

Vērtībās balstīta veselības aprūpe – sākam ar KARDIOLOĢIJU

Teksts: Eduards Ritums • Ilustrācija: Maija Līduma



Visaptverošas izmaiņas veselības aprūpes sistēmā var būt strespilnas. Kas notiks, ja sāksim braukt ar šo jauno divriteni un nokritīsim? Tomēr realitātē vērtībās balstīta veselības aprūpe nav nekas gluži citāds, jo atšķirība ir tikai skatījumā uz pacienta aprūpi un fokusu uz datiem par svarīgāko – rezultātiem. Divritenis nebūs jāizgudro – tas mums jau ir pieejams, tik jābrauc pareizā virzienā.



Daiga Behmane,

Latvijas Veselības ekonomikas asociācijas vadītāja

«Sāksim ar šaurāku mērogu, lai izveidotu pieredzi, ko izmantot, pārejot uz VBVA visā veselības aprūpes sistēmā.»

KAS IR VĒRTĪBĀS BALSTĪTA VESELĪBAS APRŪPE?

Vērtībās balstīta veselības aprūpe (VBVA) nozīmē, ka pacients ir veselības aprūpes sistēmas centrā un tās mērķis ir sasniegt viņam nozīmīgos rezultātus. Tie ir gan kliniskais iznākums, gan rezultāti, kas patlaban Latvijā īsti netiek mērīti – kā pacients jūtas ar savu slimību, kas viņam ir svarīgi, un citi pieredzes parametri. Citiem vārdiem sakot, VBVA nozīmē mērīt un analizēt ārstēšanas rezultātu, kas ir atšķirīgi no pašreizējās sistēmas, kur orientējamies pēc kvantitatīviem rādītājiem – piemēram, pacients nonāks slimnīcā, pacients tiek izrakstīts no slimnīcas. Tā VBVA īsumā skaidro Daiga Behmane.

«Satraucoši ir nesen publicētie dati par to, cik ilgi Latvijā cilvēks dzīvo

veselīgu mūžu,» stāsta kardiologs Andris Skride. «Saskaņā ar šiem datiem esam pēdējie Eiropas Savienībā, par 20 gadiem atpaliekot no Zviedrijas. Tas norāda uz nepareizi realizēto veselības profilakses un arī apmaksas politiku jau kopš neatkarības atgūšanas.» 2020. gadā veselīgi nodzīvoto gadu skaits dzimšanas brīdī ES bija 64,5 gadi sievietēm un 63,5 gadi vīriešiem. Diemžēl, pēc «Eurostat» datiem, Latvijas iedzīvotāji var sagaidīt krietni īsāku veselīgi nodzīvoto gadu periodu. Latvija ir statistikas pašā apakšā, salīdzinot ar ES valstīm, ar veselīgi nodzīvotiem 54,3 gadiem sievietēm un 52,6 gadiem vīriešiem, kas par veselu desmitgadi atpaliek no ES vidējā un aptuveni divas desmitgades – no vadošās valsts Zviedrijas.

A.Skrīde secina: «Ieviešot VBVA

politiku, ir iespējams palielināt gan prognozējamo mūža ilgumu un vissvarīgāk – palielināt tieši veselīgi nodzīvotos dzīves un darba gadus. Arī ekonomiskos aspektus skatot, valstij ir neizdevīgi, ja cilvēkam ir jāslimo jau no 50 gadiem – vēl darbspējīgā vecumā. Medicīnas budžets netiks tērēts nevietā.»

Potenciāli VBVA var atrisināt dažādas problēmas, uzskata ģimenes ārsts Ainis Dzalbs: «Neatbildēts jautājums, par kuru pastāvīgi strīdas gan ārsti, gan politiķi – par veselības aprūpes sistēmas kvalitāti, uzraudzību un mērķiem. Patlaban Latvijā kvalitātes kontekstā runājam par primāro veselības aprūpi, un pagaidām vienīgais redzējums ir bijis vērsts uz kvantitāti. Piemēram, ja ģimenes ārsta praksē ir daudzi pacienti ar hipertensiju, tad labs ārsts ir tas, kurš pēc iespējas vairākiem noteicis zemu holesterīna līmeni. Kas rezultātā mainās? Bieži vien – nekas. Jāsaprot, kādam nolūkam to vispār nosakām un ko ar to gribam panākt. Un vissvarīgāk – kāda seko rīcība? Vai dzīvesveida maiņa, medikamentoza terapija, noteikti izmeklējumi un uzraudzība?»



