

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
MEDICĪNAS FAKULTĀTE

PROFESIONĀLĀ AUGSTĀKĀS IZGLĪTĪBAS BAKALaura
STUDIJU PROGRAMMA „MĀSZINĪBAS”

**"ZAĻĀ KORIDORA" DARBĪBAS PRINCIPI ONKOLOĢISKO
PACIENTU APRŪPĒ**

BAKALaura DARBS

Autore: **Sanita Jansone**
Stud. apl. Nr.: sj17015

Darba vadītājs: Mg.sc.sal. Anete Kurklete

Rīga, 2018

ANOTĀCIJA

Agrīna vēža atklāšana ir viens no būtiskiem faktoriem veselības atgūšanā. No 2016.gada tika izveidots jauns princips onkoloģisko pacientu diagnostikā, lai nodrošinātu savlaicīgu un efektīvāku izmeklēšanas un ārstēšanas uzsākšanu - "Zaļais koridors", tādēļ pētījuma mērķis bija noskaidrot "Zaļā koridora" māsas darbības principus onkoloģisko pacientu aprūpē.

Lai uzzinātu "Zaļā koridora" māsas darbības principus onkoloģisko pacientu aprūpē, tika intervētas 8 ambulatorās māsas. Katrai māsai intervijas laikā tika uzdoti 8 jautājumi.

Pētījuma laikā tika noskaidrots, ka māsa, veicot savas profesionālās funkcijas, "Zaļā koridora" ietvaros, izglīto un sniedz atbalstu pacientiem kā arī veic medicīniskās manipulācijas.

Atslēgas vārdi: "zaļais koridors", diagnostika, onkoloģiskie pacienti, skrīnings, aprūpe, māsa.

ANNOTATION

One of the most important factors to regain health is discovering of cancer in the earliest stage of illness. At 2016 there was made a new principle in the diagnosis of oncological patients, to ensure timely and effective initiation of investigations and start a treatment – “Green corridor”, that’s the reason of research aim- to find out the principles of nurses working in “Green corridor” practice in the care of oncologic patients.

To find out the principles of nurses working in “Green corridor” practice in the care of oncologic patients, in total were interviewed 8 ambulatory nurses. For each ambulatory nurse 8 questions were asked.

During the research, it was ascertained, that nurse, doing her professional functions in “Green corridor” framework, gives support and assistance and also does medical manipulations.

Key words: “Green corridor”, diagnostic, patients, screening, care, nurse.

SATURS

IEVADS	5
1. B. ŅŪMENAS APRŪPES SISTĒMAS TEORIJAS PIELIETOŠANA ONKOLOĢISKAJIEM PACIENTIEM.....	7
2. AGRĪNA VĒŽA DIAGNOSTIKA	9
2.1. Āgrīna vēža diagnostikas būtība	9
2.2. Vēža diagnostikas kavējuma iemesli	11
2.3. Skrīnings onkoloģiskiem pacientiem: mūsdienu problēmas un iespējas.....	16
3. “ZAĻAIS KORIDORS” UN ONKOLOĢISKIE PACIENTI.....	18
3.1. Ministru kabineta noteikumu analīze.....	18
3.2. Kārtība pacienta izmeklēšanai diagnozes noteikšanai uz zaļo koridori ģimenes ārsta praksē	19
3.3. Latvijas onkoloģisko pacientu „zaļā koridora” izmantošanas iespējas.....	20
3.4. Māsas aprūpes loma diagnostikas procesā	22
4. PĒTNIECISKĀ DAĻA	25
4.1. Pētījuma metodoloģija	25
4.2. Pētījuma rezultāti un analīze	26
SECINĀJUMI.....	37
IZMANTOTAS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS	38
PIELIKUMI	43
1. Pielikums Intervija	
2. Pielikums Iesnieguma paraugs	
3. Pielikums Māsas viedoklis par to, kam un ar kādu mērķi ir izveidots „Zaļais koridoris”	
4. Pielikums Māsas viedoklis par to vai viņai ir sniegta pilnvērtīga informācija un pilnvaras, lai rīkotos atbilstoši „Zaļā koridora” mērķiem	
5. Pielikums Māsas viedoklis par to, kurš no ģimenes ārstu prakses speciālistiem sagatavo nosūtījumu un kāda informācija ir norādīta, lai pacients „Zaļā koridora” ietvaros varētu pierakstīties uz diagnostiskiem izmeklējumiem	
6. Pielikums „Zaļā koridora” pacientu sūdzības ar kādām māsa saskaras veicot fizikālās izmeklēšanas un iegūstot anamnēzi	
7. Pielikums Māsas iespējas sniegt palīdzību, atbalstu un aprūpi „Zaļā koridora” onkoloģiskajiem pacientiem	
8. Pielikums Atgriezeniskā saite ar primārās un sekundārās aprūpes speciālistiem pēc pacientu virzīšanās „Zaļajā koridorī”	
9. Pielikums Māsas viedoklis par to, ka „Zaļajā koridorā” būtu jāiekļauj pilns slimības vadības cikls: diagnostika, ārstēšana, novērošana	
10. Pielikums Māsas viedoklis par pacientiem, kuri pabeiguši vēža ārstēšanas kursu, pastāvīgu uzraudzību un nepieciešamības gadījumā atkārtotu iesaistīšanu „Zaļajā koridorī”	

IEVADS

Cīņā pret vēzi, ir svarīgi novērtēt veselības aprūpes sniegšanu (1). Pēdējos gados ir veikts ievērojams daudznozaru pētījumu apjoms, lai palīdzētu vairāk izprast agrīnu diagnostiku – aprūpes pētījumi, epidemioloģiskie pētījumi. Agrīna diagnostika ir sarežģīta problēma ar daudziem mijiedarbojošiem elementiem, kas ietekmē lielāko daļu onkoloģisko pacientu. Medicīnas speciālisti zina, ka laiks starp testu un rezultātu saņemšanu var aizņemt ilgu laiku. Daži pacienti gaida mēnesi vai ilgāk, lai noskaidrotu diagnozi. Ātrāka atbilde varētu radīt būtiskas atšķirības vēža diagnosticēšanā, pirms tas ir izplatījies, tādejādi panākot labākus rezultātus un lielākas iespējas izārstēties. Autori atzīst, ka diagnostikas kavējumi lielā mērā ir saistīti ar vēža simptomiem, kurus grūti atšķirt no citām slimībām (2). Kad ir veikts izmeklējums, ir ļoti svarīgi, lai notiktu ātra informācijas aprīte tieši speciālistu vidū un pacientam kādu aizdomu gadījumā tiktu sniegta visātrākā iespēja izmeklēties tālāk. J.Eglītis uzskata, ka ļaundabīgos audzējos nepieciešams atklāt pēc iespējas agrīni un ir vairākas vēža lokalizācijas, kur tas ir ļoti veiksmīgi izdarāms – krūts, dzemdes kakla ļaundabīgais audzējs, kolorektālais vēzis (3).

Gan pasaulē, gan Latvijā ir augsti mirstības rādītāji no ļaundabīgiem audzējiem – ļaundabīgie audzēji ir otrs biežākais nāves cēlonis. Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībā onkoloģiskie pacienti saskaras ar gaidīšanas rindām gan uz izmeklējumiem, gan ārstēšanu. Gaidīšanas laiks svārstās no dažām dienām līdz pat 6 mēnešiem. Rindas uz izmeklējumiem pie speciālistiem negatīvi iespaido iedzīvotāju savlaicīgu vēršanos pie ārsta veselības problēmu gadījumos, kas ir īpaši nozīmīgi onkoloģisko saslimšanu gadījumā. Lai gan pakāpeniski pieaug agrīni atklāto gadījumu skaits onkoloģiskiem pacientiem – 2009.gadā ar 1.stadiju uzskaitē uzņemti 21,7% pacientu, 2014.gadā – 29,4% pacientu, bet 2015.gadā – 27,8%, joprojām saglabājas augsts 3.stadijā (2009.gadā - 18,3%, 2014.gadā – 16,5% un 2015.gadā – 16,4%) un 4.stadijā (attiecīgi 21,0%, 20,6% un 2015.gadā 20,5%) diagnosticēto gadījumu īpatsvars (4).

Jāuzsver, ka agrīna vēža atklāšana ir viens no būtiskiem faktoriem veselības atgūšanā. Pirmā gada letalitāte un piecu gadu dzīvildze ir saistāma ar audzēja stadiju diagnozes noteikšanas brīdi – 2014.gadā vēlini diagnosticētajiem audzējiem (4.stadijā) pirmā gada letalitāte ir 74,2%, bet agrīni diagnosticētiem audzējiem (1.stadijā) – 4,6%. Savukārt, piecu gadu dzīvildze 4.stadijā 2010.gadā diagnosticētajiem audzējiem ir tikai 8,8%, bet 1.stadijā 81,3% (4).

Ir izveidots jauns princips onkoloģisko pacientu diagnostikā. Ja izmeklējuma rezultāti rada aizdomas par ļaundabīgu slimību, pacients nokļūst tā sauktajā „Zaļajā koridorī”, kas dod iespēju saņemt turpmākās konsultācijas un izmeklējumus ātrākos termiņos, ārpus kopējā ārstniecības iestādei piešķirtā finansējuma (kvotām) (5). Latvijā “Zaļais koridors” ir ieviests ar 2016.gada 1.oktobri, lai nodrošinātu savlaicīgāku un efektīvāku izmeklēšanas un ārstēšanas uzsākšanu primārajiem pacientiem, kuriem ir medicīniski pamatotas aizdomas par ļaundabīgu audzēju (4).

Sākot ar 2017. gadu noteikta kārtība ļaundabīgo audzēju sekundārajiem diagnostikas algoritmiem (6). „Zaļā koridora” mērķis — desmit darb dienās tikt uz primārās diagnostikas izmeklējumiem un konsultāciju pie speciālista, lai apstiprinātu diagnozi “ļaundabīgais audzējs”, ļaujot nodrošināt, pakalpojumu sniegšanu savlaicīgi vai pierādītu, ka šādas diagnozes nav. Ņemot vērā iepriekš aprakstīto, ja aizdomas par vēzi apstiprinās, ne vēlāk kā mēnesi pēc pirmās speciālista konsultācijas, jāsāk ārstēšana (7).

Pētījuma mērķis: noskaidrot "Zaļā koridora" māsas darbības principus onkoloģisko pacientu aprūpē.

Pētījuma uzdevumi

1. Analizēt un apkopot literatūras avotus par darbības principiem onkoloģisko pacientu aprūpē.
2. Izstrādāt pētījuma instrumentu – intervijas jautājumi.
3. Intervēt 8 ambulatorās māsas, kuras strādā ģimenes ārsta praksēs.
4. Apkopt un analizēt pētījumā iegūtos datus.
5. Izdarīt secinājumus.

Pētījuma jautājums: kādi ir māsas darbības principi „Zaļā koridora” onkoloģisko pacientu aprūpē?

Kvalitatīva pētījuma metode

1. B. NŪMENAS APRŪPES SISTĒMAS TEORIJAS PIELIETOŠANA ONKOLOĢISKAJIEM PACIENTIEM

Māsas profesionālās darbības pieredze balstīta uz māszinību teorijām, kas pamato pacientu vajadzību apmierināšanas ceļus. Medicīnas māsas galvenais darbības mērķis ir palīdzēt pacientam atgūt, atjaunot vai uzturēt organisma sistēmas stabilitāti.

Māsām vēža pacientu aprūpē ir nepieciešamas padziļinātas zināšanas onkoloģijā, lai risinātu pacientu aprūpes problēmas un palīdzētu pacientiem un viņu ģimenēm turpmāk atbalstošajā aprūpē. Aprūpes novērtēšana ir daļa no māsas funkcijām, kad, novērtējot veselības stāvokli, tiek ievērotas vismazākās pārmaiņas vēža pacientu fiziskajā un psiholoģiskajā labsajūtā, pirms neliela problēma kļūst par nozīmīgu krīzi. Vēža gadījumā pacienta pašsajūta var mainīties katru dienu, pat katru stundu. Darba autore onkoloģisko pacientu novērtēja saskaņā ar B. Nūmenas aprūpes sistēmas modeli, kas piedāvā savu pieeju aprūpes procesam, kā arī piedāvā risinājumu, kā to labāk realizēt praksē. Modelis tika radīts, lai uzlabotu un attīstītu praksi pacienta aprūpē. Sistēmas modelis balstīts uz četriem galvenajiem pieņēmumu jēdzieniem – cilvēks, vide, veselība un aprūpe.

Sistēmas modelis balstās uz vispārēju sistēmas teoriju un atspoguļo dzīvo organismu dabu, kā atvērtās sistēmas mijiedarbībā viens ar otru un ar vidi. B. Nūmenas modeļa ietvaros klients var būt indivīds, ģimene, grupa, kopiena vai sociāla vienība. Svarīgs pieņēmums B. Nūmenas teorijā ir: "katra klienta sistēma ir unikāla, tā sastāv no faktoriem un īpašībām noteiktā atbildes diapazonā (8; 9).

B. Nūmenas modelis katru organismu uzlūko kā unikālu veselumu, ko raksturo pieci mainīgie: fiziskie, kas ietver cilvēka materiālās un fiziskās dzīves aspektus; emocionālie, kas ietver emocionālos pārdzīvojumus, jūtas; intelektuālie, tas ir spēju racionāli domāt, plānot, analizēt; sociālie, ko veido attiecības ar citiem cilvēkiem, kultūrvide; garīgie, kas ir cilvēka zināšanas par sevi pašu un garīgās vērtības (8; 9; 10). Attīstības mainīgais attiecas uz ar vecumu saistītiem procesiem un aktivitātēm.

B. Nūmenas teorijā priekšplānā tiek izvirzīta pacienta spēja samazināt stresu – psiholoģisko slodzi, teorijas izveidē par pamatu ir izmantota H. Seljē stresa un adaptācijas teorija. Stress paaugstina organisma prasības, lai tas varētu atkārtoti pielāgoties. Stresori ir apkārtējās vides spēki, kas izmaina sistēmas stabilitāti. Vēža slimnieki, uzzinot par savu diagnozi, pakļauti stresam, viņus pārņem baiļu sindroms, kas būtiski ceļ distresa līmeni. B. Nūmena savā teorijā skaidro dažādu spriedzi izraisošu faktoru ietekmi uz cilvēku. Aprūpējot

onkoloģisko pacientu, māsa rūpējas par viņa fizisko, gan emocionālo stāvokli, jo aprūpes procesā ir noteikti mērķi, ko māsa cenšas sasniegt un izpildīt: saglabāt veselību, izvairīties no slimībām, veicināt atlabšanu, atjaunot labsajūtu un maksimālas organisma funkcijas, vai arī aprūpēt mirstošu pacientu.

Galvenais baiļu iemesls ir informācijas trūkums un neziņa par to, kas būs. Līdz ar to viens no māsas uzdevumiem ir izskaidrot pacientiem iemeslus un palīdzēt kontrolēt slimību. Palīdzot pacientiem izpaust emocijas, var samazināt bailes un trauksmi. Trauksmi var mazināt sarunas ar pacientiem par lietām, kas izraisa bailes un nemieru. Izpratne par pacienta bailēm un citām negatīvajām emocijām spēj nodrošināt efektīvāku veselības stāvokļa vadīšanu. (11; 12; 13). Māsu padoms un atbalsts uzlabo pacientu veselību un samazina stresu, koncentrējoties uz iespējām. Ļoti būtiski mācai ir izglītot ne tikai pašus pacientus, bet arī tuviniekus, jo tas palīdzēs pēc izrakstīšanās no stacionāra adaptēties ar šo slimību ierastajā vidē.

B.Ņūmenas sistēmas modelis arī palīdz vadīt onkoloģiskajiem pacientiem sāpes, kuras vēža slimniekiem ir ilgstošas un parasti pastiprinās, slimībai progresējot. Stipras sāpes demoralizē un novājina cilvēku. Sāpes var būt: garīgas (Kāpēc tas notiek tieši ar mani?), sociālas (uztraukums par ģimeni, finansiālo stāvokli u.c.), psiholoģiskas (dusmas par novēlotu diagnozi, bailes no nāves u.c.). Pretsāpju terapijā ir svarīgs multidisciplinārs komandas darbs.

Lietojot aprūpē B.Ņūmenas sistēmas modeli, galvenais mērķis kā īstermiņa, tā ilgtermiņa aprūpē ir pacienta sistēmas stabilitāte. Tas tiek panākts, veicot aprūpi, lai mazinātu stresa faktorus. B.Ņūmenas aprūpes process satur trīs pamatdaļas: māsu diagnosticēšana, māsu mērķu sasniegšana un māsu izglītības rezultāti. B.Ņūmena uzsver, ka ir svarīgi identificēt klienta un aprūpētāja uztveri, sadarbību starp klientu un aprūpētāju visos procesa posmos. Viņa identificē trīs intervences līmeņus: primāro, sekundāro un terciāro. Primārā profilakse notiek tad, ja klienta sistēma var reaģēt uz stresa faktoru, kuras mērķis ir mazināt iespēju saskarties ar stresa faktoru. Sekundārā profilakse notiek pēc klienta sistēmas reaģēšanas uz stresa faktoru. Terciārā profilakse notiek pēc aktīvās ārstēšanas vai sekundārās profilakses stadijas, kurā galvenā uzmanība ir pievērsta pacientu optimālajai klientu stabilitātei (8).

2. AGRĪNA VĒŽA DIAGNOSTIKA

Saslimstība ar vēzi, Latvijā aizvien ir augsta, un joprojām liels īpatsvars onkoloģisko slimību netiek atklātas agrīnās stadijās. Pašlaik vēža diagnosticēšanai valsts nodrošina divas programmas – pacientiem ar aizdomām par vēzi paredzēts "Zaļais koridors" un skrīnings. Agrīni atklāts vēzis vairākumā gadījumu ir veiksmīgi ārstējams un, lai pacients saņemtu atbilstošu terapiju, klīnicistam pēc iespējas precīzāk jānosaka vēža tips (14).

Agrīna diagnostika ir onkoloģijas pamatprincips, kas ļauj uzsākt ātrāku ārstēšanu un sagaidīt labākus atveseļošanās rezultātus. Lielāko daļu vēža gadījumu konstatē pēc simptomu rašanās (15). Neskaidri simptomi var ierobežot ātru diagnosticēšanas procesu.

