē? Lūdzu, raksturojiet, kāds ir vidējais atalgojuma apmērs un tā atbilstība padarītajam:

- ģimenes ārstiem,
- speciālistiem (it īpaši kardiologiem, onkologiem, ginekologiem un psihietriem),
- medmāsām,
- atalgojumu ambulatorajās, stacionārajās un rehabilitācijas iestādēs.

*Precizēt, ja nepieciešams*: Runājot par ģimenes ārstiem, vai ģimenes ārstu atalgojuma mainīgās daļas samaksa par kvalitātes kritēriju izpildi ir pietiekami skaidra? Cik lielā mērā šo kritēriju izpilde ietekmē citu Jūsu praksē strādājošo darbinieku atalgojumu?

Vai, Jūsaprāt, ir nepieciešams precizēt vēl kādas citas Jūsu darba samaksas daļas, piemēram, par pacientu ārstēšanas koordinēšanu pie citiem speciālistiem?

Vai piemaksu par kvalitātes kritēriju izpildīšanu būtu lietderīgi piemērot arī citiem ambulatori strādājošajiem ārstiem speciālistiem? Kāpēc jā/ nē?

Un vai to iespējams piemērot stacionārā strādājošajiem ārstiem? Kāpēc jā/nē?

### Veselības aprūpes speciālistu pienākumi

*Ārstniecības iestāžu pārstāvjiem, ja nav paskaidrots iepriekš*: Pastāstiet, lūdzu, kā ikdienā tiek organizēts darbs Jūsu praksē/ iestādē? Kāds ir pienākumu sadalījums starp ārstu un māsiņu? Cik lielā mērā māsiņa ir iesaistīta pacientu aprūpē?

*Visiem*: Vai, Jūsaprāt, māsa varētu uzņemties vairāk funkciju un vairāk iesaistīties pacientu aprūpē? Kāpēc jā/ nē? Kādas funkcijas māsa varētu veikt? Vai tam būtu nepieciešama papildus izglītība? Kāda?

Kāda ir Jūsu attieksme pret šī brīža pacientu aprūpes organizāciju, proti, tā galveno rūpju nodošanu primārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem (pretstatā aprūpei stacionārā vai ambulatori pie ārsta speciālista)? Vai, Jūsaprāt, sistēma darbojas optimāli? Kādus trūkumus Jūs saskatāt pacientu aprūpē?

#### Noslēgums

Apkopojot mūsu šodienas diskusijā izrunāto, noslēgumā, lūdzu, komentējiet, kas ir galvenais, ko, Jūsaprāt, vajadzētu risināt saistībā ar cilvēkresursu pieejamību veselības aprūpes nozarē? Kādas būtu vēlamās pārmaiņas?

## 2. pielikums: fokusa grupu diskusiju vadlīnijas ar speciālistiem

Paldies, ka atradāt iespēju piedalīties diskusijā, ko rīko nodibinājums „Baltic Institute of Social Sciences”. Tā ir viena no sešām speciālistu diskusijām, ko mēs organizējam sadarbībā ar Pasaules Banku, kura sniedz konsultatīvos pakalpojumus Nacionālajam veselības dienestam.

Mūsu šodienas diskusijas mērķis ir runāt par iemesliem, kas kavē saņemt savlaicīgu veselības aprūpi pacientiem prioritārajās veselības jomās. Tās ir: sirds un asinsvadu sistēmas slimības, onkoloģiskās slimības, garīgā veselība, mātes un bērna veselība. Diskusijās apkopotā informācija tiks izmantota, lai izstrādātu prioritāro veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīnijas, īpašu uzmanību pievēršot nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai.

„Spēles noteikumi” jeb diskusijas norises gaita

Lūdzam izteikt Jūsu personīgo viedokli brīvi un bez bailēm. Iespējams, Jūsu viedoklis nesakrītīs ar citu dalībnieku domām, bet tieši tas ir ļoti svarīgi, ka katram ir atšķirīga pieredze. Šajā diskusijā nav pareizu un nepareizu atbilžu, un mums nav jānonāk pie kāda kopēja viedokļa.

Lūdzu, izsakieties pa vienam, nepārtrauciet viens otru un neņemiet ļaunā, ja es Jūs kādā brīdī pārtraukšu. Citādi mums var nepietikt laika, lai visi varētu izteikties. Mans uzdevums – uzdot jautājumus, vadīt mūsu sarunu! Ja ir kaut kas nav skaidrs, varat man jautāt.

Audio ieraksta nepieciešamība un garantija par konfidencialitāti

Ieraksta tehnika tiek izmantota tikai tādēļ, lai tiktu piefiksēts viss šeit runātais, un to pēc tam varētu izmantot, apkopojot jūsu viedokļus. Lai visas izteiktās domas varētu skaidri fiksēt, ir svarīgi, lai nerunātu vairāki cilvēki reizē, tāpēc katram tiks dots vārds, ja vēlaties papildināt vai apstrīdēt citu teikto, dodiet zīmi (piemēram, paceliet roku) un es došu jums iespēju izteikties.