Savukārt no pacienta perspektīvas veselība ir vērtība pati par sevi, un veselības pieejamība ir arī būtiska cilvēktiesību daļa. Inese Mauriņa, biedrības «ParSirdi.lv» vadītāja, ne tikai pati jau ilgi ir paciente, bet vairāk nekā 10 gadus ir strādājusi ar dažādiem sirds un asinsvadu slimību pacientiem: «[Pacientam svarīga ir sava dzīvība un veselība. Ar veselību cenšamies pēc iespējas vairāk saprast ne tikai slimības un ciešanu neesamību, bet arī labsajūtu](#). No valsts puses šis projekts ir vērstis, lai uzlabotu veselības aprūpi kardioloģijas pacientiem, un tādēļ svarīgs aspekts – vērtībai ir jābūt cilvēkam, un pārējais ir veids, kā to sasniegt, izmantojot zinātnē un aprēķinos balstītus mehānismus, skaidrojot rīcību, mērķus un ieguvumus.»

KARDIOLOĢIJA UN NĀKAMIE SOĻI

«Eiropā nāves iemesls numur viens ir sirds un asinsvadu slimības, un tāpēc būtiski ir VBVA ieviešanu sākt ar kardioloģiju,» uzskata A.Skrīde. Latvijā mirstība no sirds un asinsvadu slimībām ir viena no lielākajām Eiropā un OECD valstīs. Ieviešot veselības aprūpes pieeju, kur pakalpojuma apmaksā tiek veikta par kvalitāti, nevis kvantitāti (un tiek domāts arī par profilaksi), šo statistiku ir iespējams mainīt.

No ģimenes ārsta skatījuma piekrīt A.Dzalbs – kardioloģija ir labs izejas punkts, kur sākt un iegūt VBVA ieviešanas pieredzi: «Pacientu mirstība ir augsta, gribam panākt labāku rezultātu, un saprotams, ka tas bieži saistīts ar profilaktiskās medicīnas iespējām. Mēs gribam redzēt – sasniedzam vai nesasniedzam rezultātus. Savukārt patlaban realitāte ir – katru gadu pie ģimenes ārsta jānomēra zema blīvuma holesterīns. Neņemot vērā nedz limeni, nedz ko citu – galvenais ir fakts, ka mērījums noticis.»

A.Skrīde arī uzsver – lai gan kardioloģija ir labi piemērota VBVA, tā nav vienīgā, un vajag pēc iespējas ātrāk sākt un turpināt: «Noteikti šī sistēma jāievieš arī onkoloģijā. Jau patlaban

tiek veidots klīniskais onkoloģijas reģistrs, un tā būs daļa no vērtības balstītās veselības aprūpes daļas. Šis būs ļoti svarīgi arī retajās slimībās, ar laiku – visās citās specialitātēs.»

Kardioloģija tiešām nav vienīgā specialitāte Latvijā, kas jau patlaban sāk šādu paradigmas maiņas procesu, uzsver D.Behmane. Iemesls, kādēļ kardioloģiju vērts izcelt, ir, ka tajā ir iespējami labi uzlabojumi pacientiem, un tie nereti ir redzami jau pusgada vai gada laikā, ja pacients saņem atbilstošu ārstēšanu. Pacientu grupa ir plaša, risks ir augsts, un speciālistu starpā pastāv milzīga pieredze ar multidisciplināritāti.

VBVA ir lietderīga visās specialitātēs, bet katrā būs sava specifika. Piemēram, ja rezultāti sagaidāmi ļoti ātri – kā tas ir akūtu situāciju gadījumā – tie ir jānovērtē salīdzinoši bieži (nevis kā ar hroniskām slimībām, kur varbūt pietiek to darīt reizi gadā). Patlaban sākas VBVA pilotprojekti specialitātēs, kur ir aktīvākie speciālisti un jau ir kādas iestrādes. Kaut gan runājam par kardioloģiju, tā nav visa nozare – kardioloģijā ir daudz dažādu slimību grupu, un katrai no tām vajag savu ceļu un indikatorus. «Sāksim ar šaurāku mērogu, lai izveidotu pieredzi, ko izmantot, pārejot uz VBVA visā veselības aprūpes sistēmā,» saka D.Behmane.