2.1. Agrīna vēža diagnostikas būtība

Diagnostika ir dažādu metožu izmantošana, lai identificētu veselības problēmas. Diagnoze ir aprakstīta gan kā process, gan kā klasifikācijas shēma, vai arī "jau esošs kategoriju kopums, par kuru ārsts ir vienojies, lai noteiktu konkrētu slimības stāvokli" (16). Speciālisti uzsver, ka pareiza un savlaicīga diagnostikas noteikšana ir galvenais veselības aprūpes aspekts, jo tas sniedz paskaidrojumu par pacienta veselības problēmu un informē turpmākos lēmumus par veselības aprūpi (17). Diagnostikas kļūdas un kavēšanās var izraisīt negatīvus veselības traucējumus, psiholoģisko diskomfortu un lielākas finansiālās izmaksas. Ja rodas diagnostikas kļūda, pacientiem var tikt sniegta nepiemērota vai nevajadzīga ārstēšana, vai arī var tikt liegta vai aizkavēta atbilstoša un iespējama dzīvības glābšanas ārstēšana. Lielākā daļa pacientu pirmo reizi ar vēža simptomiem saskaras, kad apmeklē primārās aprūpes ārstus (ģimenes ārsti) (18; 19).

Lielākā daļa onkoloģisko slimību attīstās ilgākā laika periodā – ilgstošs latentais periods, kura laikā bieži nav nekādu sūdzību un simptomu. Speciālisti atzīmē, ka lielai daļai pacientu vēzis tiek diagnosticēts novēloti, līdz ar to izdzīvošanas iespējas ir ierobežotas. Agrīni atklājot vēzi, daļā gadījumu iespējama pilnīga izārstēšana, bet daļā – būtisks dzīves pagarinājums (20; 21).

Rūpīga un precīza vēža diagnostika ir pirmais solis, izstrādājot individuālu audzēja un vēža ārstēšanas plānu. Ārstējošais ārsts liks veikt pilnu klāstu diagnostikas testu, lai precīzi apstiprinātu diagnozi un plānotu individualizētu ārstēšanu. Efektīvas veselības aprūpes politikas radītājs ir ātras diagnostikas iespējas situācijās, kad ir aizdomas par vēzi, un alternatīvu ārstēšanu stratēģiju nodrošināšana (22).

Pirms ārstēšanas, onkoloģisko speciālistu komanda precīzi nosaka audzēja lokāciju, slimības stadiju, un izveido pacientam atbilstošu vēža ārstēšanas procedūru kombināciju plānu. Ārstēšanas laikā, ārsti uzrauga audzēja lielumu (vai tas samazinās), progresēšanu, un reakciju uz ārstēšanu, un attiecīgi var mainīt ārstēšanas plānu. Speciālisti uzskata, ka var ātri diagnosticēt onkoloģisko audzēju pacientiem, kuriem ir sēklinieku, krūšu, barības vada, melanoma, orofaringeāls vai endometrija vēzis. Trauksmes simptomi (piemēram, sēklinieku vai krūšu gabali, disfāģija, redzamas ādas izmaiņas, čūlas mutē un maksts asiņošana) ir sastopama lielākajā daļā pacientiem, kuri apmeklēja primārās aprūpes ārstus. Savukārt pacienti ar vēzi, kuriem raksturīgi simptomi ar mazu prognozējošu vērtību, piemēram, smadzeņu vēzis, leukēmija un multipla mieloma, diagnostikas process var būt ilgstošs. Piemēram, apmēram pusei no visiem pacientiem ar multiplo mielomu ir skeleta muguras/muskuļu sāpes, kas ir biežs, bet nespecifisks simptoms (23). Līdzīgi ir lielākajai daļai pacientu, kam ir smadzeņu vēzis un leukēmija, abām vēža formām dominē novēlota diagnostika (21).

Diagnostikas procesā liela nozīme ir laikam. Slimība parasti norisinās ilgākā laika periodā (starp slimības sākumu un simptomu rašanos), un iespējams, radot citas veselības problēmas, pirms pacienta simptomi tiek atzīti par konkrētu diagnozi (24). Dažas diagnozes var noteikt ļoti īsā laika posmā, bet citas diagnozes var prasīt mēnešiem ilgas pārbaudes. Daļēji tas ir saistīts ar diagnostikas sarežģītību. Līdzīgi simptomi var būt saistīti ar vairākām atšķirīgām diagnozēm, un simptomi var attīstīties dažādi, kā slimība progresē, piemēram, slimība, kas ietekmē vairākus orgānus, sākotnēji var izraisīt simptomus vai pazīmes no viena orgāna. Sākumā var būt ļoti grūti noteikt, kāda konkrēta diagnoze ir norādīta ar konkrētu simptomu kombināciju, īpaši, ja simptomi ir nespecifiski, piemēram, nogurums. Slimības var būt arī netipisku, ar neparastu un negaidītu simptomu kopumu (25).

Ženēvā 2017.gada 3.februāri Pasaules Veselības organizācija (PVO) izskatīja jaunas vadlīnijas ar mērķi uzlabot izdzīvošanas iespējas cilvēkiem, kam ir vēzis, nodrošinot veselības aprūpes pakalpojumus un ātrāk koncentrēties uz slimības diagnosticēšanu un ārstēšanu. Krugs.E (*Krug.E*), PVO neinvazīvo slimību, invaliditātes, vardarbības un traumu profilakses departamenta direktors ziņo, ka vēža diagnostika vēlīnās stadijās un nespēja nodrošināt ārstēšanu, daudzus cilvēkus pakļauj ciešanām un agrīnai nāvei (26).

Pasaules Veselības organizācija uzsver, ka visu valstu veselības aprūpes plānotāji var veikt pasākumus, izmantojot PVO jaunus norādījumus, lai uzlabotu agrīnu vēža diagnostiku un nodrošinātu tūlītēju ārstēšanu, jo īpaši attiecībā uz krūts, dzemdes kakla un kolorektālo vēzi. Tas uzlabos vēža slimnieku ārstēšanu un izdzīvošanu. PVO mudina valstis piešķirt prioritāti vēža diagnostikas un ārstēšanas pakalpojumiem izmaksām, vai piešķirt valsts

apmaksātus pakalpojumus, jo daudzi pacienti nespēj maksāt, un šī iemesla dēļ viņi nemeklē palīdzību. Organizācija uzsver, ka efektīva agrīna diagnoze var palīdzēt agrīnā stadijā diagnosticēt pacientiem vēzi, uzsākt agrīnu ārstēšanu, kas parasti ir efektīvāka, mazāk sarežģīta un lētāka. Piemēram, pētījumi valstīs ar augstu ienākumu līmeni liecina, ka ārstēšana vēža slimniekiem, kuri diagnosticēti agrīnā stadijā, ārstēšanas process ir 2 līdz 4 reizes lētāks (26).

Jebkāda papildus diagnosticēšanas un ārstēšanas aizkavēšanās, iespējams, pasliktinās vēža slimnieku stāvokli.

2.2. Vēža diagnostikas kavējuma iemesli

Vienā no pētījumiem, kurš tika veikts Vācijā, tika pārbaudīts pacientu diagnožu novēlošanās ilgums sievietēm ar krūts vēzi un tās ietekmi uz slimības stadiju. Krūts vēža diagnosticēšanas un ārstēšanas vilcināšanās, iespējams, noved pie turpmākas progresējošas slimības un vairākām invazīvām operācijām vai mirstības. Divsimt astoņdesmit septiņas sievietes vecumā no 18 līdz 80 gadiem tika intervētas saistībā ar diagnostikas procesu (diagnosticēts simptomātisks krūts vēzis). Pacienta diagnostikas kavēšana tika definēta kā laiks no pirmā simptoma sākuma līdz pirmajai konsultācijai ar ārstu. Pacientiem ar vidēji lielu kavēšanos diagnozē bija 16 dienas. 18% no visiem krūts vēža pacientiem pirms konsultēšanās ar ārstu gaidīšanas laiks bija ilgāks nekā 3 mēneši un ir saistīts ar zemāku izdzīvošanu, bet nebija saistīts ar pakalpojuma sniedzēja kavēšanos. Ilgstoša pacientu diagnostikas kavēšanās bija saistīta **ar vecumu, labdabīgas mastopātijas vēsturi, aptaukošanos un veselības uzvedības rādītājiem**, tādiem kā nezināšana par ambulatoro aprūpi pie ginekologa un nepiedalīšanos vispārējās veselības pārbaudēs. Tikai neliela daļa sieviešu par krūts vēzi konsultējās ar ģimenes ārstu. Vācijā regulārus klīniskos krūšu izmeklējumus ieteicams izmantot kā krūts vēža skrīningu un uz to attiecas visi Vācijas veselības apdrošināšanas plāni, katrai sievietei jāzina par ginekoloģisko ambulatoro aprūpi. Pētījuma dati liecina, ka no krūts vēža gadījumiem novēlotā posmā varētu izvairīties, ja visi pacienti ar krūts vēža simptomiem apmeklētu speciālistu viena (1) mēneša laikā (15).

Laika intervāls no pirmā simptoma līdz ārstēšanas sākumam (operācija, ķīmijterapija) bieži tiek apzīmēts kā kavēšanās (27). Pētījumi ir parādījuši, ka **diagnostikas intervāls** (kavēšanās) var būt ļoti garš, un aizkavēšanos var attiecināt gan uz pašu pacientu, gan uz ārstu, gan uz veselības aprūpes sistēmu. Daži secinājumi liecina, ka līdz pat pusei no kopējām kavēšanām ir saistīta ar pacienta rīcību vai uzvedību (28).

Dānijā 2004.-2005.gadā notika iedzīvotāju grupas kohorta pētījums, kuru veica Hansens RP (*Hansen RP*) un viņa kolēģi, ar mērķi izpētīt laika kavēšanas intervālu saistītu ar pašu pacientu, vispārējo ārstu praksi un ar veselības aprūpes sistēmu no pirmā vēža simptoma līdz diagnostikai un ārstēšanai, kā arī analizēja, cik lielā mērā laika kavējumi atšķiras atkarībā no vēža veida. Pētījuma dati liecina, ka viens no nozīmīgākajiem faktoriem, kas saistīts ar diagnostisko kavēšanos, ir simptomu **nepareiza diagnosticēšana**. Dati tika apkopoti no administratīvajiem reģistriem un aptaujas anketām, kuras vispārējās prakses ārsti izsnieguši 2212 vēža slimniekiem (jaunatklāti viena gada laikā). Kopējās vidējās kavēšanās intervāls bija 98 dienas. Lielākā daļa (no kopējās kavēšanās) slimības novēlotas diagnostikas iemesli var būt saistīti ar pašu pacientu, piemēram, **savlaicīga nedošanās pie ārsta un profilaktisko apskaušu neveikšana, ilgstoša slimības simptomu ignorēšana vai slimības simptomu, piemēram, nogurums, apetītes trūkums, svara zudums, neatpazīšana** un izskaidrošana ar citām slimībām vai nogurumu, bailes vai noliegums par iespējamo vēža diagnozi, (vidēji 21 diena) un sistēmas kavēšanās (vidēji 55 dienas). Saistībā ar veselības aprūpes sistēmu kā būtisks šķērslis savlaicīgai vēža diagnostikai, tiek minētas **garas gaidīšanas rindas** uz izmeklējumiem vai pie speciālistiem. Viszemākā kopējā kavēšanās bija starp pacientiem ar olnīcu (vidēji 60 dienas) un krūts vēzi (vidēji 65 dienas) un visvairāk pacientiem ar prostatas (vidēji 130 dienas) un urīnpūšļa vēzi (vidēji 134 dienas) (29). Vēža diagnosticēšanas aizkavēšanās ir izplatīta, un ilgstoša, saistīta ar garīgo spriedzi, kas var pasliktināt atvēršanās prognozi. Precīza kavēšanās ietekme uz klīnisko iznākumu paliek neskaidra un atšķiras starp dažādām vēža formām, bet kopējam laika intervālam jābūt pēc iespējas īsam (30).

Anglijā vēža diagnostikas revīzijas vadības grupa 2017.gada decembrī sniedza informāciju par diagnostikas procesu. Reprezentatīvā, valsts mēroga pētījumā, pacientiem ar onkoloģiju (diagnosticēts vēzis 2014. gadā) tika noskaidrots, ka kopumā vidējais diagnozes laika intervāls bija 40 dienas, bet vidējais primārās aprūpes laika intervāls bija 5 dienas pēc sākotnējās diagnozes uzstādīšanas vispārējā praksē, lai gan laiks bija ļoti atšķirīgs atkarībā no onkoloģijas veida. Rezultāti atklāja, ka apmēram piektā daļa aprūpes pacientu ar vēzi, Anglijā, piedzīvo zināmu kavēšanos diagnozes saņemšanā. Vairāk nekā puse no kavējumiem ir saistīta ar **klīnicistu vai sistēmiskiem faktoriem**. Veselības aprūpes amatpersonas ir noteikušas mērķi, ka visi vēža pacienti tiks diagnosticēti 28 dienu (tiek uzskatīts par standartu) laikā līdz 2020. gadam (31; 32).

Anglijas veiktajā pētījumā tika konstatēts, ka visīsākais diagnozes laika intervāls bija pacientiem ar krūts vēzi (14,0 dienas); vislielākais bija pacientiem ar prostatas vēzi 55,5 dienas. Tika konstatēts, ka 54% pacientiem laikposms, kad tiek ziņots par vēža diagnozi,

pārsniedza 28 dienas – 19% krūts vēža slimniekiem un 74% melanomas pacientiem. Ģimenes ārsti uzskatīja, ka 22% pacientu bija novēlota diagnostika. Aizkavēšanos attiecināja 26% gadījumos uz pacientu, 28% gadījumos primārajiem/sekundārajiem aprūpes klīnicistiem un 34% gadījumos uz veselības aprūpes sistēmas faktoriem (31). Bieži vien pārāk daudzi pacienti ir ilgi gaidījuši diagnostikas testus, rezultātus. Savukārt, gaidot diagnostikas rezultātus, bieži pacienti piedzīvo trauksmi, psiholoģisko un emocionālo stresu, tādēļ ir ļoti svarīgi, lai pacientiem gaidīšanas laika intervāls būtu īsāks (32).

Anglijas vēža diagnostikas vadības grupa konstatēja, ka trīs ceturtdaļas (73,2%) pacientu, kas apmeklēja savu ģimenes ārstu, pēc viena vai divām konsultācijām tika nosūtīti pie speciālista; gandrīz 60% no visiem minētajiem pacientiem (57,1%) divu nedēļu laikā apmeklēja sekundāro aprūpi. Ziņojumā tika aplūkots un konstatēts, ka dažiem onkoloģiskajiem pacientiem, tostarp tiem, kuriem ir smadzeņu, olnīcu, aizkuņģa dziedzera, aknu un nieru vēzis, vislabāk tika nodrošināta primārās aprūpes pieejamība diagnostikai. Ģimenes ārsti veido tikai daļu no veselības aprūpes sistēmas un lielākā diagnostikas “ceļa” daļa nav viņu kontrolē. Sakarā ar ko tikai strādājot koordinētas veselības aprūpes kopienas ietvaros, var veikt plaša mēroga uzlabojumus (31). Zhou Y. un līdzautori ziņo, ka Anglijā „simptomātiskajiem pacientiem” tiek izmantots paātrināts (pazīstami kā „divu nedēļu nogaidīšana”) vispārējas prakses nolikums, lai samazinātu diagnostikas laika intervālu, kas ir apstiprinātas klīniskās vadlīnijās. Tomēr paātrinātā ceļa izmantošana dažādām pacientu grupām var atšķirties. Piemēram, pacienti ar sēklinieku un krūts vēzi tiek diagnosticēti pēc ātrākas shēmas.

Dānijas Pētniecības centra vēža diagnostikas pētnieki Vedsteds P (*Vedsted P*) un Olsens F (*Olesen F*) ziņo, ka primārajā aprūpē Ziemeļvalstīs 5,6% iedzīvotājiem vecumā no 30 gadiem ir vēzis, un vēža rašanās risks pirms 75 gadu vecuma vīriešiem sasniedz 30% un sievietēm – 26%. Ziemeļvalstu veselības aprūpes sistēmas tiek uzskatītas par vienu no vislabāk funkcionējošajām sistēmām pasaulē. Tomēr zem šiem skaitļiem ir atšķirība starp Ziemeļvalstīm. Vēža sastopamība sievietēm Somijā ir 233, bet Dānijā – 300 uz 100 000 sievietēm, kas atspoguļo saslimšanas risku atšķirības un sabiedrības uzmanību profilaksei. Attiecīgi mirstība no vēža Somijā ir 76 un Dānijā ir 123 uz 100 000 sievietēm, kas var atspoguļot atšķirības veselības aprūpes sistēmas darbībā. Turklāt sieviešu vidējā izdzīvošana 5 gadu dzīvildze pēc onkoloģijas Zviedrijā bija aptuveni 60%, salīdzinot ar aptuveni 50% Dānijā 1999. gadā (33). Tas ir milzīgs izaicinājums vēža profilaksē, agrīnā diagnostikā un ārstēšanā. Vajadzību pēc efektīvas, labi dokumentētas vēža aprūpes vēl vairāk papildina fakts, ka sagaidāms, ka ikgadējais vēža gadījumu skaits palielināsies par 49% vīriešiem un sievietēm – par 34% 2018.gadā, galvenokārt demogrāfisko pārmaiņu dēļ. Dānijas pētnieki

uzsver, ka ģimenes ārsti var spēlēt svarīgu lomu, veicinot sabiedrības veselīgu dzīvesveidu un skrīninga programmu vadīšanu, taču ir jāpārvērtē viņu lomu agrīnās klīniskās diagnozes noteikšanā un jāizstrādā pētījumi, kas sniedz zināšanas šajā svarīgajā daļā par vēža aprūpi. Ir veikti tikai nelieli pētījumi par agrīnu un ātru vēža diagnostiku. Vispārējā prakse ir tieši iesaistīta sākotnējā diagnozes uzstādīšanas procesā – vairāk nekā 85% no visiem vēža gadījumiem. Tādējādi vispārējai praksei ir jānodrošina atbilstošs, savlaicīgs, kvalitatīvs diagnostikas darbs daudziem pacientiem, nodrošinot vienlīdzīgu piekļuvi medicīniskajai konsultācijai (28).