Mūsu diskusijas garums ir aptuveni divas stundas. Diskusijās izteiktie viedokļi tiks izmantoti tikai apkopotā veidā, proti, ne Pasaules Banka, ne Nacionālais veselības dienests nezina, kādu viedokli paudis kurš speciālists vai organizācija. Mūsu sarunas ieraksts tiks dzēsts sešu mēnešu laikā pēc pētījuma noslēguma.

Dalībnieku raksturojums

*Ārstniecības personām:* Iesākumā, lūdzu, pastāstiet par savu darbavietu/ praksi? Piemēram: cik ilgi jums ir prakse, aptvertais apgabals, pacientu daudzums, pacientu tipi (veci ļaudis, hroniskie slimnieki, bērni utt.)?

Cik bieži Jūs kontaktējaties ar saviem pacientiem? Cik daudz laika vidēji nedēļā Jūs veltāt pacientu saslimšanu diagnosticēšanai/ ārstēšanai? Un cik profilakses jautājumiem?

Cik Jūsu praksē ir tādu pacientu, kuriem jau šobrīd ir nosauktā saslimšana vai augsts risks saslimt ar: sirds un asinsvadu sistēmas slimībām, onkoloģiskām slimībām, garīga rakstura traucējumiem un cik Jūsu pacientu vidū ir sievietes, kuras potenciāli varētu būt augsta riska grūtnieces?

*Pašvaldību pārstāvjiem:* Pastāstiet, kādi jautājumi ir Jūsu komitejas/ dienesta pārraudzībā saistībā ar veselības aprūpi? Kas šobrīd ir aktuālākie jautājumi Jūsu pašvaldībā?

### Veselības profilakse

*Ārstniecības personām:* Cik lielā mērā Jūsu pacienti ir ieinteresēti savas veselības uzturēšanā un slimību profilaksē? Kā Jūs raksturotu pacientus, kas rūpējas par savu veselību? Kā tas izpaužas?

Vai pats pacients kaut kādā veidā veicina vai arī kavē Jūsu sadarbību saistībā ar veselības profilaksi? Kādas ir nozīmīgākās problēmas, ar kurām Jūs saskaraties, sadarbojoties ar pacientu saistībā ar veselības profilaksi?

*Visiem:* Vai Jūs kaut ko darāt vai esat mēģinājuši darīt, lai pievērstu Jūsu pacientu/ pašvaldības iedzīvotāju uzmanību veselības profilaksei un saslimšanu savlaicīgai diagnosticēšanai? Pastāstiet, lūdzu, sīkāk, kāda bija Jūsu rīcība un kādās jomās! Kāda bija pacientu/iedzīvotāju atsauce? Kādi bija rezultāti? Cik ilgi rezultāti saglabājās?

*Ja pasākumi notikuši pirms vairākiem gadiem:* Kāpēc Jūs vairs neesat atkārtējuši šādas aktivitātes?

Vai Jūsu un Jūsu darbinieku izglītība un pieredze ir pietiekoša, lai veiktu pacientu veselības profilaksi? Kāda papildus izglītība veselības profilaksē būtu nepieciešama?

### Pacientu aprūpe

Pastāstiet, lūdzu, kā ikdienā tiek organizēts darbs Jūsu praksē/ iestādē? Kāds ir pienākumu sadalījums starp ārstu un māsiņu? Cik lielā mērā māsiņa ir iesaistīta pacientu aprūpē?

Vai, Jūsaprāt, māsa varētu uzņemties vairāk funkciju un vairāk iesaistīties pacientu aprūpē? Kāpēc jā/nē? Kādas funkcijas māsa varētu veikt? Kāda papildus apmācība ļautu māsām uzņemties šīs funkcijas veikt?

Vai Jūsu izglītība, apmācība un pieredze ir pietiekoša, lai veiktu savas (ārsta/ māsas) funkcijas atbilstoši darba prasībām? Ja nē, tad konkretizējiet, kas tieši nav pietiekošs.

Kāda papildus apmācība Jums ir nepieciešama, lai sekmīgu veiktu savas funkcijas?

### Saslimšanu diagnosticēšana un ārstēšana

Vai Jūsu praksei/iestādei ir viss nepieciešamais aprīkojums (telpas, diagnostikas iekārtas, zāles un IT tehnoloģiju nodrošinājums), lai operatīvi veiktu pacienta izmeklēšanu? *Tincināt:* Kas ir pieejams iestādē un vietas un kas – citur? Cik tālu?

Kā Jūs rīkojaties, ja pacientam ir nepieciešamas diagnosticēšanas procedūras pie citiem speciālistiem? *Ja nepieciešams:* Kādos gadījumos Jūs nolemjat, ka pacientam nepieciešama cita speciālista konsultācija?

Kā Jūs sazināties ar citiem speciālistiem (t.sk. ģimenes ārstiem), kas strādā ambulatori? Kā Jūs noskaidrojat, kāda ārstēšana veikta, ja pacients bijis stacionārā?

Kā Jūs vērtējat informācijas apmaiņu, kas saistīta ar pacienta turpmāko ārstēšanu starp Jums un citiem speciālistiem (gan tiem, kas strādā ambulatori, gan tiem, kas stacionārā)?

Kā Jūs nolemjat, kurš veiks pacienta turpmāko ārstēšanu – ģimenes ārsts vai speciālists? Kādi ir apsvērumi šādai izvēlei?