VBVA PRAKSĒ

Kā visbiežāk piemēru, kur A.Dzalbs jūt vajadzību pēc VBVA, viņš min pacientus ar cukura diabētu: «Ir kvalitātes rādītājs – noteikts glikolizētais hemoglobīns, un īpaši labi, ja tas ir zem 7,5. Vai vienmēr tas ir nepieciešams? Pacients ar onkoloģisko saslimšanu vai seniors pēc 80 gadu vecuma – viņiem nevajag šo mērķi sasniegt. Bet, ja tas nav sasniegts, tad netiek izpildīts kvalitātes rādītājs, un pacients šķietami nav pietiekami aprūpēts. VBVA pieeja nodrošina, ka šāda veida pakalpojums ir pieejams primārajā veselības aprūpē. Vajadzības gadījumā varam izvērtēt sirds asinsvadu slimības risku kvalitatīvi,

individualizēti pieiet katra pacienta gadījumam un novērtēt diabēta kompensācijas pakāpi. Varam piedāvāt citu slimību skrīningu – izvērtēt pacienta aterosklerozes, neiropātijas, redzes komplikāciju risku. Jeb – ar VBVA runa ir par iespējām, par pakalpojuma pieejamību, kad to patiešām vajag.»

Kā tipisku kardioloģijas piemēru ģimenes ārsts izceļ pacientu ar mirdzaritmiju: «Tās gadījumā var būt paaugstināts trombemboliju risks. Kādas pašlaik ir ģimenes ārsta iespējas? Esmu ierobežots it visā – nevaru izrakstīt kompensējamo medikamentu, un pacients jāsūta pie kardiologa. Noslogojam sekundāro aprūpi, kur pasaka, ka medikamentu vajag, un izraksta rekomendāciju. Pacients atkal nāk pie manis, un tikai tad izrakstu kompensējamo medikamentu. Ir iziets vesels aplis nevajadzīgu soļu, lai izpildītu noteiktus, sistēmas paredzētus uzdevumus. Princīpā pieejai jābūt citai – ja ģimenes ārsts spēj risināt problēmu, tad valstij jāparedz, ka šo risinājumu var uzreiz saņemt. [Mēs koncentrējamies uz to, lai saprātīgā laikā, kvalitātē un tuvu dzīves vietai piedāvātu pacientam nepieciešamo, saskatot iespēju – ko var izdarīt ģimenes ārsts, nenoslogojot sekundāro aprūpi](#). Ja viņš jūt, ka nav kompetences palīdzēt, jo gadījums ir sarežģīts, tad pacientus tiek novirzīts pie speciālista.»

Par mirdzaritmiju pieminēta arī I.Mauriņa: «Nediagnosticēta un neārstēta tā var viegli vest pie insulta. Ir klīniskie algoritmi, kā pacientus atpazīt un ārstēt, bet jautājums, vai tas notiek dzīvē, jo diagnostikai jābūt laicīgi, nereti nepieciešami papildu izmeklējumi un jānozīmē pareizā terapija. Ja šie soļi netiek veikti ātri un precīzi, tad ieguvums ir minimāls vai tā nav vispār.»

PACIENTA PERSPEKTĪVA

Pacienta vajadzības nav mainījušās, stāsta I.Mauriņa – varbūt pamainās secība vai problemātikas izteiktība, bet pamatā kardioloģijas pacientam ir svarīga attieksme un pieejamība (kas pēc *ParSirdi.lv* aptaujām nereti ▶



Andris Skride,

kardiologs

«Ieviešot VBVA, ir iespējams palielināt gan prognozējamo mūža ilgumu, gan veselīgi nodzīvotos dzīves un darba gadus.»



Ainis Dzalbs,

ģimenes ārsts

«Ar VBVA runa ir par iespējām, par pakalpojuma pieejamību, kad to patiešām vajag.»