Vispārējā prakse par aizdomām uz vēzi sadarbībā ar specializētu veselības aprūpi ir viena no diagnostikas primārajām un svarīgākajām darbībām, kas izmanto radioloģisko izmeklēšanu, skenēšanu, endoskopiju un citus līdzīgus paņēmienus. Tomēr dažās veselības aprūpes sistēmās ģimenes ārstiem ir ierobežota pieeja šīm procedūrām, un citās veselības aprūpes sistēmās ģimenes ārsti darbojas kā starpnieki. Ir ierosināts, ka **starpnieka loma** veicina vēža diagnosticēšanas aizkavēšanos (34). Dānijas Pētniecības centrs vēža diagnostikas primārajā aprūpē liecina, ka agrīna vēža diagnostika vispārējā praksē aptver trīs galvenās tēmas:

- 1) kādā veida vispārējā prakse ietekmē cilvēku zināšanas par simptomiem, to interpretāciju un uzvedību, kas vērsta uz veselību;
- 2) vispārējās prakses prasmes saskarties ar pacientu, noskaidrot attiecīgos simptomus un veikt pasākumus, kā arī novirzīt pacientu pie attiecīgajiem speciālistiem;
- 3) vispārējās prakses loma precīzi definēt vēža veidu, ātru diagnostisko ceļu organizēšanā, lai apstiprinātu vai noraidītu aizdomas par vēzi.

Dānijas Pētniecības centra vēža diagnostikas pētījums primārajā aprūpē galvenais secinājums bija, ka vispārējais uzdevums ir nodrošināt primāro aprūpi ar izstrādātu un labi dokumentētu uz pierādījumiem balstītu platformu, lai uzlabotu ar vēzi saistītu izpratni un agrīnu diagnostiku, tādējādi uzlabojot prognozi vēža slimniekiem. Daudz mērķtiecīgākas profilakses pasākumi var būt nākamais svarīgais solis, kas jāveic, lai uzlabotu vēža ārstēšanas rezultātus Ziemeļvalstīs (28).

Ja vēzis ir izplatījies, ārstēšana kļūst grūtāka, cilvēka izdzīvošanas iespējas ir daudz zemākas un ir augstākas ārstēšanas izmaksas (35).

Apvienotā Karaliste 2015. gadā sniedza statistiku, kā agrīna vēža diagnostika var radīt reālas pārmaiņas, piemēram:

- 1) *zarnu vēzis* – vairāk nekā 9 no 10 zarnu vēža slimniekiem dzīvildze ir vairāk nekā 5 gadus, ja tiek diagnosticēts agrīnā posmā;

- 2) *krūts vēzis* – 5 gadu dzīvildze pēc diagnozes uzstādīšanas sasniedz vismaz 90% sievietēm, salīdzinot to ar diagnozes uzstādīšanu vēlīnā stadijā, 5 gadu dzīvildze sasniedz tikai 15% sievietēm;
- 3) *olnīcu vēzis* – 5 gadu dzīvildze sasniedz vairāk nekā 90% sieviešu, kam diagnosticēts olšūnu vēzis agrīnā stadijā un vēlīnā stadijā tikai aptuveni 5% sievietes;
- 4) *plaušu vēzis* – aptuveni 70% plaušu vēža pacientu izdzīvos vismaz gadu, ja tie tiek diagnosticēti agrīnā stadijā, salīdzinot aptuveni ar 14% cilvēkiem ar vēlīnu slimības stadiju (36).

Izdziņošanas rādītāju uzlabošana ir ne tikai atkarīga no agrīnas diagnosticēšanas, bet arī nodrošina pacientiem visefektīvāko un atbilstošāko ārstēšanu. Ir iespējami daudzi novēloti diagnozes cēloņi. Aptuveni 1 no 4 vēža gadījumiem Apvienotajā Karalistē tiek diagnosticēti novēloti (37). Var būt vairāki iemesli kavējumiem vēža diagnostikā, piemēram:

- 1) zema izpratne par vēža pazīmēm un simptomiem var nozīmēt to, ka cilvēki neapmeklē vispārējo ārstu praksi (38);
- 2) daudzi cilvēki uztraucas par to, ka viņam uzstādīs onkoloģisku diagnozi, tāpēc negrib iet pie ārsta (39);
- 3) ilgi jāgaida rindā gan uz pārbaudēm, gan pārbaūžu rezultātiem.

Analizējot agrīnu diagnostiku un ārstēšanu dažādās Eiropas valstīs, darba autore uzsver, ka ģimenes ārsti, medicīnas māsas un citas primārās aprūpes māsas visbiežāk nodrošina aprūpi visās pētījuma valstīs (40). Lielākajā daļā šo valstu vispārējās prakses ārsti darbojas kā starpnieki diagnostikas pārbaudēm un sekundārai aprūpei. Liela problēma agrīnai diagnostikai un ārstēšanai ir **kavēšanas laiks**. Katra valsts meklē alternatīvu laiku, lai noteiktu vēža agrīnu diagnostiku un uzsāktu ārstēšanu laikus.

Pasaules Veselības organizācija uzsver, ka agrīna vēža atklāšana ievērojami palielina veiksmīgas ārstēšanas iespējas, koncentrējoties uz simptomātisku pacientu atklāšanu pēc iespējas agrāk. Kavēšanās vēža ārstēšanā ir izplatīta novēlotajā posmā, jo īpaši **zemu resursu apstākļos un neaizsargātās iedzīvotāju grupās**. Agrīna diagnostika uzlabo vēža iznākumu, nodrošinot aprūpi pēc iespējas ātrāk, un tādēļ tā ir svarīga sabiedrības veselības stratēģija. Ir divi galvenie vēža agrīnās diagnosticēšanas komponenti: izglītība, lai veicinātu agrīnu diagnostiku, un skrīnings. Lielāka iazpratne par iespējamām vēža brīdinošām pazīmēm starp veselības aprūpes sniedzējiem, var būtiski ietekmēt slimības savlaicīgu diagnostiku (41).

Attiecībā uz vairāku lokalizāciju ļaundabīgajiem audzējiem, kas raksturojas ar augstu saslimstību un mirstību, ir pierādīts, ka adekvāts populācijas skrīnings var nodrošināt savlaicīgāku diagnostiku un tādējādi būtiski samazināt mirstību (42). Daudzās pasaules valstīs

jau vairākus gadus ieviests vēža skrīnings – lielu cilvēku grupu pārbaudes, lai atlasītu tos, kuriem ir paaugstināts risks saslimt ar onkoloģiju.

2.3. Skrīnings onkoloģiskiem pacientiem: mūsdienu problēmas un iespējas

„Skrīnings” no angļu valodas tulkojot „screen” nozīmē atklāt vai attēlot uz ekrāna un ir agrīna vēža atklāšanas programma, par ko rūpējas un nodrošina valsts, vienlaikus aktīvi atsaucoties un piedaloties tās iedzīvotājiem (43).

Pasaules Veselības organizācija skrīningu definē kā neapzinātās slimības iespējamā identifikācija acīmredzami veselīgā, asimptomātiskā populācijā, izmantojot testus, izmeklējumus vai citas procedūras, kuras ātri un viegli var piemērot mērķa populācijai (41).

Efektīva skrīninga programma atbilst šādiem kritērijiem: sistemātiskas uzaicināšanas un pēcpārbaudes mehānismi cilvēkiem, kas ar skrīninga testu identificēti kā neparasti konstatējumi; jāpārbauda vairāk nekā 70% no mērķa populācijas; nepieciešamā infrastruktūra un resursi, lai periodiski piedāvātu testu un pienācīgi diagnosticētu un ārstētu tos, kuriem konstatēts vēzis vai priekšlaicīgs bojājums; lai nodrošinātu skrīninga kvalitāti, nepieciešama uzraudzības un novērtēšanas sistēma (41).

Eiropas Savienības Padome 2003. gada 2. decembrī pieņēma rekomendāciju par vēža skrīningu. Rekomendācijā par vēža skrīningu ir atzīts vēža izraisītā sloga nozīmīgums Eiropas iedzīvotājiem un pierādījumi par krūts, dzemdes kakla un kolorektālā vēža skrīninga iedarbīgumu saslimstības izraisītā sloga mazināšanā. (44).

Latvijā 2009.gada tika ieviests organizētais vēža skrīnings – valsts apmaksāta vēža savlaicīgas atklāšanas programma, ņemot vērā ES Padomes 2003.gadā pieņemtās rekomendācijas. Tā ietver: dzemdes kakla vēža skrīningu (ginekoloģiskā apskate, citoloģiskās uztriepes paņemšana un citoloģiskais izmeklējums), ko veic reizi trijos gados sievietēm vecumā no 25 līdz 70 gadiem; kolorektālā (zarnu) vēža skrīningu (slēpto asiņu izmeklējums fēcēs), ko veic reizi gadā sievietēm un vīriešiem vecumā no 50 līdz 74 gadiem; krūts vēža skrīningu ar mamogrāfijas metodi, ko veic divos gados sievietēm vecumā no 50 līdz 69 gadiem.

Nacionālais veselības dienests ziņo, ka Latvijā uz aicinājumu veikt valsts apmaksātu skrīningdianostiku atsaucas pārāk maz iedzīvotāju, kaut arī pēdējo gada laikā atsaucība dalībai vēža skrīningā pakāpeniski palielinās, salīdzinot ar 2009.gadu (skat. 2.1.tabulu).

Skrīninga atsaucības rādītāji

Izmeklējumu veikušo personu skaits/izsūtīto uzaicinājuma vēstuļu skaits periodā	2009.g	2010.g	2011.g	2012.g	2013.g	2014.g	2015.g	2016.g	2017.g
Dzemes kakla vēža skrīnings	14,9%	15,3%	34,5%	26,7%	27,4%	27,8%	25,0%	25,2%	39,0%
Krūts vēža skrīnings	21,1%	19,4%	33,8%	32,7%	34,2%	35,9%	34,9%	27,4%	44,0%
Zarnu vēža skrīnings (populācijas aptvere)	6,95%	7,57%	7,09%	7,63%	9,64%	10,59%	10,9%	11,8%	13,4%

Atsauce: (45)

Uzaicinājums veikt pārbaudi ir cilvēka brīvprātīga izvēle, kuru ietekmē cilvēku dažādi kavējoši faktori, piemēram, informācijas trūkums par savlaicīgu vēža profilaksi, negatīva pieredze, saņemot veselības aprūpes pakalpojumus u.c.

2009. gadā, Latvijā veikts pētījums, kuru organizēja Latvijas universitāte, par organizētā skrīninga norisi un efektivitāti, kurš tika īstenots projekta ESF ietvaros "Agrīnas audzēju diagnostikas un novēršanas starpdisciplinārā izpētes grupā". Pētījuma rezultāti liecināja, ka iemesli novēlotai vēža atklāšanai biežāk ir saistīti ar pašu pacientu (ilgstoša slimības simptomu ignorēšana vai slimības simptomu, bailes veselības problēmu dēļ zaudēt darbu vai bailes no tā, ka finansiāli nevarēs atļauties ārstēšanās procesu), ar medicīnas personālu (neefektīva komunikācija starp ārstu un pacientu) vai veselības aprūpes sistēmu (garās gaidīšanas rindas uz izmeklējumiem) (46).

Vēža skrīninga programmas var sniegt milzīgu ieguvumu plašākā vēža kontroles kontekstā (47).

Latvijā kā viens no būtiskākajiem šķēršļiem savlaicīgai vēža diagnostikai, ir gaidīšanas rindas uz izmeklējumiem vai pie speciālistiem diagnozes noteikšanai un ārstēšanas uzsākšanai. Ja vēža pacientam nav iespējams laikā nodrošināt savlaicīgu atklāšanu, specializētu ārstēšanu un atbilstošu rehabilitāciju, nav iespējams pilnvērtīgi nodrošināt veselības rādītāju uzlabošanu (46).

Latvijā, lai veiktu agrīnu diagnostiku un uzsāktu savlaicīgu ārstēšanu, izveidota sistēma – “zaļais koridors” – iespēja saņemt no valsts budžeta līdzekļiem apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus ātrākos termiņos.

3. "ZAĻAIS KORIDORS" UN ONKOĻOGISKIE PACIENTI

Latvijā no 2016.gada 1.oktobra pacientiem ar aizdomām par onkoloģisko slimību ir izveidots "zaļais koridors", kas paredz iespēju saņemt ātrāku diagnostiku un ārstēšanās uzsākšanu neatkarīgi no gaidīšanas rindām un kvotām uz attiecīgo pakalpojumu. Nepieciešami izmeklējumi diagnozes noteikšanai tiks veikti iespējami ātri, lai uzsāktu pacienta savlaicīgu ārstēšanu un sasniegtu labākus ārstēšanas rezultātus.

3.1. Ministru kabineta noteikumu analīze

Saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem „zaļais koridors” sākumā bija paredzēts tikai 11 audzēju lokalizācijas vietām: krūts, priekšdziedzeris (prostata), āda (izņemot melanomu), resnā un taisnā zarna, bronhi un plaušas, kuņģis, nieres, urīnpūslis, aizkuņģa dziedzeris, dzemde un olnīcas (48).

Lai nodrošinātu ļaundabīgo audzēju sekundāro diagnostiku, veikti grozījumi Noteikumu Nr.1529 131.³ punktā, 34.pielikumā "Ļaundabīgo audzēju primārā diagnostika noteiktām lokalizācijām" kas nosaka papildus nosacījumus prioritārai speciālistu konsultāciju saņemšanai ar nosacījumiem un 36.pielikumā "Ļaundabīgo audzēju sekundārā diagnostika noteiktām lokalizācijām", kas nosaka kārtību kādā ārstniecības iestāde, kurā personai veikta ļaundabīgo audzēju primārā diagnostika, nodrošina konsultāciju pie ārsta speciālista (48, 36 pielikums).

Noteikumi papildināti ar ļaundabīgo audzēju lokalizācijas vietām, kurām ir noteikta izmeklēšanas kārtība atbilstoši audzēju primārās diagnostikas jeb "zaļā koridora" principam: pie resnās un taisnās zarnās vēža lokalizācijas pievienota tūpļa un tūpļa kanāla lokalizācija (Z03.118-Z03.121); centrālās nervu sistēma (Z03.170-Z03.172); vairogdziedzeris (Z03.173); āda – melanoma (Z03.143); aknas un/vai žultsceļi un/vai žultspūslis (Z03.122-Z03.124); lūpas un/vai mutes dobuma un/vai rīkles mutes daļa (Z03.100-Z03.110) (48, 36 pielikums). „Zaļā koridora" princips tiek nodrošināts 16 izplatītākajām ļaundabīgo audzēju lokalizācijām. Noteikumu grozījumu mērķis ir veicināt onkoloģisko slimību agrīnu diagnostiku, saīsināt pacienta ceļu līdz diagnozes noteikšanai, sakārtot izmeklējumu nozīmēšanu un optimizēt specializēto ārstniecības iestāžu speciālistu noslodzi ar pacientiem, kuriem onkoloģiskā diagnoze ir tuvu apstiprinātai.

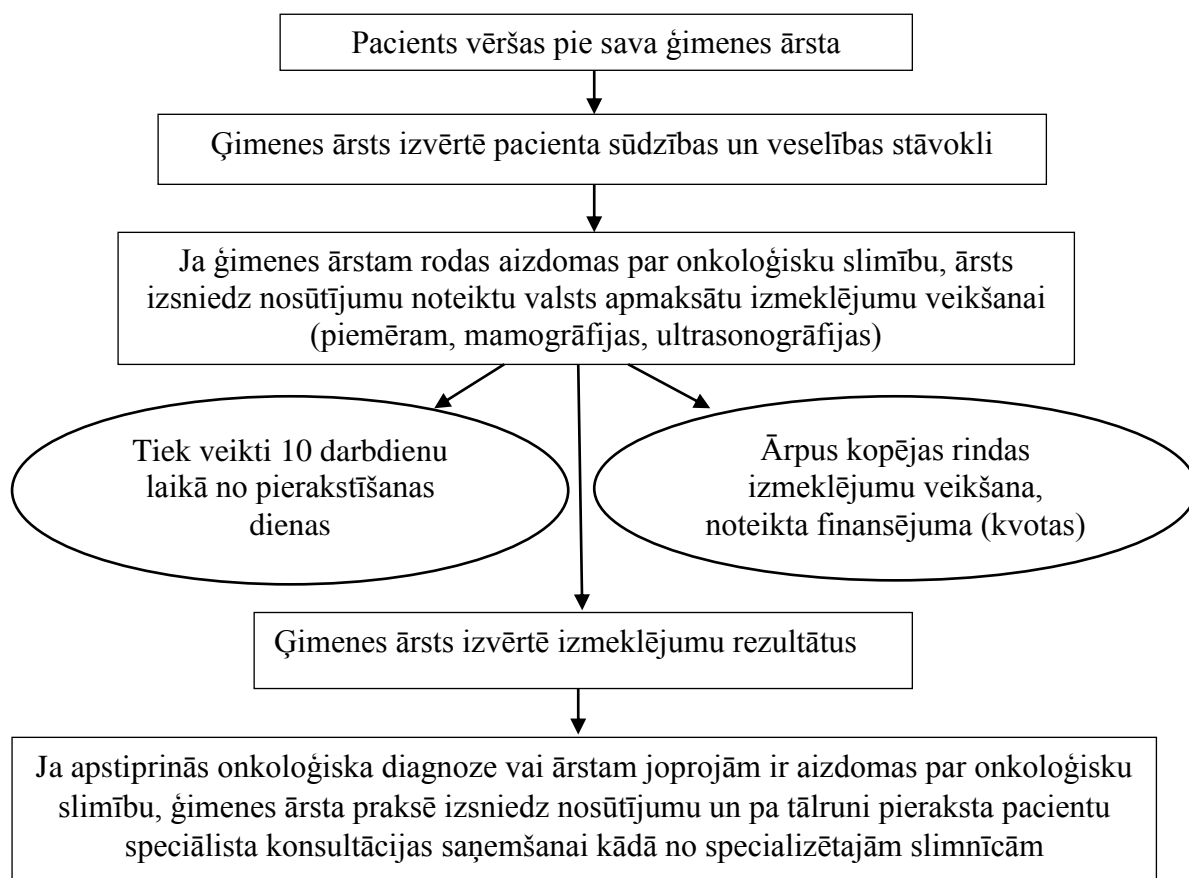
Grozījumi paplašināja arī ārstu loku, kuri ir tiesīgi nosūtīt pacientu prioritārai onkoloģisko slimību diagnostikai. Šādu nosūtījumu varēs izsniegt ne tikai ģimenes ārsti, bet arī ginekologi un ārsti speciālisti piecās specializētajās ārstniecības iestādēs – Rīgas

Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā, Paula Stradiņa Klīniskajā universitātes slimnīcā, Liepājas reģionālajā slimnīcā, Piejūras slimnīcā un Daugavpils reģionālajā slimnīcā. Tādējādi tiks atvieglota paātrināta diagnozes noteikšana.