*Tincināt, ja nepieciešams:* Runājot par četrām prioritārajām nozarēm, cik lielā mērā Jūs veicat šādu pacientu aprūpi vai turpmāko ārstēšanu: sirds un asinsvadu sistēmas slimību, onkoloģisko slimību, garīga rakstura traucējumu un grūtnieču/ riska grūtnieču aprūpes gadījumos.

Apkopojot iepriekš minēto, ar kādām grūtībām Jūs sastopaties, nosūtot savus pacientus uz:

- diagnostiku,
- pie citiem speciālistiem (t.sk., pie ģimenes ārsta),
- uz stacionāriem?

Vai ir kādas papildu problēmas, ar kurām sastopaties, strādājot ar sirds un asinsvadu slimību, onkoloģisko slimību, garīga rakstura saslimšanu pacientiem un riska grūtniecēm?

Cik lielā mērā Jūs savā ikdienas darbā izmantojat dažādu saslimšanu ārstēšanas klīniskās vadlīnijas, kuras savā mājas lapā publicē Nacionālais veselības dienests?

#### Veselības aprūpes darbinieku atalgojums

Kādi komponenti veido Jūsu darba samaksu? Kas nosaka atalgojuma likmi? *Precizēt:* Kāda ir likme, ja Jūs esat ārsts ar savu praksi? Kāda ir likme, ja Jūs esat veselības centra algots darbinieks?

Vai veselības darbinieku atalgojums, kas noteikts līgumos ar Nacionālo veselības dienestu, ir pietiekams? Kāpēc jā/nē? Lūdzu, raksturojiet, kāds ir vidējais atalgojuma apmērs un tā atbilstība padarītajam:

- ģimenes ārstiem,
- *ja grupā piedalās:* speciālistiem (it īpaši kardiologiem, onkologiem, ginekologiem un psihiatriem),
- medmāsām,
- *citiem veselības aprūpes speciālistiem, kas piedalās grupā.*

*Precizēt:* Vai ģimenes ārstu atalgojuma mainīgā daļa par kvalitātes kritēriju izpildi ir pietiekami skaidra? Cik lielā mērā šo kritēriju izpilde ietekmē citu Jūsu praksē strādājošo darbinieku atalgojumu?

Vai, Jūsaprāt, ir nepieciešams precizēt vēl kādas citas Jūsu darba samaksas daļas, piemēram, par Jūsu pacientu ārstēšanas koordinēšanu pie citiem speciālistiem?

#### Noslēgums

Apkopojot mūsu šodienas diskusijā izrunāto, noslēgumā, lūdzu, komentējiet, kas ir galvenais, ko, Jūsaprāt, vajadzētu mainīt esošā pacientu aprūpes organizācijā, lai veicinātu savlaicīgu saslimšanu diagnosticēšanu un profilaksi:

- Organizatoriski;
- Ārstu un māsu izglītības, sagatavošanas ziņā,
- Pacientu informēšanā un izglītošanā;
- Attiecībās starp ģimenes ārstiem, speciālistiem un stacionāriem;
- Veselības profilakses organizēšanā (sistēmā).

### 3. pielikums: fokusa grupu diskusiju vadlīnijas ar pacientiem

Paldies, ka atradāt iespēju piedalīties diskusijā, ko rīko nodibinājums „Baltic Institute of Social Sciences”. Tā ir viena no četrām iedzīvotāju diskusijām, ko mēs organizējam sadarbībā ar Pasaules Banku, kura sniedz konsultatīvos pakalpojumus Nacionālajam veselības dienestam.

Mūsu šodienas diskusijas mērķis ir runāt par Jūsu pieredzi, saņemot veselības aprūpi – par situācijām, kad Jūs vēršaties pie ārsta un kad nevēršaties, un par rezultātu, cik lielā mērā ir pieejama veselības aprūpe, kas Jūs apmierina un neapmierina pašreizējā tās organizācijā. Diskusijās apkopotā informācija tiks izmantota, lai izstrādātu veselības tīklu attīstības vadlīnijas.

#### „Spēles noteikumi” jeb diskusijas norises gaita

Lūdzam izteikt Jūsu personīgo viedokli brīvi un bez bailēm. Iespējams, Jūsu viedoklis nesakrītīs ar citu dalībnieku domām, bet tieši tas ir ļoti svarīgi, ka katram ir atšķirīga pieredze. Šajā diskusijā nav pareizu un nepareizu atbilžu, un mums nav jānonāk pie kāda kopēja viedokļa.

Lūdzu, izsakieties pa vienam, nepārtrauciet viens otru un neņemiet ļaunā, ja es Jūs kādā brīdī pārtraukšu. Citādi mums var nepietikt laika, lai visi varētu izteikties. Mans uzdevums – uzdot jautājumus, vadīt mūsu sarunu! Ja ir kaut kas nav skaidrs, varat man jautāt.

#### Audio ieraksta nepieciešamība un garantija par konfidencialitāti

Ieraksta tehnika tiek izmantota tikai tādēļ, lai tiktu piefiksēts viss šeit runātais, un to pēc tam varētu izmantot, apkopojot jūsu viedokļus. Lai visas izteiktās domas varētu skaidri fiksēt, ir svarīgi, lai nerunātu vairāki cilvēki reizē, tāpēc katram tiks dots vārds, ja vēlaties papildināt vai apstrīdēt citu teikto, dodiet zīmi (piemēram, paceliet roku) un es došu jums iespēju izteikties.