Inese Mauriņa,

biedrības «ParSirdi.lv» vadītāja

«Pacients sagaida nevis to, ka bija pie ārsta un lietoja medikamentu, bet gan konkrētu rezultātu.»

ir pirmajā vietā). Tā ir ne tikai fiziskā pieejamība, lai cilvēks varētu tikt uz ārsta vizīti (vai tiešām vienmēr ir jābrauc uz kādu no lielajām slimnīcām), bet arī rindas, kur gada noslēgumā ir beigušās kvotas un pat par maksu var ne vienmēr atrast konsultācijas. Pie dažiem speciālistiem var sanākt gaidīt daudzus mēnešus, pat ja izmeklējums nepieciešams ātri, lai varētu laikus diagnosticēt un sākt problēmu ārstēt. Pieejamība nozīmē arī izmaksas – kur Latvija Eiropas valstu sarakstā ir viens no lideriem pacienta izmaksu apjoma ziņā. Ir svarīga arī medikamentu pieejamība, jo sirds un asinsvadu slimību pacienti ir hroniski slimnieki un nereti cilvēkiem ir vairākas slimības, kas savukārt nozīmē, ka reizē nepieciešami vairāki medikamenti, un ir svarīgi, lai tie būtu iekļauti kompensējamo zāļu sarakstā. «Ir sāpīgi zināt, ka citās valstīs ar tādām pašām indikācijām un zināmajiem pozitīvajiem rezultātiem var atbilstoši medikamentu viegli saņemt, bet Latvijā pie tā tikt vēl nevar,» piemin I. Mauriņa. «Nereti dzirdam no lēmuma pieņēmējiem, ka viņi labi saprot šī medikamenta ieguvumu, bet galvenais arguments, pret ko viss atduras, ir iekļaušanas izmaksas.»

Tāpēc ir svarīgi skatīties uz vērtību kopumā – jo parasti medikamentu cena ir daudz mazāka daļa par izmaksām, kas veidojas, ja pacients nesaņem nepieciešamo atbalstu un nonāk slimnīcā, kļūst par invalidu vai mirst. «Atceros – pirms dažiem gadiem bija aprēķins, ka insults bez netiešajām izmaksām valstī gadā izmaksā ap 70 000 000 eiro. Saskaņā ar pēdējām Sabiedrības veselības pamatnostādņēm [Latvijā apmēram 25% no visiem kardioloģisko slimību izraisītiem nāves gadījumiem ir iespējams novērst, gan nodrošinot savlaicīgu diagnostiku un atbilstošu ārstēšanu, gan profilaktiskos pasākumus, kas ir viens no svarīgākajiem argumentiem, ka ir nepieciešama veselības aprūpes sistēma, kas fokusējas uz rezultātiem,» I. Mauriņa uzsver.](#)

Pacients sagaida nevis to, ka bija pie ārsta un lietoja medikamentu, bet gan konkrētu rezultātu – viņš atveseļojās vai stāvoklis stabilizējās. Gan šo rezultātu, gan pacienta pieredzi ir svarīgi mērit un ne tikai to apkopot, bet no tās gūtos secinājumus piemērot veselības aprūpes sistēmas uzlabošanai.

SKATOTIES UZ CITU VALSTU PIEREDZI

Daudzas valstis pasaulē cenšas ieviest VBVA, jo, iepriekš nosakot sasniedzamos

rādītājus, ir iespējams ārstēšanas procesu padarīt izmaksu efektīvāku, stāsta D. Behmane. Precīzāk, jau sākotnēji nosakot diagnostiku, ārstēšanu un pacienta ceļu, rezultātu var sasniegt vieglāk un ātrāk, kas ir vēlams visām pusēm.

Skatoties uz valstīm, kur jau pastāv attīstīta veselības aprūpes sistēma, redzams, ka VBVA ir svarīga to daļa. Tajā pašā laikā daudzās no šīm valstīm VBVA ieviešana tiek padarīta vieglāka tādēļ, ka jau pastāv nepieciešamais tehnoloģiskais līmenis. Piemēram, Skandināvijas valstīs, kas ir slavenas ar pacientu reģistriem, VBVA ieviest ir daudz vieglāk, jo nepieciešamie rezultāti jau tiek mēriti. Savukārt Latvijā patlaban pacientu klīnisko datu mērījumi un uzskaitē būs viens no galvenajiem pārbaudījumiem. «Gan kvalitātes indikatoros, gan veselības tehnoloģiju novērtēšanā varam pārņemt metodoloģiju un labākās prakses, bet realitātē tas ir jādara pašiem, jo mums ir sava unikālā nacionālā sistēma, procesi un prakse,» uzsver D. Behmane. «Svarīgi ir tas, kā nākotnē Latvijā attīstīsies e-veselība. Varam, protams, veidot lokālas datubāzes, bet ir tomēr nepieciešama nacionālā veselības karte par katru pacientu, kur visa informācija ir pieejama vienkopus.»