Ministru kabineta noteikumi 34. pielikumā uzskaitīts ļaundabīgo audzēju primārās diagnostikas algoritms noteiktām lokalizācijām un norādīts, pie kāda speciālista pacientu nepieciešams nosūtīt, ja ārstam rodas aizdomas par noteiktas lokalizācijas audzēju. Piemēram, ar aizdomām par krūts vēzi pacients jānovirza pie ķirurga, kurš specializējas krūts slimību ārstēšanā, ar priekšdziedzera, urīnpūšļa vai nieru vēzi – pie urologa, ar ādas, resnās un taisnās zarnas, kuņģa vai aizkuņģa dziedzera vēzi – pie ķirurga, ar bronhu un plaušu vēzi – pie torakālā ķirurga, ar dzemdes vēzi – pie ginekologa vai onkoloģijas ginekologa, ar olnīcu vēzi – pie ginekologa (48, 34 pielikums).

3.2.Kārtība pacienta izmeklēšanai diagnozes noteikšanai uz zaļo koridori ģimenes ārsta praksē

Ir izstrādāti norādījumi ģimenes ārstiem, kā rīkoties situācijās, ja viņiem ir aizdomas, ka pacientam ir kāda onkoloģiska saslimšana (skat.3.1.attēlu):



3.1.att. Norādījumi ģimenes ārstiem

Ja primārā diagnostika apstiprina aizdomas par ļaundabīgu audzēju, pacientam jānonāk "zaļā koridora" nākamajā posmā. Tādā gadījumā ģimenes ārsts, ginekologs,

dzemdību speciālists vai ieslodzījuma vietas ārsts noformē nosūtījumu, obligāti norāda attiecīgais 34. pielikumā ietvertais diagnozes kods (Z0..) (pacientu neatbilstoša kodēšana var radīt virkni konsekvencu, tostarp gaidīšanu uz izmeklējumu vai pie speciālista) un norādot pacienta sūdzības, slimības simptomus, fizikālās atradnes datus, kas apliecina aizdomas par noteiktas lokalizācijas onkoloģijas slimību, un, kopīgi ar pacientu vienojoties, izvēlas kādu no specializētajām ārstniecības iestādēm un piesaka vizīti pie konkrētās lokalizācijas slimību speciālista. Arī šajā gadījumā specializētajai ārstniecības iestādei ir pienākums nodrošināt konkrētā speciālista konsultāciju 10 darbdienu laikā no dienas, kad pacients, kuram ir veikta ļaundabīgā audzēja primārā diagnostika, pieteikts konsultācijai. To paredz MK noteikumi, kuros teikts ka primārās diagnostikas izmeklējumiem ārpus kvotām var pieteikties jebkurā ārstniecības iestādē, kas nodrošina vajadzīgo pakalpojumu un ir līgumattiecībās ar Nacionālo veselības dienestu. Tātad pacients var brīvi izvēlēties ārstniecības iestādi, kurā veikt vajadzīgos izmeklējumus un patstāvīgi veikt pierakstu uz izmeklējumiem (46). Ja konsultācijas laikā noskaidrojas, ka nepieciešami papildu izmeklējumi, uz tiem, vienojoties ar pacientu, piesaka speciālists. Attiecīgās ārstniecības iestādes pienākums ir nodrošināt, ka sekundārie izmeklējumi tiek veikti tādā termiņā, lai varētu pieņemt lēmumu par pacienta ārstēšanas taktiku mēneša laikā kopš pirmās speciālista konsultācijas. Lēmumu pieņem speciālists vai ārstu konsīlijs.

“Zaļais koridors” domāts, lai uzlabotu ļaundabīgo audzēju primāro diagnostiku, paātrinātu primāro izmeklējumu veikšanu diagnozes pierādīšanai, optimizēt pacientu plūsmu primārās diagnostikas etapā.

3.3. Latvijas onkoloģisko pacientu „zaļā koridora” izmantošanas iespējas

Latvijas Veselības ekonomikas asociācija 2016.gadā veica pacientu aptauju, lai noskaidrotu Latvijas onkoloģisko pacientu iespējas izmantot zaļā koridora priekšrocības. Aptaujas anketā tika izmantoti Lielbritānijas Nacionālā veselības dienesta ikgadējās aptaujas jautājumi. Par vēža pacientu iespējām Latvijā un Lielbritānijā tika iegūti salīdzinājuma dati. Viens no jautājumiem bija ” Cik reizes Jūs apmeklējāt Jūsu ģimenes ārstu, pirms tikāt nosūtīts uz onkoloģisko centru?” Aptaujas dati ziņo, ka Latvijā 35% vēža slimnieku ir devušies uz onkoloģijas centru, izlaižot ģimenes ārsta apmeklējumu, bet Lielbritānijā vairāk par 73% vēža pacientu vismaz vienu reizi un vairāk apmeklē ģimenes ārstu pirms nokļūšanas onkoloģijas centrā. Saskaņā ar skrīninga rezultātiem 10.5% Latvijas pacientu “pa taisno” nonāk slimnīcā, bet Anglijas pacientu 11%. Tie ir pirmie aptaujas rezultāti, un, kā atzīst Latvijas Veselības ekonomikas asociācija Latvijā onkoloģisko pacientu aprūpē ir ļoti vājš ģimenes ārsta posms – pacienti neuzticas ģimenes ārstiem un arī paši ģimenes ārsti baidās izmantot zaļā koridora

iespējas. Aptaujas rezultāti arī uzrādīja, ka Latvijā pacientiem ir nepilnīga informācija par izmeklējumu rezultātiem. 27,6% vēža pacientu atzīst, ka rezultāti viņiem ir izskaidroti pilnībā, bet vairāk nekā trešdaļa atzīst, ka šādu izskaidrojumu viņi nav saņēmuši. Savukārt Lielbritānijā 78% pacientu ir pilnībā apmierināti ar rezultātu skaidrojumu (49).

Analizējot pirmreizējiem pacientiem ieviesto „zaļo koridori” darba autore iepazīnās ar dažu onkologu un ģimenes ārstu viedokļiem par to problēmām un praktiskas rīcības soļiem, ko ārsti gribētu ieraudzīt onkoloģisku pacientu aprūpē.

Asociācijas profesors J. Eglītis, Latvijas Onkologu asociācijas vadītājs uzsver, ka ieviestais „zaļais koridors” pirmreizējiem pacientiem problēmas nav atrisinājis tomēr pacientus, kam ir aizdomas par audzēju, var izmeklēt operatīvi. Ģimenes ārste un pneimonoloģe D. Harasimjuka no Valmieras uzskata, ka šādai veselības aprūpes pakalpojumu pieejamībai vajadzēja būt jau labi sen. Viņa priecājas, ka „zaļais koridors” beidzot ir un funkcionē. Viņa piebilsts, ka viņas praksē bija trīs neseni gadījumi ar aizdomām par onkoloģisku slimību, un cilvēki uz pieņemšanu pie onkologa Rīgā tika desmit dienās (7).

Speciālisti uzsver, ka, kad „zaļais koridors” sāka darboties, onkoloģiska saslimšana tika atklāta nepilniem 60% pacientu, jo daļa pacientu uz konsultāciju pie speciālista ieradās neizmeklēti. Nacionālā Veselības dienesta dati liecina, ka izmantojot „zaļo koridoru”, izmeklēti un konsultēti vairāk nekā 700 pacienti ar aizdomām par onkoloģisku slimību. Speciālisti apgalvo, ka katru nedēļu ierodas vidēji 68 pacienti uz konsultāciju Latvijas Onkoloģijas centrā. 72% onkoloģiskā diagnoze tiek apstiprināta, bet 28 % — aizdomas neapstiprinās (7).

J. Eglītis apgalvo, ka „zaļais koridors” atklāja, ka gremošanas trakta audzēju gadījumā ir labāka situācija, bet ar krūts veidojumiem, ginekoloģiskām un uroloģiskām problēmām, kur visbiežāk izmanto tikai ultrasonogrāfiju, mamogrāfiju, ir problemātiskāka un diagnoze bieži neapstiprinās. Lielākā daļa pacientu ar krūts audzēju, no trim līdz piecām pirmreizējām pacientēm, pašas satausta veidojumu un nāk uz pieņemšanu onkoloģijas centrā, ārpus „zaļā koridora” (7).

Ar “zaļo koridoru” vairāk tiek akcentēts diagnostikas etaps agrīnai pirmreizējo vēža gadījumu atklāšanai un ārstēšanas uzsākšanai. Latvijas Veselības ekonomikas asociācija uzskata, ka “zaļajam koridoram” ir jāiekļauj pilns slimības vadības cikls – ne tikai diagnostika, bet arī ārstēšana un novērošana. Veselības tehnoloģiju novērtējums ir jāpiemēro visos trīs “zaļā koridora” etapos, nosakot precīzu un detalizēti aprakstītu pacientu virzību, kustību, efektīvāko diagnostikas metožu un ārstēšanas algoritmu. Piemēram, uzsākot precīzāku diagnostiku, jāparedz līdzekļi atbilstošu efektīvu terapiju nodrošināšanai (49).

Lai efektīvi piedalītos diagnostikas procesā, nepieciešams sagatavot veselības aprūpes speciālistus, piemēram, sniegt daudzveidīgu informāciju, izglītēt un apmācīt. Lai precīzi un savlaicīgi diagnosticētu, ir nepieciešama sadarbība starp veselības aprūpes speciālistiem, pacientiem un viņu ģimenes locekļiem (50). Darba autore, piekrīt un uzskata, ka jebkuras slimības ne tikai onkoloģiskās agrīna diagnoze un sakārtota likumdošana veselības jomā sniedz pacientiem iespēju slimības stāvoklī dzīvot kvalitatīvi un pilnvērtīgi, izprotot esošo situāciju, māsa ir tuvākais cilvēks, kas var sniegt pilnvērtīgu informāciju.

3.4.Māsas aprūpes loma diagnostikas procesā

Pēdējo gadu pētījumi, piemēram, GD.Šifs (*Schiff GD*) atzīmē, ka jaunā diagnozes paradigma ir tāda, ka to veic labi koordinēta cilvēku grupa, kas kopīgi sadarbojas – veselības aprūpes speciālistu grupas – ārsti, ārstu palīgi, māsas, laboratorijas speciālisti, radiologi utt., pacienti un viņa ģimene (51.) Veselības aprūpes jomā komandu darbu raksturo kā „dinamisku procesu, kurā iesaistīti divi vai vairāki veselības aprūpes speciālisti ar pieredzi un iemaņām, kopīgi nosakot veselības mērķus un veic saskaņoti fiziskus un garīgus pasākumus, novērtējot, plānojot pacientu aprūpi. Lai to panāktu, izmanto savstarpēji saistītu sadarbību, atklātu komunikāciju un kopīgu lēmumu pieņemšanu” (52).

E.DSala (*Salas E.D*). un viņa līdzautori aprakstīja diagnostikas komandu darbu kā savstarpēji saistītu personu sadarbību, kuras mērķis ir precīzi un savlaicīgi izskaidrot pacienta veselības problēmas (53).

Amerikas Rehabilitācijas medicīnas māsu asociācija uzsver, ka māsām ir liela loma skrīningu veicināšanā un agrīnā vēža atklāšanas stadijā un ar to saistīto ārstēšanu (pilnvērtīgas un aktīvas diagnostikas komandas loceklis, ar iespēju iepazīstināt savus novērojumus un secinājumus citiem komandas locekļiem). Viņa veicina pacientu iesaistīšanos diagnostikas procesā, aktīvi uzklusot pacientu par viņu apmeklējuma iemesliem (sūdzības par veselības problēmām), dokumentējot simptomus, novērtējot svarīgākās pazīmes un nododot šo informāciju citiem klīniskiem ārstiem. Māsu zināšanas par vēža un ārstēšanas veidiem ir būtiskas (50; 54).

Māsas arvien vairāk uzņemas vadošo lomu pacientu aprūpes uzlabošanā (55). Ir konstatēts, ka uzlabotas aprūpes iespējas ir saistītas ar augstu pacientu apmierinātību (56).

Māsas nodrošina komunikāciju un aprūpes koordināciju starp diagnostikas komandas locekļiem, laika gaitā novēro pacientu, lai noskaidrotu un identificētu, vai pacienta kurss atbilst ārstēšanas diagnozei (50).

Vēža diagnostika un tā turpmākā ārstēšana var izraisīt fizisku, emocionālu, psiholoģisku un garīgu distresu, kas negatīvi ietekmē dzīves kvalitāti (54). Māsa novērtē

pacienta fizisko un emocionālo stāvokli, iepriekšējo veselības vēsturi, pacienta un ģimenes zināšanas par slimību un tās ārstēšanu. Novērtējot pacienta izpratni par slimību un ierosināto terapiju, ir būtiska nozīme, lai likvidētu trauksmi un izstrādātu aprūpes plānu (57).

MS.Currants (*Curran MS*). klīniskā asistente Māszinības nodaļā Towson universitātē iesaka ieteikumus māsām, kas uzlabo diagnostiku un palīdz pacientiem tikt galā ar vēža diagnozi aprūpes laikā (58; 59):

- 1) pacienta izglītība par diagnozi, izmeklējumiem un ārstēšanu;
- 2) palīdziet optimizēt saziņu starp pacientu un aprūpes komandu: pievērst uzmanību diagnostikas komandai par pacientu simptomiem, pazīmēm, sūdzībām, pārbaudīt pacientu izpratni par viņu diagnozi;
- 3) vadīt viņu veselības aprūpi – pacients reaģē uz ārstēšanu, kā paredzēts;
- 4) veikt dokumentēšanu;
- 5) atbildēt uz pacienta un ģimenes jautājumiem;
- 6) sniegt padomu un atbalstu;
- 7) novērtēt pacienta sapratni par ņemto informāciju;
- 8) palīdzēt pacientiem emocionālajās un psiholoģiskajās problēmā, kas rodas, ja diagnoze vēl nav zināma vai ir zināma kā slikta;
- 9) novērtēt pacienta ģimenes un draugu vēlmi, pieejamību un elastīgumu kā atbalstošus aprūpētājus;
- 10) sniegt informāciju pacientiem un ģimenei par vietējiem atbalsta centriem un atbalsta grupām;
- 11) veicinot socializāciju un atbalstu no citiem pacientiem un ģimenēm, lai samazinātu izolāciju ārstēšanas laikā.

PT.Rīgers (*Rieger PT*) un CH.Jabro (*Yarbro CH*) atzīmē, ka māsai bieži vien ir labākas iespējas, nekā jebkuram citam veselības aprūpes komandas loceklim, lai attīstītu nepieciešamo informāciju par efektīviem izglītības pasākumiem ar pacientiem un viņu ģimenēm. Pacienta un viņa ģimenes sadarbība ar māsu sākas vēl pirms terapijas un turpinās terapijas laikā un pēc tās. Izglītība ietver strukturētu un nestructurētu pieredzi, lai palīdzētu pacientiem tikt galā ar viņu diagnozi, ilgtermiņa korekcijām un simptomiem, iegūt informāciju par profilaksi, diagnostiku un aprūpi un attīstīt prasmes, zināšanas un attieksmi, lai saglabātu vai atgūtu veselības stāvokli. Šī plānotā izglītība izmanto tādu metožu kombināciju, kas vislabāk atbilst pacienta vajadzībām, spējām un mācīšanās stilam (57).

Māsai ir būtiska nozīme daudzu un sarežģītu tehnoloģiju koordinēšanā, kuras parasti izmanto vēža diagnostikā un ārstēšanā. Šī koordinācija ietver tiešu pacientu aprūpi,

dokumentāciju medicīniskajā izrakstā, piedalīšanās terapijā, simptomu vadība, gan pacientu, gan ģimenes izglītība, kā arī konsultācijas visā diagnozes, terapijas un kontroles laikā (57).

Ir vairāki paņēmieni un stratēģijas, kuras māsa var izmantot, lai uzlabotu komunikāciju un pacientu iesaistīšanos diagnostikā un ārstēšanā. Viena no visvairāk pazīstamajām metodēm, kurā māsa izskaidro pacientiem jēdzienu un pēc tam lūdz pacientam atkārtot viņas teiktos vārdus. Māsa novērtē, vai pacients saprata, ko teica ārsts, ja pacients nespēj izskaidrot koncepciju, māsa izmanto citu pieeju, lai uzlabotu pacienta izpratni. Pacientu līnisko komunikāciju var uzlabot, izmantojot skaidru un vienkāršu valodu, veicinot jautājumus, aktīvi klausoties, ļaujot pacientam runāt bez pārtraukuma un reaģēt uz pacienta emocijām. Šādi paņēmieni var arī palīdzēt dažiem pacientiem pārvarēt bailes, apspriest un sniegt informāciju, kas varētu būt vērtīga diagnostikas procesā. Ja pacients ir apjucis vai nemierīgs, viņiem var būt mazāka iespēja rūpīgi un precīzi uzzināt savus simptomus un veselības problēmas. Pacienta ģimenes iekļaušana viņa aprūpē var veicināt pacienta izpratni par saslimšanu un ārstēšanas procesu (60).

Darba autore uzsver, ka rūpīga pacienta sagatavošana uzlabo ārstēšanas programmu un ietekmē ārstēšanas rezultātus.

4.PĒTNIECISKĀ DAĻA

4.1.Pētījuma metodoloģija

Lai darba autore sasniegtu pētījuma „Zaļā koridora” darbības principi onkoloģisko pacientu aprūpē” mērķi, tika veikts kvalitatīvs pētījums, ar kura palīdzību autore ieguva informāciju, pētīja viedokļu dažādību un meklēja atbildes uz jautājumiem. Pētījuma instruments - daļēji strukturēta intervija – tā ir saruna, kuras laikā var uzzināt dalībnieku viedokli, pievēršot uzmanību detaļām, un iegūt pamatotus secinājumus.

Pētījumā piedalījās 8 respondenti – ģimenes ārsta prakses māsas.

Lai veiktu pētījumu ģimenes ārsta praksēs, tika lūgtas rakstiskas atļaujas apliecinot, ka veicot intervijas tiks ievērots privātums un konfidencialitāte, un dati būs anonīmi (skatīt 2. pielikumu).

Tika veikts pilotpētījums ar diviem respondentiem, kura rezultātā autore secināja, ka pētījuma jautājumi ir saprotami un atbilst pētījuma mērķim.

Pētījums tika veikts laika posmā no 12.03.2018.g. līdz 15.04.2018.g. Pirms intervijas, katrs dalībnieks individuāli, mutiski tika informēts par pētījuma mērķi, par iegūtās informācijas anonimitāti un konfidencialitāti atbilstoši pētniecības ētikai, kā arī tika lūgta respondenta piekrišana intervijai. Intervijas tika veiktas respondentiem ērtā vietā un laikā.

Tika sagatavoti 8 jautājumi (skatīt 1 pielikumu). Respondentiem uzdotie jautājumi balstījās uz pētījuma teorētiskās daļas un literatūras analīzi.

4.1.1 tabula

Intervijas norises datums un ilgums.