Mūsu diskusijas garums ir aptuveni divas stundas. Diskusijās izteiktie viedokļi tiks izmantoti tikai apkopotā veidā, proti, ne Pasaules Banka, ne Nacionālais veselības dienests nezina, ko jūs esat teicis šīs grupu diskusijas laikā. Mūsu sarunas ieraksts tiks dzēsts sešu mēnešu laikā pēc pētījuma noslēguma.

#### Grupās dalībnieku raksturojums

Iesākumā pastāstiet mazliet par sevi – Jūsu vecums, no kuras vietas esat un ar ko nodarbojaties?

Kā Jūs līdz šim esat risinājis savas veselības jautājumus?

Vai Jūs veicat kādus profilaktiskus pasākumus savas veselības labā? Kāda veida pasākumus Jūs veicat? Kāpēc, Jūsprāt, šie pasākumi ir svarīgi?

Vai Jūs jūtaties saņēmis pietiekami daudz informācijas no Jūsu ģimenes ārsta vai cita veselības aprūpes speciālista par to, kā izvairīties no sirds un asinsvadu slimībām vai vēža?

Ko Jūs darāt saslimšanas gadījumā? Pie kādiem ārstiem vai speciālistiem Jūs vēršaties pēc palīdzības? Pie kā Jūs vēršaties pirmām kārtām? Kāpēc?

Vai jums ir kaut kādas ilgstošas/ hroniskas saslimšanas, kuru dēļ nepieciešama regulāra ārsta uzraudzība?

### Personiskā pieredze sadarbībā ar ģimenes ārstu un speciālistiem

Pastāstiet, lūdzu, kā izpaužas Jūsu sadarbība ar ģimenes ārstu? Cik regulāri Jūs esat ticis ar savu ģimenes ārstu pēdējā gada laikā? *Tincināt, ja nepieciešams*: Kāpēc Jūs apmeklējat ģimenes ārstu tik reti?/ Kāpēc Jūs neapmeklējat ģimenes ārstu?

Vai, Jūsaprāt, ir nepieciešams veikt profilaktisko apskati pie ģimenes ārsta? Cik bieži, Jūsaprāt, tam būtu jānotiek?

Vai Jūsu ģimenes ārsts vai viņa/viņas medmāsiņa nāk mājas vizītēs? Ja jā, kurš?

Kā ģimenes ārsts sekmē profilaksi?

*Tincināt, ja nepieciešams*: Kādiem Jūsu veselības rādītājiem Jūsu ģimenes ārsts pievērš galveno uzmanību? Kādus jautājumus uzdod par Jūsu pašsajūtu un ieradumiem?

Vai Jūsu ārsts ir nosūtījis Jūs uz analīzēm profilaktiskos nolūkos? Kādām?

Kā Jūs sadarbojaties slimības gadījumā? Kā ģimenes ārsts sekmē ārstēšanos?

Vai ir bijusi nepieciešamība pēc ģimenes ārsta apmeklējuma meklēt palīdzību vēl pie cita speciālista?

*Sievietēm, ja nepieciešams*: Vai ģimenes ārsts veic kontrolē, vai Jūs apmeklējat ginekologu?

Vai ģimenes ārsts ir Jūs sūtījis pie citiem speciālistiem, lai diagnosticētu saslimšanu? Ja jā, tad raksturojiet, lūdzu, sadarbību ar speciālistiem:

- Vai Jūs aizgājāt pie nozīmētā speciālista? Kāpēc jā/ nē.
- Cik ilgs laiks pagāja, līdz Jūs tikāt pieņemts? Vai Jums bija jāgaida rindā uz pierakstu/pieņemšanu?
- Uz kādām analīzēm un izmeklējumiem Jūs nosūtīja? Cik ilgs laiks pagāja, lai Jūs varētu veikt šos izmeklējumus? Un cik ilgi bija jāgaida, lai saņemtu rezultātus?
- Pēc diagnosticēšanas, kurš pārņēma turpmāko ārstēšanu? Ja tas nebija ģimenes ārsts, tad kāpēc?
- Kas bija nepieciešams turpmākās ārstēšanas saņemšanai? Cik ilgs laiks pagāja, lai Jūs to saņemtu?
- Vai Jūsu ārstēšanās izmaksas sedza valsts vai tas prasīja personiskos ieguldījumus (vai izmantoja apdrošināšanas polisi)? Cik izmaksāja Jūsu ārstēšana? Kādi maksājumi bija jāveic? Vai Jūs bijāt spiests aizņemties naudu, lai segtu savas ārstēšanās izmaksas?
- *Ja saslimšana prasa turpmāko uzraudzību*: Vai Jūsu ģimenes ārsts kaut kā iesaistās Jūsu saslimšanas ārstēšanā vai uzraudzībā? Kā tas izpaužas?

Vai Jūs vēlētos mainīt savu ģimenes ārstu? Ja jā, tad kāpēc?