Latvijā netiek veikta arī visaptveroša veselības tehnoloģiju novērtēšana. VBVA ir ļoti svarīgi, ka tiek izmantotas tehnoloģijas ar vislabāko efektu, tā vietā, lai maksātu par jebko vai tām tehnoloģijām, kas ir mazefektīvas, bet lētas. Latvijā kas tamlīdzīgs ir tikai kompensējamo medikamentu sarakstam.

IZMAIŅAS PĒC VBVA

«Labā ziņa ir tā, ka vairumā medicīnas jomu speciālisti pārejai uz VBVA ir gribīgi gatavi,» uzskata D. Behmane. «Tā ir viņu darba rezultātu novērtēšana, kas arī ļauj speciālistam pierādīt savu profesionālo spēju un izcilību. Mums ir daudz lielisku ārstu, bet pašreizējā sistēma īsti viņiem nepalīdz parādīt sava darba rezultātus. Ārsti arī labprāt strādātu modernākā un sakārtotākā veselības aprūpes sistēmā – jo patlaban kopējie iedzīvotāju veselības rādītāji Latvijā atpaliek no Eiropas valstu vidējiem. Lidzīgi arī VBVA nozīmētu veselības iestāžu rezultatīvos rādītājus, kas Latvijā jau pamazām tiek darīts – tas pastiprinātu konkurences elementu starp veselības aprūpes sniedzējiem, ko līdz šim esam bremsējuši.»

«Ārstam un visam medicīnas personālam būs vairāk jāiesaistās slimību profilaksē,» darba kārtību ar VBVA paredz A. Skride. «Būs vairāk jāizvērtē vai attiecīgā manipulācija, operācija, analīzes vai izmeklējums ir zinātniski pierādīts un dos pacienta veselībai vislabāko rezultātu. Būs jāseko līdz pacientam, arī izrakstoties no stacionāra, ilgstošā laika posmā, komandā kopā ar ģimenes ārstu.»

[Vēl viena VBVA priekšrocība, ko izceļ D. Behmane, ir, ka tiek pievērsta lielāka uzmanība inovācijām, jo ir stimulēta labāku rezultātu meklējumus – izvērtēt jaunus tehnoloģijas un pieejas. Ja sistēma balstās uz kvantitatīviem rādījumiem, tad vienīgā motivācija ir atņēkst, ka pacients ir saņēmis to, ko sistēma jau piedāvā. Pat ja ārstiem ir interese lietot inovatīvus risinājumus, veselības aprūpes sistēma nav elastīga un nevēlas riskēt ar ko jaunu. Savukārt nereti var izrādīties, ka inovācija var nebūt dārgāka par pašreizējo sniegumu, ko ir grūti novērtēt, ja netiek analizēta tieši rezultāta sasniegšana.](#)

KOPSAVILKUMS

Nobeigumā D. Behmane uzsver, ka VBVA ieviešana Latvijā balstīsies uz iepriekš noteiktiem un skaidriem pacientu klīniskajiem ceļiem, kādi patlaban ir tikai dažās specialitātēs. Piemēram, Zaļais koridors onkoloģijā. Tai ir jābūt rutīnai, kuru visi iesaistītie ārsti pārzina, un katram ir sava mērāmais rezultāts. Uzsvars ir arī uz pacienta iesaisti un pieredzes mērīšanu, kas nozīmē, ka viņš tiek vairāk iesaistīts, kas savukārt nozīmē augstāku līdzestību.

Lai gan VBVA kontekstā bieži tiek pieminēta primārā aprūpe, A. Dzalts skaidro – tas nenozīmē, ka ģimenes ārsts uzņemas lielāku slogu, jo parasti liela daļa no šī sloga ir birokrātija, no kuras var tikt vaļā tieši ar VBVA palīdzību: «Man vieglāk ir atpazīt indikācijas un kontrindikācijas, un izrakstīt pacientam medikamentu, nekā rakstīt kaudzi ar nosūtījumiem, rekomendācijām, pamatojumiem un izmeklējumu kopijām, sūtot pacientu tālāk. Rezultātā arī uzlabotos ģimenes ārstu prasmes un attīstās komandas darbs – jo var ciešāk iesaistīt, piemēram, ārsta palīgu pacienta aprūpē un medikamentu izrakstīšanā. Runa ir par pakalpojuma pieejamību daudz tīrākā formā – kur pacients var saņemt nepieciešamo aprūpi bez 10 birokrātiskiem soļiem.» ●