Intervijas numurs	Datums	Intervijas ilgums
A	08.03.2018.	10:42
B	12.03.2018.	16:34
C	19.03.2018.	09:08
D	19.03.2018.	09:19
E	19.03.2018.	16:29
F	22.03.2018.	11:54
G	23.03.2018.	17:05
H	26.03.2018.	17:25

Pirmais jautājums māsai ir par to, kam un ar kādu mērķi ir izveidots „Zaļais koridors”. Otrais jautājums māsai ir par to, vai viņai ir sniegta pilnvērtīga informācija un pilnvaras, lai rīkotos atbilstoši "Zaļā koridora" mērķiem. Trešais jautājums māsai ir par viņas viedokli, kurš no ģimenes ārstu prakses speciālistiem sagatavo nosūtījumu, un kāda informācija ir norādīta, lai pacients „Zaļā koridora” ietvaros varētu pierakstīties uz diagnostiskiem izmeklējumiem. Ceturtais jautājums māsai ir par „Zaļā koridora” pacientu sūdzībām fizikālās izmeklēšanas un anamnēzes iegūšanas laikā. Piektais jautājums ir par māsas iespēju sniegt palīdzību, atbalstu un aprūpi „Zaļā koridora” onkoloģiskajiem pacientiem. Sestais jautājums māsai ir par atgriezenisko saiti ar primārās un sekundārās aprūpes speciālistiem pēc pacientu virzīšanas „Zaļajā koridorī”. Septītais jautājums ir par māsas viedokli par to, vai „Zaļajā koridorī” būtu jāiekļauj pilns slimības vadības cikls: diagnostika, ārstēšana, novērošana. Astotais jautājums ir māsas viedoklis par pacientiem, kuri pabeiguši vēža ārstēšanas kursu, pastāvīgu uzraudzību un nepieciešamības gadījumā atkārtotu iesaistīšanu “Zaļajā koridorī”.

Katra respondenta intervija tika ierakstīta diktafonā, pēc intervijas veidota transkripcija – intervijas apraksts. Visi respondenti pētījumā piedalījās labprātīgi. Datu apstrādes apkopošanai autore izmantoja intervijas kontentanalīzi un satura detalizētu aprakstu Intervijā iegūtās atbildes tika apstrādātas pēc A.Kroplija metodes(61). Intervijas plānu skatīt pielikumā (skatīt 1. pielikums).

4.2. Pētījuma rezultāti un analīze

Pētījumā tika apkopotas astoņas respondentu sniegtās intervijas.

Pirmais jautājums bija veidots, lai noskaidrotu, ar kādu mērķi ir izveidots “Zaļais koridors” (skatīt 3.pielikums.4.1. tabulu).). Izanalizējot visas intervijas šajā jautājumā, autore noskaidroja, ka „Zaļā korodora” mērķis ir veikt atru un savlaicīgu izmeklēšanu, diagnosticēšanu un ārstēšanu pacientiem ar aizdomām uz onkoloģisku saslimšanu. To apliecināja respondentu A un B teiktais “ *Zaļais koridors izveidots pacientiem ar onkoloģiskām saslimšanām, lai ātrāk tiktu veikti izmeklējumi* “ Jāņem vērā, ka liela loma ir arī agrīnai diagnostikai. To apliecināja respondentu A,C,B, un G teiktais, ka Zaļais koridors “*ir izveidots onkoloģiskiem pacientiem, lai pēc iespējas ātrāk tiktu pie speciālistiem, uz diagnosticēšanu.*”

Neatņemama sastāvdaļa Zaļajā koridorī ir precīza vēža diagnostika, lai to nodrošinātu ir svarīga agrīna speciālista nodrošināšana. To apliecināja respondenta E teiktais “*lai pacients, kam ir aizdomas uz ļaundabīgu audzēju, ātrāk tiktu pie speciālista.*” Intervijas laikā darba

autore noskaidroja, ka ir šķēršļi savlaicīgai vēža diagnostikai. To apliecināja respondenta A teiktais *“pacientiem tomēr nākas gaidīt kādu mēnesi.”*

Analizējot intervijas pirmā jautājuma atbildes, tika noskaidrots, ka „Zaļā koridora” pamatprincips ir savlaicīgi izmeklējumi.

Otrais jautājums ir veidots, lai noskaidrotu, vai māšai tiek sniegta pilnvērtīga informācija un pilnvaras rīkoties atbilstoši „Zaļā koridora” mērķiem (skatīt 4.pielikums.4.2. tabulu). Darba autore vēlējās noskaidrot, kādu informāciju un pilnvaras māsa saņem darbojoties ģimenes ārsta praksē. Analizējot interviju atbildes, tika noskaidrots, ka ģimenes ārsts ir atbildīgais speciālists par pacientu nosūtīšanu „Zaļā koridora” ietvaros. Viss, kas attiecas uz „Zaļo koridori” saskaņo ģimenes ārsts, sazvānās „pa tiešo”, sagatavo nosūtījumus, dod norīkojumus.

Respondents B apliecināja, ka *“ģimenes ārstiem ir atsūtīta informācija par Zaļo koridori, to mērķiem, rīcības plānu”*. Savukārt respondents A teica, ka *“par nosūtīšanu pie speciālistiem atbild ģimenes ārsts”*, bet respondents D piebilda *“mūsu ģimenes ārsta praksē pilnvaras ir ģimenes ārstam”*.

Analizējot intervijas tālāk, darba autore noskaidroja, ka ir ģimenes ārsta prakses, kurās māšai ir pieejama informācija un pilnvaras darboties „Zaļā koridora” ietvaros. To apliecināja respondents C sakot, ka *“jā, ir pieeja. Ministru Kabineta noteikumi ar visiem priekšnosacījumiem, ar kādām diagnozēm un izmeklējumu atradnēm pacients tiek ietverts Zaļā koridora pierakstīšanās sistēmā”*, respondents A, ka *“ar ārsta ieteikumu māšas sazvānās un piesaka pacientu konkrētā iestādē”* savukārt respondents C, un respondents F ka *“ir dotas pilnvaras no ģimenes ārsta, lai var rīkoties pacientu nosūtot Zaļajā koridorī”*. Arī respondents B teica, ka *“ svarīgi ir sazvānīt un nodrošināt pacientam konsultācijas, lai saņemtu speciālista viedokli”*. Analizējot intervijas tālāk, darba autore noskaidroja, ka ir ģimenes ārsta prakses, kurās netiek pilnvarotas māšas darboties Zaļā koridora ietvaros. Respondents D stāstīja, ka *“māsa iesaistās tikai tad, kad ārsts nav pieejams”*, bet respondenti E un G teica, ka *“māšai pilnvaras nav”*.

Respondentu atbildes liecināja, ka ne visās ģimenes ārsta praksēs māšai tiek sniegta pilnvērtīga informācija un pilnvaras darboties ar pacientu atbilstoši Zaļā koridora mērķiem.

Trešais jautājums ir veidots, lai noskaidrotu, kurš no ģimenes ārstu prakses speciālistiem sagatavo nosūtījumu, un kāda informācija ir norādīta, lai pacients „Zaļā koridora” ietvaros varētu pierakstīties uz diagnostiskiem izmeklējumiem (skatīt 5.pielikums.4.3. tabulu).

Darba autore vēlējās noskaidrot, kurš ģimenes ārsta praksē sagatavo dokumentāciju pacienta nosūtīšanai uz izmeklējumiem un kurš ir pilnvarotais speciālists. Analizējot respondentu atbildes autore uzzināja, ka ģimenes ārsts sagatavo nosūtījumu, kurā ir informācija par analīžu, izmeklējumu rezultātiem, kas liecina par aizdomām uz onkoloģisku saslimšanu. To apliecina respondenti D,B sakot, ka *”ģimenes ārsts pats organizē un piesaka pacientu pie speciālista. Visu organizē pats”*. Ir arī ārsta prakses, kurās ārsts pilnvaro ārsta palīgu. To apliecina respondenti A,C,F teiktais, ka *”nosūtījumu sagatavo ģimenes ārsts vai ģimenes ārsta prakses ārsta palīgs”*. Ir ģimenes ārsta prakses, kurās ārsts pilnvaro māsu, to apliecina respondents E sakot, ka *”norīkojumu praktiski raksta māsa – diagnozes un izmeklējumus raksta ārsts”*.

Respondentu atbildes liecināja, ka ģimenes ārsts, rakstot nosūtījumu, precīzi noformē veiktos diagnostiskos izmeklējumus un analīžu rezultātus. Tas tiek darīts, ja ir veiktas ģimenes ārsta praksē analīzes un ārstam, vai kādam ģimenes ārsta prakses komandas dalībniekam ir aizdomas par ļaundabīgu saslimšanu. To apliecina respondenti A un C sakot, ka *”nosūtījumā tiek ietverta informācija no visiem iepriekš veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem un analīzēm, saslimšanas anamnēzē tiek norādītas visas blakussaslimšanas, jā tādas ir. Tiek norādīti lietotie medikamenti un pacienta personīgie dati”*. Arī respondents F teica, ka *”iekļauj nosūtījumā visu pieejamo par pacientu: personīgo informāciju un iespējamo diagnozi”*.

Analizējot respondentu atbildes, iegūtie dati liecināja, ka visa informācija pacientam tiek sniegta rakstiskā veidā, jo šis laiks priekš viņa ir psiholoģiski smags. Māsas darbības ģimenes ārsta praksē Zaļā koridora ietvaros aprobežojās tikai ar speciālista sazvanīšanu. To apliecina respondents A sakot, ka *”māsa sazvana un piesaka pacientu, lai nav jāstāv rindā pie onkologa”*. Pārsvārā liela loma ir ģimenes ārstam, kuram ir visa informācija par onkoloģiskām saslimšanām, ir speciāli kontakttālruni, kuri ir pieejami tikai ģimenes ārstam un pa kuriem arī tiek pieteikti pacienti uz Zaļā koridora izmeklējumiem. To apliecina respondents G sakot, ka *”ģimenes ārsts personīgi pacienta klātbūtnē sazvana ambulatoro nodaļu, pieraksta pacientu”*.

Apkopotās respondentu atbildes liecināja, ka pilnvarotais speciālists dokumentu sagatavošanā pārsvārā ir ģimenes ārsts un ārtsta palīgs, retos gadījumos – māsa. Nosūtījumā tiek ietverta visaptveroša informācija par pacienta veselības stāvokli.

Ceturtais jautājums ir veidots, lai noskaidrotu, ar kādām „Zaļā koridora” pacientu sūdzībām saskarās māsa, veicot fizikālās izmeklēšanas un iegūstot anamnēzi (skatīt 6.pielikums.4.4. tabulu). Analizējot respondentu atbildes, autore noskaidroja, ka, vadoties no

izmeklējumu rezultātiem, ģimenes ārsts ir vadošā persona, kas nosūta pacientu tālākai izmeklēšanai. To apstiprina respondents A un respondents G sakot, ka *“virzot pa Zaļo koridori visa sadarbība notiek ar ģimenes ārstu”*.

Lai ģimenes ārstam būtu šādas pilnvaras, ir nepieciešams saņemt analīžu un izmeklējumu rezultātus. Ārsts pats, vadoties pēc izmeklējuma rezultāta, raksta, ka vajag onkologa konsultāciju. Pārsvārā tie ir pacienti ar hroniskām saslimšanām, kur viens speciālists sūta pie nākamā speciālista, lai precizētu diagnozi. Akūti pacienti parasti ir reti. Respondents A apgalvo, ka *“pacients griežās pie ģimenes ārsta jau ar analīžu rezultātiem, vai arī ir bijis jau pie onkologa, un nāk jau ar iespējamu diagnozi”* un respondents C, ka *“ir pacienti, kuriem veicot klīniskās analīzes un nosakot onkomarķierus ir pozitīva atradne un tiek konstatēta novirze no normas”*. Arī respondents D apstiprina, ka *“nāk pacienti jau ar konkrētiem izmeklējumiem”*.

Analizējot respondentu atbildes, darba autore uzzināja, kāda ir māsas saskarsme ar pacientu sūdzībām anamnēzes ievākšanas laikā. Respondents E apgalvo, ka *“māsa atsevišķi anamnēzi neievāc un pacienta izvērtēšanā neiesaistās, to veic ārsts. Ģimenes ārsta praksē pacienta pieņemšanas laikā māsa ir blakus un dzird sūdzības”*. Bet respondents G apgalvo, ka *“māsa ar pacienta sūdzībām nesaskaras, Māsai nākas vienīgi uz klausīt. Mans uzdevums pacientu pārliecināt, ka ir jābrauc un ir jāārstējās, jo uzsākot savlaicīgi ārstēšanu pastāv iespēja izārstēties”*. Māsai saskarsmē ar pacientu nākas saskarties ar novēlotu diagnostiku. To apliecina respondents B sakot, ka *“pacienti griežas pēc palīdzības novēloti un māsa ir tā, kura pirmā saprot, ka iespējams ir par vēlu”*. To apstiprina arī respondents C sakot, ka *“ir pacienti, kas nāk ar ikdienišķu sūdzību, un aizdomas par onkoloģisku saslimšanu jau rodas ģimenes ārsta prakses darbiniekiem, māsai vai ārstam, ievācot slimības anamnēzi, veicot papildus diagnostiskos izmeklējumus”*. Turpinot analizēt respondentu atbildes, autore uzzināja, ka ir zinoši pacienti par Zaļo koridori un ir pacienti, kuriem nav nojausmas par to. To apliecina respondents C sakot, ka *“ir pacienti, kuri jau nāk ar lūgumu nosūtīt uz Zaļo koridori pie onkologa, jo to ir ieteikuši citi speciālisti, vai informāciju ir ieguvis pats”*. Tomēr ne visi pacienti ir zinoši, to apstiprina respondenta F teiktais, ka *“Zaļā koridorī ir arī jāgaida, nav tā, ka uzreiz tiek. Šodien zvanu un trīs dienu laikā pacients tiek pieņemts, tā nenotiek, tulītēja piekļūšana nav iespējama”*. Sakarā ar Zaļā koridora nepiejamību pacientiem rodas negatīvas emocijas, kas ir balstītas uz pacienta neziņu. Par to runā respondents B apliecinot, ka *“māsa saskarās ar pacienta neziņu un bailēm”*. Savukārt respondents G apliecina, ka *“mazā ģimenes ārsta praksē laukos pacienti pieraduši, ka viss ir tepat pa rokai, un māsa visu sazvana un noorganizē. Rīgā viņi ir apjukuši, nezina ko darīt, kā rīkoties”*.

Respondentu sniegtās atbildes liecināja, ka māsa pārsvarā neveic fizikālās izmeklēšanas un neievāc pacienta anamnēzi. Ar pacientu saskarsme notiek veicot medicīniskās manipulācijas, vai atrodoties vienā kabinetā ar ģimenes ārstu. Māsa saskarās gan ar zinošiem pacientiem, gan ar nezinošiem pacientiem saistībā ar Zaļā koridora darbību.

Piektais jautājums ir veidots, lai noskaidrotu kādas ir māsas iespējas sniegt palīdzību, atbalstu un aprūpi „Zaļā koridora” onkoloģiskajiem pacientiem (skatīt 7. pielikums.4.5. tabulu). Darba autore vēlējās noskaidrot, kāda ir māsas prakse sniedzot atbalstu onkoloģiskiem pacientiem. Analizējot respondentu atbildes, autore uzzināja, ka, veicot veselības aprūpi onkoloģiskajiem pacientiem, ģimenes ārsta prakses māsa, dodoties mājas vizītēs, seko līdzī pacienta veselības stāvoklim, un ir liels atbalsts. To arī apstiprināja respondents E sakot, ka *“māsai ir lielas iespējas sniegt palīdzību”*. Savukārt respondents A teica, ka *“sazvanu speciālistu, lai pacients tiktu ātrāk, lai nebūtu pacientam pašam jāsasvanās”*. Tas ir tādēļ, ka māsa ir tā, kas sniedz pacientam vispārēju informāciju, to apstiprināja respondents C sakot, ka *“māsas uzdevums ir palīdzēt un izskaidrot Zaļā koridora būtību un darbību. Pierakstīt pacientu uz vizīti vai diagnostiskajiem izmeklējumiem caur Zaļo koridori un izglīto pacientu”*.

Ģimenes ārsta praksē māsa arī darbojās kā izglītotāja, to apstiprināja respondents D sakot, ka *“ģimenes ārsta praksē tā ir izglītošana par to, kas ir Zaļais koridors, kas pacientam jā dara, kur jāvērsās neskaidrību gadījumos. Iedot interneta avotus, telefona numuru, kur pacients var uzdot pats viņam interesējošus jautājumus”*. Arī respondents H teica, ka *“tajā brīdī, kad Zaļais koridoris tiek piedāvāts, palīdzēt pastāstīt, kur ātrāk veikt izmeklēšanu, palīdzēt atrast stacionāru, atbalsta grupu, potes, injekcijas”*.

Ja pacients ir zinošs, viņam ir vieglāk uzņemt māsas sniegto informāciju un pieņemt emocionālu atbalstu. Māsa darbojoties ar pacientu, veicot viņa veselības aprūpi, pilnvērtīgi informē, kas jāņem līdzī, kur jā dodās, ko darīs, kas ar viņu notiks, un nomierina pacientu, lai nav satraucies. Māsas emocionālo atbalstu pacientam apstiprināja respondenti G, F, C sakot, ka *“sniedzu psiholoģisku atbalstu, runājos ar pacientu noņemot analīzes un veicot citas manipulācijas. Pārsvarā ir psiholoģisks atbalsts, nomierināšana, uzklauššana”*. Arī respondents B apstiprināja, ka *“māsai ir iespēja sniegt morālu atbalstu, motivēt, uzmundrināt pacientu”*. Savukārt respondents A uzsvēra, ka *“ieteiktu griezties pie psihologa, lai pacients varētu izrunāt savu sāpi, bailes un neziņu. Iespējams pacientam paliks vieglāk un viņš būs emocionāli stabilāks”*.

Māsa, pacientam sniedzot medicīnisku aprūpi, viņu atbalsta arī morāli. Šajā periodā māasai ir vistiešākā saskarsme ar pacientu. To apstiprināja respondenti C un D sakot, ka *“ja*

kādam pacientam vajadzīga aprūpe saistībā ar konkrētām sūdzībām, tā tiek veikta. Tad, kad pacients atgriežas ar jau diagnosticētu saslimšanu, pēc veiktām manipulācijām un ārstēšanas, tad notiek brūču aprūpe”. Arī respondents E to apliecināja sakot, ka “ja vajag, māsa veic injekcijas, ja operētā brūce sulo- veic brūces apkopšanu, pārsiešanu, stomas aprūpi un citas nepieciešamās manipulācijas”.