Mēs šeit izrunājām vairākus jautājumus, kas kavē Jūs doties pie ģimenes ārsta un citiem ārstiem speciālistiem. *(izdalīt anketas)* Lūdzu, padomājiet, vai ir palikuši kādi iemesli, kurus Jūs neesat minējis mūsu sarunas laikā, jo, piemēram, kautrējaties par to runāt. Lūdzu, uzrakstiet šos iemeslus!

### Garīgā veselība

*Visiem*: Vai pēdējo gadu laikā Jūs esat piedzīvojuši emocionāli smagas situācijas (piemēram, tuvinieku nāvi, šķiršanos) vai lielu pārslodzi darbā, kas radīja uztrakumu, nogurumu, bezmiegu?

Vai Jūs risinājat šo situāciju? Ko Jūs darījat? Kas Jums palīdzēja? *Tincināt, ja nepieciešams:* Vai Jūs vērsāties arī pie kāda ārsta vai cita speciālista (piemēram, homeopāta, psihologa, astrologa u.tml.)?

*Visiem:* Kā Jūs rīkotos, ja emocionāli grūtās situācijās justos iztukšots, jūs mocītu bezmiegs vai uztraukums? *Tincināt:* Vai Jūs vērstos arī pie ārsta? Kāpēc jā/ nē? Ja jā, pie kāda ārsta vērstos?

*Dalībnieki – vīrieši tiek aicināti atstāt diskusiju*

### Grūtniecības aprūpe

Vai pēdējo gadu laikā Jūs esat bijusi stāvoklī/piedzimis bērniņš? Kurš veica Jūsu grūtniecības uzraudzību – ģimenes ārsts vai ginekologs?

Kā Jūs izvēlējāties ārstu, kurš veiks grūtniecības uzraudzību? Raksturojiet svarīgākos apsvērumus!

Vai Jūsu grūtniecību uzraudzīja ārsts, kuram ir līdzīgums ar valsts (Nacionālo veselības dienestu), vai privāts ārsts? Kādi bija Jūsu apsvērumi? Cik izmaksāja Jūsu grūtniecības uzraudzība?

Lūdzu, raksturojiet sadarbību ar ārstu, kurš veica Jūsu grūtniecības uzraudzību!

*Tincināt, ja nepieciešams:* Kādiem Jūsu veselības rādītājiem ārsts pievērta galveno uzmanību? Kādus jautājumus uzdeva par Jūsu veselību?

Uz kādām analīzēm un izmeklējumiem nosūtīja? Cik ilgs laiks pagāja, lai Jūs varētu veikt šos izmeklējumus? Un cik ilgi bija jāgaida, lai saņemtu rezultātus?

Kā Jūs izvēlējāties dzemdību vietu? Raksturojiet svarīgākos apsvērumus!

Kā noritēja Jūsu pēcdzemdību aprūpe? Vai ģimenes ārsts vai medmāsa ieradās pie Jums mājās pēc dzemdībām? Kādus jautājumus ar Jums viņš pārrunāja?

Vai bija kaut kādi jautājumi, ko Jūs vēlējāties pārrunāt ar ģimenes ārstu, taču Jums neizdevās? Kādus jautājumus?

### Noslēgums

Noslēdzot mūsu diskusiju, vai Jums ir kādi ieteikumi, lai ārstēšana uzlabotos?



## 4. pielikums: interviju vadlīnijas profesionālo asociācija un pacientu organizāciju pārstāvjiem

*Profesionālo ārstu asociāciju un pacientu biedrību pārstāvju vadlīnijās iekļautos jautājumus jāuzdod atbilstoši specializācijai vienā no četrām prioritārajām slimību grupām (piemēram, ar onkologu asociāciju un onkoloģijas pacientu organizāciju pārstāvjiem runāt tikai par onkoloģiju).*

Slimību grupas: sirds un asinsvadu sistēmas slimības, onkoloģiskās slimības, garīgā veselība, mātes un bērna (seksuālā un ģimenes) veselība.

### Ievads

Paldies, ka atradāt iespēju piedalīties intervijā, ko veic nodibinājums „Baltic Institute of Social Sciences”. Tā ir viena no intervijām ar profesionālajām asociācijām/pacientu organizācijām, ko mēs organizējam sadarbībā ar Pasaules Banku, kura sniedz konsultatīvos pakalpojumus Nacionālajam veselības dienestam.

Mūsu šodienas sarunas mērķis ir runāt par iemesliem, kas kavē saņemt savlaicīgu veselības aprūpi pacientiem prioritārajās veselības jomās. Jūsu gadījumā mēs runājam par nozari, kurā Jūs darbojaties, proti ... (*nosaukt atbilstošo*). Šī pētījuma ietvaros mēs veicam arī diskusijas un intervijas ar speciālistiem un iedzīvotājiem gan Rīgā, gan reģionos. Pētījumā apkopotā informācija tiks izmantota, lai izstrādātu prioritāro veselības jomu veselības tīklu attīstības vadlīnijas, īpašu uzmanību pievēršot nabadzības riskam pakļauto iedzīvotāju veselības uzlabošanai.

