

Ļoti reti publicējam Ministru kabineta noteikumus, kur nu vēl saskaņošanā esošu dokumentu, bet šoreiz to nedarīt nedrīkst. Veselības ministrija radījusi labojumus Ministru kabineta 2009. gada 20. janvāra noteikumu Nr.60 **Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām** 17. punktam. Šis unikālais dokuments visu medicīnu pārvērstu par vienu vienīgu kvalitātes kontroli, pat tādā līmenī, ka medicīnai vairs laika neatliks. Katrai ārstniecības iestādei šis dokuments radīs nepieciešamību pieņemt darbā 2–3 kvalitātes kontroles speciālistus, bet ārstu praksēm šim nolūkam maksāt pusslodzi māsām, kurām nāksies kļūt par kvalitātes kontroles speciālistēm. Tas nav mans izgudrojums – prezentējot šo dokumentu, tieši tā ar lepnumu stāstīja veselības ministres padomniece kvalitātes sistēmas un pacientu drošības jautājumos Natālija Bolbate un sēdi ar pašpārliecināti apmierinātu sejas izteiksmi braši vadīja Veselības aprūpes departamenta direktors Ēriks Miķītis.

Ar dokumenta oriģinālu jebkurš var iepazīties www.vm.gov.lv, bet īsumā šo dokumentu varētu komentēt tā – ministrijas ieskatā ārstniecības kvalitāte ir pašnovērtējuma anketa ar 58 punktiem, dokumentu vadības sistēma ar 11 jauniem dokumentiem žurnāla vai veidlapas formātā un visu dokumentu glabāšanas apraksts kā pacienta ārstniecības stūrakmens.

Patiesībā man līdz šim Latvijas veselības organizācijā nav nācies pazīt cilvēku, kas vairāk nīst pacientus un ārstus kā padomniece Natālija Bolbate. MK noteikumu labojumu mērķis – ārsts un māsa katru savu iespējamo darbību apraksta vismaz 7 dažādos dokumentos.

Cik varēja saprast no Natālijas Bolbates, ārstu praksēs medicīnas māsas būs jāapmāca vismaz pusgada klātienes kurss, bet pēc tam – vienīgais, kas šai mācai turpmāk būtu jāamācās, ir kvalitātes kontrole. Dokuments paģēr, ka visiem medicīnas darbiniekiem nāksies birokrātiju mācīties katru gadu, krietni plašākā apmērā nekā pēcdiploma apmācību medicīnā līdz šim. Ja kāds žēlojās, ka 50 pēcdiploma apmācību stundu gadā resertifikācijai ir par daudz, tad tagad Bolbate tām pievienos vismaz tikpat kvalitātes apmācībai.

Atkārtotšu Natālijas Bolbates viedokli, ka katrai iestādei, lai izpildītu ministrijas plānus kvalitātes

kontrolē, vajadzēs 2–3 kvalitātes kontroles speciālistus. Kā mēs zinām no P. Stradiņa KUS un Bērnu KUS pieredzes, birokrāti un papīrstūmēji allaž saņem lielākas algas nekā ārsti un medicīnas māsas, bet kvalitātes kontrolētāji ir vieni no labāk apmaksātajiem. Pieņemsim, ka viens pilnas slodzes kvalitātes kontrolieris slimnīcai vai medicīnas centram izmaksā 1500 eiro mēnesī, ieskaitot nodokļus, bet neieskaitot viņa notērēto papīru, datorstundas, printeri, elektrību, telpas siltumu, santehniku, ūdeni, kafiju utt. Gadā šis Natālijas Bolbates ražojums katrai iestādei izmaksātu 18 000 eiro (alga + nodokļi), bet – ja nu tādi tūtiņdreijeri 100 iestādēm paredzēti vismaz divi – tad lētākajā versijā kopā 3,6 miljoni eiro. Šī kvalitātes kontrole tātad tiks ņemta no slimnīcas nopelnītā, proti, no vārgā tarifa. Ceru, ka katrs Latvijas ārsts iztēlojas un saprot, ka papīru kontrolei un pārstumdīšanai Natālija Bolbate gatavojas no kopējās nepietiekamās naudas masas atņemt reālus miljonus. Tieši par šo summu pieaugs rindas, samazināsies kvotas. Un tomēr – pati lielākā problēma – neticamā apjomā pieaugs birokrātija, ģimenes ārstam un prakses ambulatorajam speciālistam šī *papīrokrātija* nozīmēs vismaz 3–5 minūtes uz katru pacientu. Tam vēl jāpieskaita minūtes, ko kā birokrātijas slogu pievienos e-veselība: lai aizpildītu darba nespējas lapu datorā, ārstam vajadzēs patērēt 4–5 minūtes (labāko laiku treniņos – 3 minūtes 30 sekundes – uzrādīja ģimenes ārsts, kas, šķiet, dzimis ar datoru rokās), katra e-recepte paņems vidēji 2 minūtes, neskaitot datora un programmas