Lai pacients pēc vajadzības ātrāk nokļūtu „Zaļajā koridorī” vai uz ārstēšanu, māsa no savas puses ne vienmēr var palīdzēt. Ir ģimenes ārsta prakses, kurās vispār māsa netiek iesaistīta. To apliecināja respondents C sakot, ka “*sākuma stadijā, kad pacients tiek virzīts uz Zaļo koridori, notiek saslimšanas diagnostika, sevišķa aprūpe nav nepieciešama, jo pacients tiek virzīts pa koridori diagnostikas nolūkos*” un respondents G apstiprināja, ka “*aprūpe kā tāda nav bijusi vajadzīga*”. Kā arī respondents D atzīmēja, ka “*ģimenes ārsta prakses māsiņām saskarsme ir neliela*”

Respondentu sniegtās atbildes liecināja, ka ģimenes ārsta praksē veicot veselības aprūpi, māsas uzdevumi ir sniegt pacientiem profesionālo atbalstu, emocionālo atbalstu, veikt izglītošanas un izskaidrošanas darbus.

Sestais jautājums ir veidots, lai noskaidrotu, vai ir atgriezeniskā saite ar primārās un sekundārās aprūpes speciālistiem pēc pacientu virzīšanas „Zaļajā koridorī” (skatīt 8.pielikums.4.6. tabulu).

Darba autore vēlējās noskaidrot, kāda ir sadarbība un komunikācija starp speciālistiem un ģimenes ārsta prakses sadarbība „Zaļā koridora” ietvaros. Kā viens no galvenajiem kritērijiem veiksmīgai sadarbībai ir informācijas apmaiņa starp speciālistiem. Ģimenes ārsta praksē tā pārsvarā notiek tikai ar paša pacienta starpniecību. To apliecināja respondents H sakot, ka “*ar informatīvo apmaiņu ir sarežģīti un ar jebkuru speciālistu samērā grūti, jo informācijas apmaiņa notiek ar pacienta starpniecību. Pacienti paši nāk ar izrakstu*”. Pārsvarā pacienti ir atradušies stacionārā un pie ģimenes ārsta jau nāk ar konkrētu ārstniecības plānu, to apliecināja respondenti A un D sakot, ka “*pacients ir gulējis slimnīcā un viņš nāk jau ar diagnozi*”. Arī respondenti B un C to apstiprināja sakot, ka “*nāk atpakaļ ar norādēm, kur griezties tālāk ar izmeklējumiem un analīzēm. Tiek norādīti tālākie izmeklējumi, kas nepieciešami*”. Arī respondents G apstiprināja, ka “*visi atgriežas no Zaļā koridora ar konkrētām norādēm, kas ģimenes ārstam ir jā dara, kādi medikamenti, kādas papildus izmeklēšanas. Nevienš neatgriežas atpakaļ ar tukšām rokām*”.

Jebkurā ārstniecības posmā pacientam ir svarīga sadarbība ar ģimenes ārstu, bet respondentu atbildes liecināja, ka Zaļā koridora ietvaros vistiešākā sadarbība ar ģimenes ārstu ir tajā posmā, kad nepieciešama darba nespējas lapas noformēšana. To apliecināja respondenti

A un E, ka *“pacients atgiežas no Zaļā koridora, lai kārtotu darba nespējas lapu pie ģimenes ārsta ar izrakstu, kurā ir speciālista vērtējums par to, kas ir darīts un kas ir veikts”*. Nereti veidojās situācijas, kad ģimenes ārsti netiek informēti par ārstēšanas gaitu. Par to liecina respondenta C teiktais, ka *“ģimenes ārsta prakse netiek informēta rakstiski, kā tālāk notiek ārstēšana”*. Savukārt respondents F atzīst, ka ne visa informācija ir pilnvērtīga, kas nonāk līdz ģimenes ārstu praksei.

Atrodoties „Zaļā koridorī”, pacientiem vairāk sanāk sadarboties ar konkrētu speciālistu. To apliecina respondenti A un C sakot, ka *“sadarbība vairāk ar onkologu, Visu iepriekšējo ārstēšanās periodu pacients sadarbojas ar speciālistu- onkologu. Ārstēšana, analīzes, izmeklējumi, terapija un medikamenti tikai sadarbībā ar onkologu”*.

Uzklausot respondentu atbildes, darba autore pārlicinājās, ka speciālistu pieejamība „Zaļā koridora” ietvaros ir labā līmenī. Par to liecināja respondentu B un C teiktais, ka *“ar Zaļā koridora palīdzību pacients tiek pie speciālistiem pāris dienu laikā”*.

Ir gadījumi, kad informācija no Zaļā koridora speciālistiem pie ģimenes ārsta nonāk nepilnīga, ir informācija tikai par diagnozi, nav norādes par veiktajām manipulācijām. To apliecina respondents C sakot, ka *“atgriezeniskā saite ir švaka, no speciālistiem netiek saņemta pilnvērtīga informācija. Labākajā gadījumā ir izraksti uz U27 formas ar sausu diagnozi. Ir gadījumi, diemžēl, kad vispār atpakaļ neatnāk nekāda informācija. Atgriezeniskā saite nestrādā”*. Savukārt respondenti D un F ģimenes ārsta praksēs notiek *“atgriezeniskā saite ir ar izrakstiem. Informācija par pacienta ārstēšanu atpakaļ atnāk”*.

Ir arī tādas ģimenes ārsta prakses, kurās nav bijusi saskarsme ar Zaļā koridora pacientiem. Par to liecina respondenta H teiktais, ka *“par Zaļo koridori neko nevaru teikt, jo šādi pacienti vēl nav bijuši”*.

Lai veicinātu pacienta emocionālo atbalstu tiek piesaitīti viņa piederīgie. Par to liecināja respondenta G teiktais, ka *“pacientam psiholoģiski ir grūti, nolaižas rokas, bet saņemās un brauc. Daudz piederīgie iesaistās un jautā, palīdz”*.

Respondentu sniegtās atbildes apstiprināja, ka atgriezeniskā saite ar primārās un sekundārās aprūpes speciālistiem katrā ģimenes ārsta praksē ir dažāda. Tā ir atkarīga no ģimenes ārsta kompetences, speciālistu pieejamības, savstarpēji atgriezeniskās saites un pacienta emocionālā stāvokļa.

Septītais jautājums ir veidots, lai noskaidrotu, māsas viedokli par to, ka „Zaļajā koridorā” būtu jāiekļauj pilns slimības vadības cikls: diagnostika, ārstēšana, novērošana (skatīt 8.pielikums.4.7. tabulu).

Darba autore vēlējās noskaidrot, māsas viedokli par vadības ciklu un kāds ir terapijas process. Respondenti uzskata, ka ārstēšanas procesā būtu jāiekļauj diagnostika, ārstēšana, novērošana. To apstiprināja respondenti B, E, H, G un C sakot, ka *“domāju, ka būtu jāiekļauj pilns slimības vadības cikls. Esmu tikai par šādu risinājumu, kā pilnu slimības vadības ciklu”*. Arī respondents D apstiprināja, ka *“zaļajā koridorī ir jāveic pilns vadības cikls: jādiagnosticē, jāārstē, jānovēro. Jā, tas prasa laiku, būs rindas”*. Respondents F apgalvo, ka *“tas ir tas, kam tur būtu jābūt, nevis tikai ātrai diagnostikai, bet arī tālākai ārstēšanai, kas citos gadījumos velkas ilgi. Nekas momentā nenotiek. Ar diagnostiku ir par maz, vajag uzreiz uzsākt ārstēšanu, bet vienmēr ir ilgi jāgaida rindās”*. Respondenta A viedoklis atšķirās, viņš domā, ka *“pacients jāatstāj speciālista-onkologa ziņā”*.

Onkoloģiskas saslimšanas diagnosticēšana ir atkarīga no speciālista onkologa, par to liecina respondenta D teiktais, ka *“domāju, ka pacients jāatstāj speciālista-onkologa ziņā”*. Respondents H apstiprina, ka *“savādāk neredzu jēgu, ja ātri diagnosticē, bet pēc tam nevar ātri ārstēt”*. Diagnostika notiek savlaicīgi un ātri, bet atduras pret tālāko ārstēšanas gaitu. Par to liecina respondenta G teiktais, ka *“zaļā koridorī pacients nokļūst nosacīti ātri un diagnozi uzstāda ātri, bet tālāk sākas rinda, tur ātrums apstājās, ārstēšana paliek lēnāka. Bet šiem pacientiem katra minūte ir dārga”*.

Ir ģimenes ārsta prakses, kurās trūkst zināšanu par onkoloģiskajām saslimšanām un to novērošanu. Respondents uzskata, ka pacienta novērošana un ārstēšana būtu jāatstāj speciālista- onkologa ziņā, kurš ir zinošs par onkoloģiskām saslimšanām. To apliecina respondents C sakot, ka *“diemžēl onkoloģisko saslimšanu skaits ir ļoti liels Latvijā. Pacientam jānovērojas ilgtermiņā pie onkologa, kurš ir zinošs par pacientu. Speciālists var nolemt, kādi izmeklējumi, kāda novērošana un cik bieža ir nepieciešama ilgtermiņā”*. Ņemot vērā saslimšanas specifiku būtu vēlams atrasties speciālista nepārtrauktā uzraudzībā. To apstiprina respondenta B teiktais, ka *“jo onkoloģiskām saslimšanām ir arī pasliktināšanās fāzes, tām jāseko līdzī. Svarīgi, lai nepalaistu garām izmaiņas veselības stāvoklī, lai pacients būtu uzraudzīts, lai varētu atkal sūtīt pacientu pie speciālista”*.

Speciālistu – onkologu kompetencē ietilpst pacientu ārstēšana un diagnožu pārzināšana, par ko liecināja respondenta A teiktais, ka *“speciālists zina konkrēto pacientu, pārzina slimības, ārstēšanās un terapijas gaitu. Domāju, ka izmaiņas pacienta veselībā onkologs pamanītu ātrāk”*. To arī apliecina respondents C sakot, ka *“tam speciālistam, kas*

strādā ar onkoloģiskajiem pacientiem ir jābūt onkologam. Nevis sākumā onkoloģisko pacientu apārstē onkologs, pēc tam novēro ģimenes ārsts”.

Uzklausot respondentu atbildes, autore uzzināja, ka ir pacienti, kuri ģimenes ārsta praksi apmeklē novēloti, vai neapmeklē vispār. To apstiprināja respondents A *“nav daudz pacientu, kuri būtu jāvirza pa Zaļo koridori”*. Nesavlaicīga griešanās pie ģimenes ārsta un nolaidīga attieksme pret savu veselību ir apdraudējums pacientam, kā rezultātā pasliktinās viņa dzīves kvalitāte. Par to liecināja respondenta C teiktais, ka *“ šīs saslimšanas ir cilvēka dzīvības termiņus saīsinošas un savlaicīgi nenovērojot pacientu, nediagnosticējot recidīvu, pacients var ciest”*.

Respondentu sniegtās atbildes apstiprināja, ka slimības vadības cikls ir atkarīgs no savlaicīgas diagnostikas, novērošanas un terapijas. Pacienta dzīves kvalitāte ir atkarīga no atbildības par savu veselību, no ģimenes ārsta prakses apmeklējuma.

Astotais jautājums ir veidots, lai noskaidrotu, kāds ir māsas viedoklis par pacientu, kuri pabeiguši vēža ārstēšanas kursu, pastāvīgu uzraudzību un nepieciešamības gadījumā atkārtotu iesaistīšanu *“Zaļajā koridorī”* (skatīt 8.pielikums.4.8. tabulu).

Darba autore vēlējās noskaidrot māsas viedokli par patstāvīgu uzraudzību „Zaļā koridora” ietvaros. Kā ģimenes ārsta prakses nodrošina pacientu uzraudzību un vai tas ir nepieciešams.

Analizējot respondentu atbildes, darba autore pārlicinājās, ka pacientu uzraudzība ir nepieciešama, par ko liecināja respondentu C un D teiktais, ka *“noteikti. Te arī ir tā runa, kas pie onkoloģiskām saslimšanām ir iespējami recidīvi. Jā, obligāti, tas māasai noteikti ir jādara”*. Arī respondenti B un A apliecināja, ka *“pacientu pēc vēža ārstēšanas regulāri vienreiz pusgadā vai gadā ir jāpārbauda”*. Respondents E izsaka savu viedokli, ka *‘patstāvīgi uzraudzīt un atkārtoti iekļaut tos pacientus, kuri ārstēšanos ir uzsākuši laicīgi un šajā posmā ir veseli”*. Šajā atveseļošanās posmā ir ļoti svarīga pacienta atbildība par savu veselību. To apstiprināja respondenta H teiktais, ka *“medicīnas personālam nav jāmeklē rokā un jāieinteresē pacients par viņa veselību, tāpat tas netiek novērtēts. Nav iespējams visus apsekot”*.

Pacientu veselība ir atkarīga arī no māsas atbildības. To apstiprina respondenta D teiktais, ka *“zinot vēža attīstības fāzes gaitas, remisijas fāzes un uzplaisnījumus, māasai jāieklausās pacienta sūdzībās, jābūt kontaktam, lai māsa var turēt roku uz pulsa. Nepieciešamības gadījumā ziņot ģimenes ārstam, konsultēties”*. Māasai ir svarīgi kontrolēt pacienta vitālos rādītājus un analīžu rezultātus. To apstiprināja respondentu A un B teiktais,

ka māsai jāpārlicinās “vai nepasliktinās analīžu rādītāji, vai neveidojas vēža šūnas. Šiem pacientiem mēdz būt remisijas fāzes un pasliktināšanās periodi”. Arī respondents C apstiprināja, ka “lai to savlaicīgi diagnosticētu, novērstu onkoloģisko saslimšanu izplatību, notiek disiminācija organismā, tas viss jādara savlaicīgi. To var panākt tikai ar novērošanu un savlaicīgu diagnosticēšanu”.

Pēc Zaļā koridora apmeklēšanas, pēc respondentu domām, turpmākais pacientu veselības stāvoklis jāatstāj viņa ārstējošā onkologa kompetencē. To apstiprināja respondenti B un G sakot, “ domāju, ka obligāti 1 x gadā jānodod analīzes, jāseko līdzi pacienta veselības stāvokim tiem speciālistiem, kas to jau ir darījuši un labi pārzina pacientu, slimības specifiku un gaitu. Analīzes nodot paliek onkologa ziņā”.

Intervējot respondentus, darba autore uzzināja par ģimenes ārsta kompetenci „Zaļā koridora” ietvaros, to apstiprināja respondenta B teiktais, ka “ ģimenes ārstam jāpievēršas tikai tiem pacientiem, kuri ir akūti, jāsazinās un jānosūta uz Zaļo koridori”. Līdztekus ārstam mēs nevaram aizmirst par māsas lomu pacienta dzīvē. Viena no viņas galvenajām kompetencēm ir pacientu izglītošana. Par to liecina respondenta H teiktais, ka “katrs pats ir atbildīgs par savu veselību, līdz ar to pacients ir jāizglīto par to, ka pašiem ir jāuzņemas atbildība par savu veselību, pašiem jāiet pie ārstiem, pie speciālistiem, pašiem jāpārbaudās un jākontrolē savs veselības stāvoklis”.

Analizējot respondentu atbildes par Zaļā koridora būtību, daba autore noskaidroja, ka ir dažādi viedokļi. Liela nozīme tiek uzsvērtā komandas darbam, to apstiprināja respondents C sakot, ka “Ja mēs to nedarīsim, tad diemžēl pirmā ārstēšanas kursa pabeigšana un pacienta atstāšana tālāk novārtā, nedos to rezultātu, ko sākumā iecerājām”, un respondenta D teiktais” nepieciešama atgriezeniskā saite: māsa-ārsts-speciālists-pacients, kamēr pacients ar diagnozi vēzis nebūs pilnībā izārstēts”.

Darba autore, klausoties respondentu atbildēs, uzzināja, ka Zaļais koridors ir vienreizējs pasākums, lai diagnosticētu saslimšanu. Pēc tam pacientu ārstē konkrēts speciālists- onkologs. To apstiprināja respondents G sakot, ka “ Zaļais koridoris ir pirmais trieciens, pēc tam viss onkologa ziņā”. Savukārt respondenti E un D apstiprināja, ka “ kārtējās analīzes, izmeklēšanas tur nē, savādāk Zaļais koridors pazaudēs savu jēgu, būs kārtējais pieraksts pie speciālista”. Par Zaļā koridora mērķi respondentiem ir atšķirīgi viedokļi. Respondents C domā, “vai šis jautājums ir Zaļā koridora ietvaros vai onkologa vizītes ietvaros , tas ir kā Valsts gatava to ietvert. Zinot, cik grūti pieejamas speciālistu konsultācijas un onkoloģijas pacienti ir sevišķi īpaša kategorija, kurai ir vajadzīgas sava veida prioritātes, arī plānveidā novēroties. No Valsts puses nākot pretī onkoloģijas pacientiem, šis būtu labs solis, kur Zaļais koridors strādātu ilgtermiņā”.

Savukārt respondents F uzskata, ka *“jā, būtu gan patstāvīgi jāuzrauga, jo daudzi vēži atkārtojas, bet to nevajag Zaļā koridora ietvaros, jo tās ir pirmreizējas ātras saslimšanas diagnostikas iespējas”*.

Respondentu sniegtās atbildes apstiprināja, ka onkoloģiska pacienta ārstēšanas procesā ir svarīga pacientu monitorēšana, kas sevī ietver pacienta uzraudzību un viņa atbildību par savu veselību. Ārstēšanas process ir komandas darbs, kurā katrs speciālists atbild par savām kompetencēm. „Zaļā koridora” būtība sastāv no mērķa, veikt saslimšanas ātru diagnostiku.