Jūsu izteiktais viedoklis ir anonīms. Ieraksta tehnika tiek izmantota tikai tādēļ, lai tiktu piefiksēts viss šeit runātais, un to pēc tam varētu izmantot, apkopojot izteiktos viedokļus. Mūsu sarunas garums ir aptuveni vienu stundu. Diskusijās un intervijās izteiktie viedokļi tiks izmantoti tikai apkopotā veidā, proti, ne Pasaules Banka, ne Nacionālais veselības dienests nezinās, kādu viedokli paudis kurš speciālists vai organizācija. Mūsu sarunas ieraksts tiks dzēsts sešu mēnešu laikā pēc pētījuma noslēguma.

### Saslimšanu diagnostika un ārstēšana

Sakiet, lūdzu, kas šobrīd Latvijā kavē savlaicīgu ... (*nosaukt saslimšanu grupu*) diagnosticēšanu (grūtniecības gadījumā – grūtniecības risku noteikšanu)?

*Sekot, lai tiktu aplūkoti visi saistītie jautājumi: ārstu zināšanas, motivāciju uzraudzīt savus pacientus, iespējas veikt analīzes un citus diagnostiskos izmeklējumus, laiks, kas tiek patērēts izmeklējumu veikšanai un atbildes saņemšanai u.tml.*

*Tincināt, ja nepieciešams:* Vai ģimenes ārsti ir savlaicīgi konstatē riskus... (*nosaukt saslimšanu grupu*) nosūta pie Jums uz konsultāciju? Kāpēc jā/ nē?

*Riska grūtniecību gadījumā:* Vai ģimenes ārsti un ginekologi pietiekami sadarbojas savā starpā vai ar citiem ārstiem speciālistiem (piemēram, endokrinologiem), lai savlaicīgi sniegtu palīdzību riska grūtniecību gadījumā? Kāpēc jā/ nē?

Ko nepieciešams uzlabot, lai saslimšanas tiktu diagnosticētas/ riski tiktu noteikti savlaicīgāk?

Kas šobrīd Latvijā kavē savlaicīgu ... (*nosaukt saslimšanu grupu*) ārstēšanu (grūtniecības gadījumā – grūtniecības risku novēršanu)?

Ko nepieciešams uzlabot, lai ārstēšana notiktu savlaicīgāk?

Vai pacientu aprūpe un turpmākā uzraudzība remisijas periodā ir optimāla? Kāpēc jā/nē? Ko ir nepieciešams uzlabot?

### Veselības aprūpes personāla raksturojums

*Jautāt tikai profesionālajām asociācijām:*

Vai, Jūsaprāt, veselības aprūpes speciālistu daudzums... (*nosaukt nozari*) ir pietiekams? Kāpēc jā/nē? *Precizēt ambulatoro un stacionāro ārstu pietiekamību un māsu pietiekamību. Ja nē, kādi, Jūsaprāt, ir iemesli, kāpēc šo speciālistu trūkst?*

Kas motivē jaunos cilvēkus kļūt par ārstiem?

Kādas ir iespējas kļūt par ārstu speciālistu pretstatā ģimenes ārstam?

Cik lielā mērā veselības aprūpes speciālistu sagatavošana šobrīd Latvijā ir saskaņota ar mērķi uzlabot veselības aprūpi Latvijā? Kas ir galvenie šķēršļi?

Kāda ir Jūsu organizācijas sadarbība ar darba devējiem, lai nodrošinātu nepieciešamos speciālistus Jūsu nozarē? (Rīgā un reģionos) Kādi ir sadarbības rezultāti?

Vai Jūsu nozarē strādājošo veselības aprūpes speciālistu (ārstu, māsu) izglītība, apmācība un pieredze ir pietiekoša, lai veiktu savas funkcijas atbilstoši darba prasībām? Ja nē, tad konkretizējiet, kas tieši nav pietiekošs un kurās jomās.

Kāda papildus apmācība ir nepieciešama? Kas to varētu piedāvāt/ nodrošināt? Kas traucē to veikt?

Vai ģimenes ārstu un viņu māsu izglītība, apmācība un pieredze ir pietiekoša, lai savlaicīgi diagnosticētu... (nosaukt jomu) saslimšanas? Ja atbilst pēc konteksta: Un lai turpinātu pacientu uzraudzību slimības remisijas periodā? Ja nē, tad konkretizējiet, kas tieši nav pietiekošs un kurās jomās.

Kāda papildus apmācība ir nepieciešama? Kas to varētu piedāvāt/nodrošināt? Kas traucē to veikt?

Kas visvairāk motivē veselības aprūpes speciālistus darbam? Un kas demotivē?

Vai Jūsu nozares veselības aprūpes speciālistu darba slodze ir optimāla? Kāpēc jā/nē?

Kā tas ietekmē darba organizāciju un pacientu aprūpi veselības aprūpes iestādēs?

Cik lielā mērā Jūsu nozarē ir izplatīta strādāšana vairākās veselības aprūpes iestādēs vai ārstu praksēs? Kādas ir izplatītākās darbu savienošanas formas? Kāds ir darbavietu ģeogrāfiskais izvietojums? Kāds ir raksturīgākais darba stundu sadalījums starp šīm vietām?

Cik lielā mērā Jūsu nozares speciālisti strādā arī ārvalstīs, apvienojot to ar darbu Latvijā? Kāda ir darba devēju attieksme?