glukus

, visu 9 reģistru pildīšana datorā – vēl 3–4 minūtes uz pacientu. Tātad pašreizējās Veselības ministrijas ierēdniecības darba rezultāts ir – pacienta apskatei, sarunai ar pacientu, anamnēzes noskaidrošanai un kur nu vēl diagnostikai laiks vairs vispār nav paredzēts.

Ģimenes ārsts ir pirmais kontakta punkts lielākajā daļā veselības aprūpes situāciju. Latvijas datiem es lāgā neuzticos, bet Eiropā ģimenes ārsts šajā jomā veic 40–50% funkciju. Ja ģimenes ārstam pilnībā tiek atņemta iespēja kaut mirkli šajā pirmajā tikšanās reizē padomāt, pārdomāt un analizēt, diagnozes precizitāte un ārstēšanas efektivitāte krītas līdz 30%. Mēdz teikt, ka ģimenes ārsts tur atslēgu durvīs, bet galvenais ir saprast, vai tās durvis vispār ir pareizās. Primārā un sekundārā profilakse nozīmē laiku. Vēl vairāk laika prasa diagnoze – dažreiz dažas minūtes, bet biežāk nedēļu vai mēnesi. Mūsdienās labāka veselība nav birokrātisku pierakstu rezultāts, nav pat zinātnes jautājums, bet gan informācijas jautājums. Informācija un zināšanas ir būtiskais ārsta un medicīnas māsas darba kvalitātes jautājums, bet to nu mūsu medicīnas vadība nesaprot. Gan ārsta, gan māsas informācijas un zināšanu laukumam ir gan laika, gan kapacitātes robežas. Piespiežot ārstus un medicīnas māsas bezgalīgi daudz mācīties datorzinības, datu aizsardzību, pacientu tiesības, medicīnas finansēšanas pamatus, telpas sanitāriju, kvalitātes kontroli, visu ierēdniecības iestāžu skaidrojumus par darba organizāciju utt., mēs atņemam viņiem iespējas mācīties jaunumus medicīnā, kā arī atkārtot iepriekšējās zināšanas, – vienkārši diennaktī ir 24 stundas, bet smadzeņu tilpums ne lielāks par 1500 cm³.

Medicīna allaž mēdz iziet no kompetences robežām. Politiķu un ierēdņu vēlme jaukties mediķu darbos allaž rezultējas ar reālu ļaunumu pacientiem – gan samazinot ārsta laiku, ko viņš var veltīt pacientam, gan uzspiežot *pavārgrāmatu medicīnu*, kas nepieļauj neko citu kā priekšrakstus atsevišķu slimību ārstēšanā.

Pavārgrāmatu medicīna

un

Bolbates kvalitātes kontrole

nepieļauj retas slimības, komplikētas slimības, hroniskus pacientus ar dažādu slimību buķeti, divu ārstu pretrunīgu viedokli par diagnozi un ārstēšanu, sarežģītu diagnostiku un kļūdu diagnostikā, atsevišķu zāļu vai polipragmāzijas kupētu vai pārmainītu slimības ainu.

Secinājums: Natālijas Bolbates piedāvātajai birokratizācijai nav nekā kopēja ar pacientu ārstniecības kvalitāti. Patiesībā šis dokuments ir ņirgāšanās par kvalitāti – ka tikai papīri kārtībā. Pasaules pieredze rāda, ka birokratizēta kvalitātes kontrole palielina mirstību, samazina diagnostikas precizitāti un ārstēšanas pozitīvos rezultātus.

Pēteris Apinis