SECINĀJUMI

Analizējot pētījuma rezultātus, darba autore secināja:

1. Interviju datu analīze parāda, ka māsas darbības principi „Zaļā koridora” pacientu aprūpē ir sniegt pacientiem emocionālu atbalstu, veikt izglītošanas un izskaidrošanas darbus.
2. Visi respondenti uzskata, ka „Zaļā koridora” pamatprincips ir savlaicīgi izmeklējumi onkoloģiskajiem pacientiem.
3. Septiņi respondenti atzīmē, ka pilnvarotais speciālists dokumentu sagatavošanā ir ģimenes ārsts un ārtsta palīgs. Viens respondents atzīst, ka retos gadījumos, pilnvaras sagatavot dokumentus, „Zaļā koridora” mērķiem ir māsai.
4. Datu analīze parāda, ka saskarsme starp māsu un pacientu notiek, tikai veicot medicīniskās manipulācijas. Aptaujātie respondenti atzina, ka neveic fizikālās izmeklēšanas un neievāc pacienta anamnēzi.
5. Datu analīze parāda, ka atgriezeniska saite ar primāras un sekundārās aprūpes speciālistiem pēc pacientu virzīšanas „Zaļajā koridorī” notiek caur medicīniskajiem izrakstiem un ar mutiskas informācijas apmaiņu starp pacientiem un ģimenes ārstu prakses darbiniekiem. Pieci respondenti uzskata, ka informācijas apmaiņa ir atbilstoša darba vajadzībām, bet divi respondenti uzskata, ka tā ir nepilnīga.
6. Apkopojot pētījuma rezultātus, septiņi respondenti atzīmēja, ka „Zaļajā koridorī” svarīgi būtu iekļaut pilnu vadības ciklu, kas sastāvētu gan no diagnostikas, gan no novērošanas un terapijas.

IZMANTOTAS LITERATŪRAS UN AVOTU SARAKSTS

1. **Marta GN, Del Nero LG, Marta GN, Mangabeira A, Critchi G, Kovács MJ, Silva JL, Saad ED.** Treatment priorities in oncology: do we want to live longer or better? *Clinics (Sao Paulo)*. 2014 Aug;69(8):509-14. PMID: PMC4129550
2. **Roope R.** The importance of early diagnosis in cancer patients. *Nursing in practice*. 2015/ 11.
3. **Paparde I.** Pētījums: no kā mirst cilvēki Latvijā? 11.marts 2013. [tiešsaiste]. [atsauce 20.01.2018.]. Pieejams: <http://nra.lv/latvija/90712-petijums-no-ka-mirst-cilveki-latvija.htm>
4. **Bune E.** *Diskutē par jauno onkoloģijas rīcības plānu.* Veselības ministrija. 06.10.2016. [tiešsaiste]. [atsauce 20.01.2018.]. Pieejams: www.lvportals.lv/print.php?id=282354
5. **Belēvičs G.** *Pārbaudi veselību, valsts maksā! jeb Kā laikus atklāt vēzi?* 2015/10. 8 lpp. arsts.lv.
6. *Apstiprināts plāns onkoloģijas pacientu aprūpes uzlabošanai.* Latvijas Republikas Veselības ministrija. 2017/05. [tiešsaiste]. [atsauce 20.01.2018.]. Pieejams:www.vm.gov.lv > Aktualitātes > Preses relīzes.
7. **Pastore K., Kalniņa I., Štoka E.** Prioritārā onkoloģija? "Zaļais koridors" un onkoloģiskie pacienti. *Doctus*. 2017/05.
8. **Alligood MR, Marriner-Tomey A.** Nursing theorists and their work: Utilization & application, Elsevier Health Sciences. *St. Louis: Mosby*, 2014, pp. 281–293.
9. **Ahmadi Z., Sadeghi T.** Application of the Betty Neuman systems model in the nursing care of patients/clients with multiple sclerosis. *Mult Scler*. August 18, 2017
10. **Graham MM, Lindo A, Bryan V, et al.** Factors associated with stress among second year student nurses during clinical training in Jamaica. *J Prof Nurs* 2016; 32: 383–391
11. **Laže I., Gusakova O., Bladiko E., Mockus I., Āmara G., Dupure I., Strode I.** *Onkoloģiskās aprūpes māsas papildspecialitāte.* Mācību materiāls. Latvijas Universitāte. Nacionālais apgāds, 2009, 206 lpp.
12. **Lobova N. u.c.** *Ambulatorās aprūpes māsas pamatspecialitāte.* Mācību materiāls. Latvijas Universitāte. Vita Saulīte, Inese Paudere, Ina Mežiņa-Mamajeva, Inga Odiņa, Sanita Krankale, Iveta Kārklīņa. Nacionālais apgāds, 2009, 357 lpp.

13. **Cossu G, Saba L, Minerba L, Mascalchi M.** Colorectal Cancer Screening: The Role of Psychological, Social and Background Factors in Decision-making Process. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2018 Mar 21;14:63-69. PMID:29643929.
14. **Perez-Diez A., Morgun A., Shulzhenko N.** Microarrays for Cancer Diagnosis and Classification. 2013. [tiešsaiste]. [atsauce 20.01.2018.]. Pieejams: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK6624/>
15. **Arndt V, Stürmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Dhom G, Brenner H.** Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany – a population based study. *British Journal of Cancer*. April 2002, 86, 1034–1040 (08).
16. **Jutel, A.** Sociology of diagnosis: A preliminary review. *Sociology of Health and Illness*. 2009, 31(2):278–299
17. **Holmboe, ES., Durning SJ.** Assessing clinical reasoning: Moving from in vitro to in vivo. *Diagnosis*. 2014, 1(1):111–117
18. **Elliss-Brookes L, McPhail S, Ives A, Greenslade M, Shelton J, Hiom S, Richards M.** Routes to diagnosis for cancer–determining the patient journey using multiple routine data sets. *Br J Cancer*. 2012, 107(8): 1220–1226. PMID: 22996611
19. **Walter F, Webster A, Scott S, Emery J.** The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis. *J Health Serv Res Policy*. 2012, 17(2): 110–118.
20. **Elliss-Brookes L¹, McPhail S, Ives A, Greenslade M, Shelton J, Hiom S, Richards M.** Routes to diagnosis for cancer - determining the patient journey using multiple routine data sets. *Br J Cancer*. 2012 Oct 9;107(8):1220-6. PMID:22996611
21. **Abel GA, Shelton J, Johnson S, Elliss-Brookes L, Lyratzopoulos G.** Cancer-specific variation in emergency presentation by sex, age and deprivation across 27 common and rarer cancers. *Br J Cancer* 2015, 112: S129–S136. PMID: 25734396.
22. **Zhou Y., Mendonca SC., Abel GA., Hamilton W., Walter FM., Johnson S., Shelton J., Elliss-Brookes L., McPhail S., Lyratzopoulos G.** Variation in ‘fast-track’ referrals for suspected cancer by patient characteristic and cancer diagnosis: evidence from 670 000 patients with cancers of 35 different sites. *British Journal of Cancer* 2018, pages 24–31.
23. **Shephard EA, Neal RD, Rose P, Walter FM, Litt EJ, Hamilton WT** Quantifying the risk of multiple myeloma from symptoms reported in primary care patients: a large case–control study using electronic records. *Br J Gen Pract*. 2015, 65(631): e106–e113. PMID: 25624306

24. **Zwaan, L., Singh H.** The challenges in defining and measuring diagnostic error. *Dianosis (Berl)* 2015. (2): 97-103. PMID: PMC4779119.
25. **Emmett, KR** Nonspecific and atypical presentation of disease in the older patient. *Geriatrics*. 1998, 53 (2): 50-52, 58-60. PMID:9484285.
26. **Jašarević T., Garwood P.** Early cancer diagnosis saves lives, cuts treatment costs. 2017. gada 3. febr. [tiešsaiste]. [atsauce 20.01.2018.]. Pieejams: www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/early-cancer-costs/en/
27. **Rutqvist LE:** Waiting times for cancer patients--a "slippery slope" in oncology. *Acta Oncol.* 2006, 45: 121-123. PMID:16546856
28. **Vedsted P, Olesen F.** Early diagnosis of cancer: the role of general practice. *Scand J Prim Health Care.* 2009, 27(4):193–194 PMID: PMC3413909
29. **Hansen RP., Vedsted P., Sokolowski I., Sondergaard J., Olesen F.** Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. *BMC Health Services Research.* 2011, 11:284
30. **Jensen AR., Nellemann HM., Overgaard J.** Tumor progression in waiting time for radiotherapy in head and neck cancer. *Radiother Oncol.* 2007, 84: 5-10. PMID:17493700
31. **Swann R., McPhail S., Witt J., Shand B., Abel GA., Hiom S., Rashbass J., Lyratzopoulos G., Rubin G.** Diagnosing cancer in primary care: results from the National Cancer Diagnosis Audit. *Br J Gen Pract* 18 December 2017
32. **Pickover E.** NHS takes 40 days to diagnose patients with cancer, study finds. 19 December 2017. [tiešsaiste]. [atsauce 20.01.2018.]. Pieejams: [www.independent.co.uk](http://www.independent.co.uk/news/health) > News > Health
33. Association of the Nordic Cancer Registries. [tiešsaiste]. [atsauce 20.01.2018.]. Pieejams: www.ancr.nu.
34. **Goodwin N.** Diagnostic delays and referral management schemes: how 'integrated' primary care might damage your health. *Int J Integr Care.* 2008;8:e78.PMID:19209243
35. World Health Organization. *Guide to cancer early diagnosis.* 2017. [tiešsaiste]. [atsauce 20.01.2018.]. Pieejams: apps.who.int/iris/bitstream/10665/254500/1/9789241511940-eng.pdf
36. Cancer Research UK. Bowel cancer, Breast cancer, Ovarian cancer, Lung cancer survival statistics. 2015.
37. **National Cancer Intelligence Network (NCIN).** *Routes to Diagnosis.* 2010.

38. **Robb K, Stubbings S, Ramirez A, et al.** Public awareness of cancer in Britain: a population-based survey of adults. *British journal of cancer*. 2009;101 Suppl (S2):S18–23
39. National Awareness and Early Diagnosis Initiative (NAEDI). Public awareness of cancer in Britain: A Report for the National Awareness and Early Diagnosis Initiative. 2008
40. **Brown S., Castelli M., Hunter D., Erskine J., Vedsted P., Foot C., Rubin G.** How might healthcare systems influence speed of cancer diagnosis: A narrative review. *Soc Sci Med*. 2014, Sep; 116(100): 56–63. PMID: PMC4124238
41. WHO/Early detection of cancer [tiešsaiste]. [atsauce 29.01.2018.]. Pieejams: www.who.int/cancer/detection/en/.
42. **Upmale S., Rozentāle G., Skrulle J.** *Savlaicīgi ar skrīningu atklājamiem ļaundabīgiem audzējiem*. Rīga: Sabiedrības veselības aģentūra. 2007, 42 lpp.
43. **Vaivode I.** Kas ir vēža “skrīnings”? Onkoloģijas *Vēstis*. 2013/2, 9 lpp.
44. Komisijas paziņojums Padomei, Eiropas Parlamentam, Eiropas Ekonomikas un sociālo lietu komitejai un Reģionu komitejai: Padomes 2003. gada 2. decembra ieteikuma par vēža skrīningu īstenošana (2003/878 /EK) — COM(2008) 882.
45. Datu avots: Nacionālās veselības dienests, 2016. [tiešsaiste]. [atsauce 20.01.2018.]. <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/veza-savlaicigas-atklanas-programma/programmas-rezultati>.
46. *Par Veselības aprūpes pakalpojumu onkoloģijas jomā uzlabošanas plānu 2017.-2020. gadam*. Ministru kabineta rīkojums Nr. 269. Rīgā 2017. gada 31. maijā (prot. Nr. 28 39. §). *Latvijas Vēstnesis*", 108 (5935), 02.06.2017.
47. **Ponti A., Anttila A., Ronco G., Senore C.** Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. *International Agency for Research on Cancer*. May 2017.
48. Veselības aprūpes organizēšanas un finansēšanas kārtība. Ministru kabineta noteikumi Nr.1529. Pieņemts: 17.12.2013. Stājas spēkā: 31.12.2013. Publicēts: "Latvijas Vēstnesis", 253 (5059), 30.12.2013.
49. Latvijas Veselības ekonomikas asociācija. *Veselības ekonomists*, 2017. gada oktobris / Nr. 9, 9 .lpp.
50. **Balogh EP., Miller BT.&Ball JR.** *Improving diagnosis in health care*. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2015, 444 p.
51. **Schiff, GD.** Diagnosis and diagnostic errors: Time for a new paradigm. *BMJ Quality and Safety* 2014b. 23(1):1–3.

52. **Xyrichis, A.& Ream E.** Teamwork: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2008. 61(2):232–241.
53. **Salas E., DiazGranados D., Weaver S. J.&King H.** Does team training work? Principles for health care. *Academic Emergency Medicine*. 2008. 15(11):1002–1009.
54. **Reigle BS., Campbell GB., Murphy KB.** *Cancer Rehabilitation and the Role of the Rehabilitation Nurse* Association of Rehabilitation Nurses. 2017, 15 p.
55. **Godsell G.** Introduction to skin cancer nursing. *British Journal of Nursing* 2009. 18:240-243
56. **Wong FK, Chung LC.** Establishing a definition for a nurse-led clinic: structure, process, and outcome. *Journal of Advanced Nursing*. 2006, 3: 358-369
57. **Rieger PT., Yarbrow CH.** Role of the Oncology Nurse. From Holland-Frei Cancer Medicine, 6th edition. Section 18: Oncology Nursing. Chapter 71. Principles of Oncology Nursing. BC Decker.2003.
58. **Curran MS.** Helping your patients cope with a cancer diagnosis. *Nursing made Incredibly Easy*: July-August 2011 - Volume 9 - Issue 4 - p 55–56.
59. **Curran MS.** Helping Patients Cope with a Cancer Diagnosis: Assessing and Managing Emotional Responses. *Oncology Times*: October 10th, 2012 - Volume 34 - Issue 19 - p 3–4.
60. **Nouri SS., Rudd RE.** Health literacy in the “oral exchange”: An important element of patient–provider communication. *Patient Education and Counseling* 2015, 98(5):565–571
61. **Kropļijs A., Raščevska M.** *Kvalitatīvās pētniecības metodes sociālajās zinātnēs*. Rīga: RaKa, 2004.

PIELIKUMI

Labdien!

Mani sauc Sanita Jansone, esmu Latvijas Universitātes bakalaura studiju programmas Māszinības studente. Lūdzu, Jūs piedalīties pētījumā "Zaļā koridora" darbības principi onkoloģisko pacientu aprūpē", pētījuma mērķis ir noskaidrot "Zaļā koridora" māsas darba principus onkoloģisko pacientu aprūpē. Jums tiks nodrošināta konfidencialitāte, intervija ir pilnībā anonīma. Iegūtie dati tiks izmantoti tikai mana bakalaura darba izstrādei.

Dalība pētījumā ir brīvprātīga. Vēlos lūgt Jūsu atļauju intervijas ierakstīšanai diktofonā.

Piedalīšanās pētījumā nekādi neietekmēs Jūsu turpmāko darbību.

Intervija

- 1. Kam un ar kādu mērķi ir izveidots „Zaļais koridors”?**
- 2. Kāds ir Jūsu viedoklis, vai Jums ir sniegta pilnvērtīga informācija un pilnvaras, lai rīkotos atbilstoši "Zaļā koridora" mērķiem?**
- 3. Kurš no ģimenes ārstu prakses speciālistiem sagatavo nosūtījumu, un kāda informācija ir norādīta, lai pacients „Zaļā koridora” ietvaros varētu pierakstīties uz diagnostiskiem izmeklējumiem?**
- 4. Fizikālās izmeklēšanas un anamnēzes iegūšanas laikā ar kādām „Zaļā koridora” pacientu sūdzībām māsas saskaras?**
- 5. Kādas ir māsas iespējas sniegt palīdzību, atbalstu un aprūpi „Zaļā koridora” onkoloģiskajiem pacientiem?**
- 6. Kāda ir atgriezeniska saite ar primāras un sekundārās aprūpes speciālistiem pēc pacientu virzīšanas”Zaļajā koridorī”?**
- 7. Kāds ir Jūsu viedoklis par to, ka „Zaļajā koridorā” būtu jāiekļauj pilns slimības vadības cikls: diagnostika, ārstēšana, novērošana?**
- 8. Kāds ir Jūsu viedoklis kā māasai vai pacientus, kas pabeiguši vēža ārstēšanas kursu, ir nepieciešams pastāvīgi uzraudzīt un nepieciešamības gadījumā atkārtoti iesaistīt “Zaļā koridora” ietvaros?**

Paldies!

Iesnieguma paraugs

Latvijas Universitātes Medicīnas fakultātes
Profesionālās augstākās izglītības
Bakalaura studiju programmas
‘‘Māszinības’’ studentes
Sanitas Jansones

Iesniegums

Lūdzu atļaut veikt bakalaura darba pētījumu ‘‘ ‘‘Zaļā koridora’’ darbības principi onkoloģisko pacientu aprūpē’’ Jūsu vadītajā ģimenes ārstu praksē laika periodā no 12.03.2018.g. līdz 15.04.2018.g. Iegūtie dati būs anonīmi, konfidenciāli un tiks izmantoti tikai manā bakalaura darbā. Iesniegumam pievienoju intervijas jautājumus.

09.03.2018.

Sanita Jansone

Iestādes ētikas komisija iepazinusies ar intervijas jautājumiem un neiebilst pētījuma veikšanai veselības aprūpes iestādei.