Kā veidojas Jūsu nozares veselības aprūpes speciālistu darba samaksa? Precizēt par atalgojuma veidiem, ņemot vērā:

- vai speciālists strādā ambulatori vai stacionārā,
- ārstiem un māsām atsevišķi.

Vai veselības darbinieku atalgojums, kas noteikts līgumos ar Nacionālo veselības dienestu, ir pietiekams? Kāpēc jā/nē? Lūdzu, raksturojiet, kāds ir vidējais atalgojuma apmērs un tā atbilstība padarītajam Jūsu nozarē?

Cik lielā mērā Jūsu nozarē strādājošajiem speciālistiem un māsām ir pieejami (tiek piedāvāti) citi bonusi, piemēram, apdrošināšana, pabalsti, dzīvesvietas nodrošināšana? Kuri no šiem bonusiem ir nozīmīgi?

Ko vēl piedāvā darba devēji, lai piesaistītu sev Jūsu nozares ārstus speciālistus un māsas? (t.sk. reģionos)

*Jautāt visiem:*

Kāda ir Jūsu attieksme pret šī brīža pacientu aprūpes organizāciju, proti, tā galveno rūpju nodošanu primārās ambulatorās veselības aprūpes speciālistiem (pretstatā aprūpei stacionārā vai ambulatori pie ārsta speciālista)? Vai, Jūsaprāt, sistēma darbojas optimāli? Kādus trūkumus Jūs saskatāt pacientu aprūpē?

*Jautāt tikai profesionālajām asociācijām:*

Kā Jūs vērtējat šī brīža pienākumu sadalījumu starp ārstu un māsiņu ambulatori un stacionārā? Cik lielā mērā māsiņa ir iesaistīta pacientu aprūpē? *Ja nepieciešams, piebilst:* Pasaules Banka konstatējusi, ka Latvijā ir salīdzinoši daudz ārstu un maz māsu, kā rezultātā ārsti veic arī tādas funkcijas, ko varētu veikt māsa.

Vai, Jūsaprāt, māsa varētu uzņemt vairāk funkciju un vairāk iesaistīties pacientu aprūpē (*precizēt par māsām ambulatori un stacionārā*)? Kāpēc jā/ nē? Kādas funkcijas māsa varētu veikt?

Vai tam būtu nepieciešama papildus izglītība? Kāda? Kāda papildus apmācība ir nepieciešama?

*Jautāt visiem:*

#### Iedzīvotāju izglītošana un veselības profilakse

Cik lielā mērā iedzīvotāji ir ieinteresēti savas veselības uzturēšanā un slimību profilaksē? Kādas ir nozīmīgākās problēmas, ar kurām Jūs saskaraties?

Vai Jūs kaut ko darāt vai esat mēģinājuši darīt, lai pievērstu Jūsu pacientu/ iedzīvotāju uzmanību veselības profilaksei un saslimšanu savlaicīgai diagnosticēšanai?

Pastāstiet, lūdzu, sīkāk, kāda bija Jūsu rīcība un kādās jomās!

Ar kādām organizācijām (pacientu organizācijām, ārstniecības iestādēm, pašvaldībām) Jūs sadarbojaties?

Kāda bija pacientu/iedzīvotāju atsauce? Kādi bija rezultāti? Cik ilgi rezultāti saglabājās?

*Ja pasākumi notikuši pirms vairākiem gadiem, bet šobrīd vairs nenotiek:* Kāpēc Jūs vairs neesat atkārtējuši šādas aktivitātes?

#### Noslēgums

Apkopojot mūsu izrunāto, noslēgumā, lūdzu, komentējiet, kas ir galvenais, ko, Jūsaprāt, vajadzētu risināt saistībā ar veselības aprūpes pieejamību Jūsu nozarē? Kādas būtu vēlāmās pārmaiņas?

## 5. pielikums: interviju vadlīnijas personām ar garīga rakstura saslimšanām

Paldies, ka atradāt iespēju piedalīties intervijā, ko rīko nodibinājums „Baltic Institute of Social Sciences”. Mūsu intervijas mērķis ir runāt par Jūsu pieredzi, saņemot garīgās veselības aprūpi – par situācijām, kad Jūs vērsāties pie ārsta vai nevērsāties pie ārsta, cik lielā mērā ir pieejama veselības aprūpe, un par apkārtējo cilvēku attieksmi pret Jūsu ārstēšanos. Šīs intervijas mēs organizējam sadarbībā ar Pasaules Banku, kura sniedz konsultatīvos pakalpojumus Nacionālajam veselības dienestam.

Ieraksta tehnika tiek izmantota tikai tādēļ, lai tiktu piefiksēts viss šeit runātais, un to pēc tam varētu izmantot, apkopojot jūsu viedokļus. Jūsu izteiktais viedoklis tiks izmantots tikai apkopotā veidā. Ieraksts glabājas tikai pie mums, un tiks izmantots tikai informācijas apkopošanai. Mēs dzēšam ierakstu sešu mēnešu laikā pēc pētījuma noslēguma.

### Iepazīšanās un situācijas raksturojums

Iesākumā pastāstiet mazliet par sevi – Jūsu vecums, no kuras vietas esat un ar ko nodarbojaties? Kāda saslimšana Jums tika diagnosticēta?

### Slimības vēsture

Pastāstiet, lūdzu, īsi par to, kā notika Jūsu saslimšanas diagnosticēšana! Kad tā sākās? Kā Jūs jutāties? Cik ilgs laiks pagāja, kamēr sapratāt, ka kaut kas nav kārtībā?

Vai Jūs meklējāt kādu palīdzību? Vai vērsāties pie ārsta? Kāpēc jā/ nē? Ja jā, pie kāda ārsta vērsāties? Kādu palīdzību saņēmāt? Kāda bija ārsta attieksme?

Kopumā, kurš pirmais noteica, ka kaut kas nav kārtībā ar Jūsu pašsajūtu/ veselību?

Kādu ārstēšanu Jums piedāvāja – ambulatori (pavadot laiku mājās, regulāri apmeklējot ārstu) vai slimnīcā? Kāpēc?

Kā Jūs vērtējat ... (*minēto atbilstošo variantu atbilstoši respondentu teiktajam*) saņemto ārstēšanu? Kā tā izpaudās? Cik bieži Jūs kontaktējāties ar ārstu? Cik bieži ar māsu?

Kādu informāciju Jūs saņēmāt par Jums diagnosticēto saslimšanu un tās ārstēšanu ārstēšanās laikā? Vai šī informācija bija pietiekama?

Kā Jūs vērtējat ārstēšanās rezultātus? Vai, Jūsaprāt, tie būtu atšķirīgi, ja Jūs ārstētos ... (*minēt pretējo variantu, piemēram, ja ārstējies stacionārā, tad ambulatori*)?

Vai Jūsu ģimenes locekļi, draugi un paziņas tika informēti par Jums diagnosticēto saslimšanu?

*Ja jā*, kā viņi to uzzināja? Kāda bija viņu attieksme? Kā viņi pret Jums izturējās? Vai izturēšanās mainījās, salīdzinot ar laiku, pirms Jums tika diagnosticēta saslimšana? Kas mainījās?

*Ja nē*, kādi ir iemesli, kāpēc Jūs neesat runājusi ar saviem ģimenes locekļiem, draugiem vai paziņām par Jums diagnosticēto saslimšanu?

Vai pēc atveseļošanās/iznākšanas no slimnīcas ... (*izvēlēties vārdus atbilstoši cilvēka lietotajiem apzīmējumiem*) Jūs sastapāties ar kaut kādām grūtībām atgriezties ikdienas dzīves aprītē? Kādām? Kā Jūs tās risinājāt?

### Pieredze sadarbībā ar veselības aprūpes personālu

Vai Jums šobrīd ir nepieciešama kaut kāda ārstēšana vai uzraudzība? Pastāstiet, lūdzu, kā izpaužas Jūsu sadarbība ar ārstu? Kurš ārsts tas ir (ģimenes ārsts, psihiatrs u.tml.)? Cik regulāri Jūs tiekaties ar ārstu? Kurš nosaka vizītes biežumu? Vai pie ārsta ir nokļūt viegli vai grūti?

Ko Jūs darāt, ja Jums pēkšņi paliek sliktāk?

*Ja ārstē psihiatrs:* Vai Jūsu ģimenes ārsts ir informēts, ka Jums ir garīga saslimšana? Kāpēc jā/nē?

Vai Jums, apmeklējot... (*psihiatru vai citu ārstu speciālistu, ko min respondents saistībā ar saslimšanu*), ir nepieciešams kaut kāds papildus atbalsts no ģimenes ārsta? Kāds? Vai Jūs to saņemat?

Kādu atbalstu no ārsta vai medmāsas Jūs vēl vēlotos saņemt regulāri?

### Garīgās veselības profilakse

Vai Jūs veicat kādus profilaktiskus pasākumus savas (*ja nepieciešams: garīgās*) veselības labā? Kāda veida pasākumus Jūs veicat? Kāpēc, Jūsprāt, šie pasākumi ir svarīgi?

Vai Jūs jūtaties saņēmis pietiekami daudz informācijas no Jūsu ārstējošā ārsta par to, kā izvairīties no Jūsu pašsajūtas/ stāvokļa pasliktināšanās?

### Politikas alternatīvu vērtējums

Balstoties Jūsu pieredzē, kopumā, vai ārstēšanās ambulatori un stacionārā atšķiras? Kādā veidā?

*Ja nepieciešams, tincināt:* Kā Jūs labprātāk ārstētos – ambulatori vai stacionāri? Kāpēc?

Ārstējoties ambulatori, vai Jūs labprātāk vēlētos doties pie ārsta uz pieņemšanu, vai vēlētos, ka ārsts Jūs apmeklē mājās? Kāpēc?

Vai Jūs labprātāk gribētu dzīvot atsevišķi, kopā ar ģimeni vai pusceļa mājā (*paskaidrot, ja nepieciešams*)?

Kādu speciālistu apmeklējums Jums būtu nepieciešams? Cik bieži? *Precizēt par katru speciālistu grupu:* ģimenes ārsts, psihiatrs, sociālais darbinieks.

### Noslēgums

Noslēdzot mūsu sarunu, vai Jums ir kādi ieteikumi, lai ārstēšana uzlabotos?