Māsas viedoklis par to, kam, un ar kādu mērķi ir izveidots „Zaļais koridors”

Satura vienības	Kategorija	Jēdziens
(A) Lai iespējamie onkoloģijas pacienti ātrāk tiktu uz izmeklējumiem. (B), (D) Zaļais koridors izveidots pacientiem ar onkoloģiskām saslimšanām, lai ātrāk tiktu veikti izmeklējumi. (H) Lai pacienti, kuriem ir aizdomas par saslimšanu, ātrāk tiktu uz izmeklējumiem.	Onkoloģijas pamatprincipi	Zaļā koridora būtība
(A), (C) Ātrākā laikā un savlaicīgi tiktu diagnosticēta slimība. (B) Pēc iespējas ātrāk agrīni varētu diagnosticēt onkoloģiskās saslimšanas stadijas. (D) Konstatēta diagnoze. (G) Ir izveidots onkoloģiskiem pacientiem, lai pēc iespējas ātrāk tiktu pie speciālistiem, uz diagnosticēšanu.	Agrīna diagnostika	
(B) Pacients ar onkoloģisko saslimšanu ātri tiktu pie speciālista. (C), (A), (F) Pēc iespējas ātrāk uzsākt onkoloģisko saslimšanu ārstēšanu. (E) Lai pacients, kam ir aizdomas uz ļaundabīgu audzēju, ātrāk tiktu pie speciālista.	Agrīna speciālista nodrošināšana	Precīza vēža diagnostika
(A) Pacientiem tomēr nākas gaidīt kādu mēnesi.	Šķēršļi savlaicīgai vēža diagnostikai	

Māsas viedoklis par to, vai viņai ir sniegta pilnvērtīga informācija un pilnvaras, lai rīkotos atbilstoši "Zaļā koridora" mērķiem

Satura vienības	Kategorija	Jēdziens
(A) Par nosūtīšanu pie speciālistiem atbild ģimenes ārsts. (B) Ģimenes ārstiem ir atsūtīta informācija par Zaļo koridori, to mērķiem, rīcības plānu. (D) Mūsu ģimenes ārsta praksē pilnvaras ir ģimenes ārstam. (E) visu par Zaļo koridori saskaņo ģimenes ārsts. Viņš sazvanās pa tiešo, sagatavo nosūtījumus, dod norīkojumus. (G) Ģimenes ārsta praksē, kurā strādāju, to dara ģimenes ārsts.	Atbildīgais speciālists	Pilnvērtīga informācija un pilnvaras
(A) Ar viņa ieteikumu māsas sazvanās un piesaka pacientu konkrētā iestādē. (B) Svarīgi ir sazvanīt un nodrošināt pacientam konsultācijas, lai saņemtu speciālista viedokli. (C). Ir dotas pilnvaras no ģimenes ārsta, lai var rīkoties pacientu nosūtot Zaļajā koridorī. (F) Māsai pilnvērtīga informācija ir dota un pilnvaras arī ir dotas.	Māsas pilnvaras	
(D) Māsa iesaistās tikai tad, kad ārsts nav pieejams. (E) Māsai pilnvaras nav. (G) Kā māsai nē. (H) Neesmu saskārusies tieši kā Zaļā koridora pielietojumu un informācija, nevarētu teikt ka būtu pilnvērtīga un gana laba, līdz ar to nezinu par pilnvarām.	Māsas neiesaistīšanās	
(B) Lai agrīni noteiktu onkoloģiskās saslimšanas stadiju.	Agrīna diagnostika	
(C) Jā, ir pieeja. Ministru Kabineta noteikumi ar visiem priekšnosacījumiem, ar kādām diagnozēm un izmeklējumu atradnēm pacients tiek ietverts Zaļā koridora pierakstīšanās sistēmā.	Māsai pieejamā informācija	

Māsas viedoklis par to, kurš no ģimenes ārstu prakses speciālistiem sagatavo nosūtījumu, un kāda informācija ir norādīta, lai pacients „Zaļā koridora” ietvaros varētu pierakstīties uz diagnostiskiem izmeklējumiem.

Satura vienības	Kategorija	Jēdziens
<p>(A), (C), (F) Nosūtījumu sagatavo ģimenes ārsts vai ģimenes ārsta prakses ārsta palīgs.</p> <p>(D), (B) Ģimenes ārsts pats organizē un piesaka pacientu pie speciālista. Visu organizē pats.</p> <p>(E) Norīkojumu praktiski raksta māsa – diagnozes un izmeklējumu raksta ārsts.</p> <p>(H) Domāju, ka ģimenes ārstam būtu jā sagatavo nosūtījums, kurā būtu informācija par analīžu, izmeklējumu rezultātiem, kas liecina par aizdomām uz onkoloģisku saslimšanu.</p>	Pilnvarotie speciālisti	Dokumentācijas sagatavošana
<p>(A) Nozīmē speciālas analīzes uz speciālas analīžu lapas, kā arī nozīmē speciālus izmeklējumus.</p> <p>(C) Nosūtījumā tiek ietverta informācija no visiem iepriekš veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem un analīzēm, saslimšanas anamnēzē tiek norādītas visas blakussaslimšanas, jā tādās ir. Tiek norādīti lietotie medikamenti un pacienta personīgie dati.</p> <p>(E) Ja ir veiktas ģimenes ārsta praksē analīzes un ārstam, vai kādam ģimenes ārsta prakses komandas dalībniekam ir aizdomas par ļaundabīgu saslimšanu.</p> <p>(F) Iekļaujot tajā visu pieejamo informāciju par pacientu: personīgo informāciju un iespējamo diagnozi.</p> <p>(G) Ģimenes ārsts raksta nosūtījumu, kurā norāda veiktos diagnostiskos izmeklējumus un analīžu rezultātus.</p>	Precīza nosūtījuma noformēšana	
<p>(A) Māsa sazvana un piesaka pacientu, lai nav jāstāv rindā pie onkologa.</p> <p>(G) Visa informācija pacientam tiek sniegta rakstiskā veidā, jo šis laiks priekš viņa ir psiholoģiski smags.</p>	Māsas darbības	
<p>(B) Ģimenes ārsts, kuram ir visa informācija par onkoloģiskām saslimšanām, ir speciāli kontaktāruņi, kuri ir pieejami tikai ģimenes ārstam un pa kuriem arī tiek pieteikti pacienti uz Zaļā koridora izmeklējumiem.</p> <p>(G) Ģimenes ārsts personīgi pacienta klātbūtnē sazvana ambulatoro nodaļu, pieraksta pacientu.</p>	Ģimenes ārsta darbības	

„Zaļā koridora” pacientu sūdzības, ar kādām māsa saskaras veicot fizikālās izmeklēšanas un iegūstot anamnēzi.

Satura vienības	Kategorija	Jēdziens
(A) Ģimenes ārstam ir jāsūta tālāk. (G) Virzot pa Zaļo koridori visa sadarbība notiek ar ģimenes ārstu.	Ģimenes ārsta darbības	Veselības aprūpes pakalpojumu pieejamība
(A) Pacients griežas pie ģimenes ārsta jau ar analīžu rezultātiem, vai arī ir bijis jau pie onkologa, un nāk jau ar iespējamu diagnozi. (D) Nāk pacienti jau ar konkrētiem izmeklējumiem. (C) Ir pacienti, kuriem veicot klīniskās analīzes un nosakot onkomarķierus ir pozitīva atradne un tiek konstatēta novirze no normas. (D) Dakteris pats vadoties pēc izmeklējuma rezultāta, raksta, ka vajag onkologa konsultāciju. Pārsvarā tie ir pacienti ar hroniskām saslimšanām, kur viens speciālists sūta pie nākamā speciālista, lai precizētu diagnozi. (D) Akūti pacienti parasti ir reti.	Analīžu un izmeklējumu rezultāti	
(B) Pacienti griežas pēc palīdzības novēloti un māsa ir tā, kura pirmā saprot, ka iespējams ir par vēlu. (C) Ir pacienti, kas nāk ar ikdienišķu sūdzību, un aizdomas par onkoloģisku saslimšanu jau rodas ģimenes ārsta prakses darbiniekiem, mā sai vai ārstam, ievācot slimības anamnēzi, veicot papildus diagnostiskos izmeklējumus.	Novēlota diagnostika	
(E) Māsa atsevišķi anamnēzi neievāc un pacienta izvērtēšanā neiesaistās, to veic ārsts. Ģimenes ārsta praksē pacienta pieņemšanas laikā māsa ir blakus un dzird sūdzības. (G) Māsa ar pacienta sūdzībām nesaskaras, Mā sai nākas vienīgi uz klausīt. Mans uzdevums pacientu pārliecināt, ka ir jābrauc un ir jāārstējās, jo uzsākot savlaicīgi ārstēšanu pastāv iespēja izārstēties.	Māsas saskarsme ar pacientu	
(C) Ir pacienti, kuri jau nāk ar lūgumu nosūtīt uz Zaļo koridori pie onkologa, jo to ir ieteikuši citi speciālisti, vai informāciju ir ieguvis pats. Ir pacienti zinoši par Zaļo koridori un ir pacienti, kuriem nav nojausmas par to.	Informētība par Zaļo koridori	
(F) Zaļā koridorī ir arī jāgaida, nav tā, ka uzreiz tiek. Šodien zvanu un trīs dienu laikā pacients tiek pieņemts, tā nenotiek, tulītēja piekļūšana nav iespējama.	Zaļā koridora nepieejamība	
(B) Māsa saskarās ar pacienta neziņu un bailēm. (G) Mazā ģimenes ārsta praksē laukos pacienti pieraduši, ka vis ir tepat pa rokai, un māsa visu sazvāna un noorganizē. Rīgā viņi ir apjukuši, nezina ko darīt, kā rīkoties	Pacienta neziņa	

Māsas iespējas sniegt palīdzību, atbalstu un aprūpi „Zaļā koridora” onkoloģiskajiem pacientiem

Satura vienības	Kategorija	Jēdziens
(A) Kā māsa, sazvānu speciālistu, lai pacients tiktu ātrāk, lai nebūtu pacientam pašam jāsavzvanās. (B) Vienkārši atbalstīt aprūpes procesā dodoties mājas vizītēs, sekot līdz pacienta veselības stāvoklim. (E) Māsei ir lielas iespējas sniegt palīdzību.	Māsas atbalsts	Māsas prakse
(C) Māsas uzdevums ir palīdzēt un izskaidrot Zaļā koridora būtību un darbību. Pierakstīt pacientu uz vizīti vai diagnostiskajiem izmeklējumiem caur Zaļo koridori.	Māsas uzdevumi	
(D) Ģimenes ārsta praksē tā ir izglītošana par to, kas ir Zaļais koridors, kas pacientam jā dara, kur jāvērsās neskaidrību gadījumos. Iedot interneta avotus, telefona numuru, kur pacients var uzdot pats viņam interesējošus jautājumus. (H) Tajā brīdī, kad Zaļais koridoris tiek piedāvāts, palīdzēt pastāstīt, kur ātrāk veikt izmeklēšanu, palīdzēt atrast stacionāru, atbalsta grupu, potes, injekcijas.	Pacienta izglītošana	
(A) Ieteiktu griezties pie psihologa, lai pacients varētu izrunāt savu sāpi, bailes un neziņu. Iespējams pacientam paliks vieglāk un viņš būs emocionāli stabilāks. (B) Māsei ir iespēja sniegt morālu atbalstu, motivēt, uzmundrināt pacientu. (C) Sākumā pacientu pilnvērtīgi informēt, nomierināt. Izstāstīt, kas jāņem līdzi, kur jādodās, ko darīs, kas ar viņu notiks. Svarīgi, lai pacients nav satraucies. (F) Var morāli atbalstīt. (G) Sniedzu psiholoģisku atbalstu, runājos ar pacientu noņemot analīzes un veicot citas manipulācijas. Pārsvārā ir psiholoģisks atbalsts, nomierināšana, uzklauššana.	Pacienta emocionālais atbalsts	
(C) Ja kādam pacientam vajadzīga aprūpe saistībā ar konkrētām sūdzībām, tā tiek veikta. Tad, kad pacients atgriežas ar jau diagnosticētu saslimšanu, pēc veiktām manipulācijām un ārstēšanas, tad notiek brūču aprūpe. (D) Kad pacients atnāk atpakaļ jau ar izmeklējumiem, pēc operatīvām darbībām veicu pārsiešanas. (E) Ja vajag, māsa veic injekcijas, ja operētā brūce sulo- veic brūces apkopšanu, pārsiešanu, stomas aprūpi un citas nepieciešamās manipulācijas. (F) Māsa pacientam var sniegt medicīnisku aprūpi un morālu atbalstu.	Pacienta aprūpe	
(C) Sākuma stadijā, kad pacients tiek virzīts uz Zaļo koridori, notiek saslimšanas diagnostika, sevišķa aprūpe nav nepieciešama, jo pacients tiek virzīts pa koridori diagnostikas nolūkos. (G) Aprūpe kā tāda nav bijusi vajadzīga. (F) Lai ātrāk nokļūtu Zaļajā koridorī vai uz ārstēšanu, palīdzēt nevar.	Māsas neiesaistīšanās	
(D) Ģimenes ārsta prakses māsiņām saskarsme ir neliela. (F) Mazas iespējas.		

Atgriezeniskā saite ar primārās un sekundārās aprūpes speciālistiem pēc pacientu virzīšanas „Zaļajā koridorī”

Satura vienības	Kategorija	Jēdziens
<p>(B) Nāk atpakaļ ar norādēm, kur griezties tālāk ar izmeklējumiem un analīzēm.</p> <p>(C) Tiek norādīti tālākie izmeklējumi, kas nepieciešami.</p> <p>(A), (D) Pacients ir gulējis slimnīcā un viņš nāk jau ar diagnozi.</p> <p>(G) Visi atgriežās no Zaļā koridora ar konkrētām norādēm, kas ģimenes ārstam ir jādara, kādi medikamenti, kādas papildus izmeklēšanas. Neviens neatgriežas atpakaļ ar tukšām rokām.</p> <p>(H) Ar informatīvo apmaiņu ir sarežģīti un ar jebkuru speciālistu samērā grūti, jo informācijas apmaiņa notiek ar pacienta starpniecību. Pacienti paši nāk ar izrakstu</p>	Informācijas nodošana	Sadarbība un komunikācija
<p>(A) Ar ģimenes ārstu ir tikai jau tajā posmā, kad nepieciešamas slimības lapas turpināšana.</p> <p>(C) Ģimenes ārsta prakse netiek informēta rakstiski, kā tālāk notiek ārstēšana.</p> <p>(E) Pacients atgriežas no Zaļā koridora, lai kārtotu darba nespējas lapu pie ģimenes ārsta ar izrakstu, kurā ir speciālista vērtējums par to, kas ir darīts un kas ir veikts.</p> <p>(F) Cik tā ir pilnvērtīga, par to lai spriež ārsts, bet atpakaļ atnāk.</p>	Sadarbība ar ģimenes ārstu	
<p>(A) Sadarbība vairāk ar onkologu, Visu iepriekšējo ārstēšanās periodu pacients sadarbojas ar speciālistu-onkologu. Ārstēšana, analīzes, izmeklējumi, terapija un medikamenti tikai sadarbībā ar onkologu.</p> <p>(C) Pacients Zaļā koridora ietvaros jau ar onkologa nosūtījumiem tiek izmeklēts un ārstēts.</p>	Sadarbība ar speciālistu	
<p>(B) Ar Zaļā koridora palīdzību pacients tiek pie speciālistiem pāris dienu laikā.</p> <p>(C) Tai pašā laikā piesakot uz Zaļo koridori pacientu, tiek pieprasīta visa informācija par pacientu.</p> <p>(D) Ir, kas nāk vairākas reizes gadā Zaļā koridora ietvaros</p>	Speciālistu pieejamība	
<p>(C) Atgriezeniskā saite ir švaka, no speciālistiem netiek saņemta pilnvērtīga informācija. Labākajā gadījumā ir izraksti uz U27 formas ar sausu diagnozi. Ir gadījumi, diemžēl. kad vispār atpakaļ neatnāk nekāda informācija. Atgriezeniskā saite nestrādā.</p> <p>(D) Atgriezeniskā saite ir ar izrakstiem.</p> <p>(F) Informācija par pacienta ārstēšanu atpakaļ atnāk.</p>	Atgriezeniskā saite	
<p>(H) Par Zaļo koridori neko nevaru teikt, jo šādi pacienti vēl nav bijuši.</p>	Pieredzes trūkums	
<p>(G) Pacientam psiholoģiski ir grūti, nolaižas rokas, bet saņemās un brauc. Daudz piederīgie iesaistās un jautā, palīdz.</p>	Piederīgo piesaiste	Emocionālais atbalsts

Māsas viedoklis par to, ka „Zaļajā koridorā” būtu jāiekļauj pilns slimības vadības cikls:
diagnostika, ārstēšana, novērošana

Satura vienības	Kategorija	Jēdziens
<p>(A) Domāju, ka pacients jāatstāj speciālista-onkologa ziņā.</p> <p>(B), (E), (H), (G) Domāju, ka būtu jāiekļauj pilns slimības vadības cikls.</p> <p>(C) Esmu tikai par šādu risinājumu, kā pilnu slimības vadības ciklu.</p> <p>(D) Zaļajā koridorā ir jāveic pilns vadības cikls: jādiagnosticē, jāārstē, jānovēro. Jā, tas prasa laiku, būs rindas</p> <p>(F) Tas ir tas, kam tur būtu jābūt, nevis tikai ātrai diagnostikai, bet arī tālākai ārstēšanai, kas citos gadījumos velkas ilgi. Nekas momentā nenotiek. Ar diagnostiku ir par maz, vajag uzreiz izsākt ārstēšanu, bet vienmēr ir ilgi jāgaida rindās.</p>	Terapijas process	Slimības vadības cikls
<p>G) Zaļā koridorā pacients nokļūst nosacīti ātri un diagnozi uzstāda ātri, bet tālāk sākas rinda, tur ātrums apstājas, ārstēšana paliek lēnāka. Bet šiem pacientiem katra minūte ir dārga.</p> <p>(H) Savādāk neredzu jēgu, ja ātri diagnosticē, bet pēc tam nevar ātri ārstēt.</p> <p>(D) Ģimenes ārsts pacientu nosūta uz Zaļo koridori vai pie speciālista, lai izvērtētu sūdzības.</p>	Onkoloģiskas saslimšanas diagnosticēšana	
<p>(B) Jo onkoloģiskām saslimšanām ir arī pasliktināšanās fāzes, tām jāseko līdzī. Svarīgi, lai nepalaistu garām izmaiņas veselības stāvoklī, lai pacients būtu uzraudzīts, lai varētu atkal sūtīt pacientu pie speciālista.</p> <p>(C) Diemžēl onkoloģisko saslimšanu skaits ir ļoti liels Latvijā. Pacientam jānovērojas ilgtermiņā pie onkologa, kurš ir zinošs par pacientu. Speciālists var nolemt, kādi izmeklējumi, kāda novērošana un cik bieža ir nepieciešama ilgtermiņā.</p>	Novērošana	
<p>(A) Speciālist zina konkrēto pacientu, pārzina slimības, ārstēšanās un terapijas gaitu. Domāju, ka izmaiņas pacienta veselībā onkologs pamanītu ātrāk.</p> <p>(C) Tam speciālistam, kas strādā ar onkoloģiskajiem pacientiem ir jābūt onkologam. Nevis sākumā onkoloģisko pacientu apārstē onkologs, pēc tam novēro ģimenes ārsts. Ģimenes ārsta prakses komandai trūks zināšanu par onkoloģiskajām saslimšanām, to novērošanu.</p>	Terapija	
(A) Nav daudz pacientu, kuri būtu jāvirza pa Zaļo koridori.	Pacientu aprūpe	Ģimenes ārsta neapmeklēšana
(C) Šīs saslimšanas ir cilvēka dzīvības termiņus saīsinošas un savlaicīgi novērojot pacientu, nediagnosticējot recidīvu, pacients var ciest.	Apdraudējums pacientam	Pacienta dzīves kvalitāte

Māsas viedoklis par pacientu, kuri pabeiguši vēža ārstēšanas kursu, pastāvīgu uzraudzību un nepieciešamības gadījumā atkārtotu iesaistīšanu “Zaļajā koridorī”.

Satura vienības	Kategorija	Jēdziens
(B), (A) Pacientu pēc vēža ārstēšanas regulāri vienreiz pusgadā vai gadā ir jāpārbauda. (C) Noteikti. Te arī ir tā runa, kas pie onkoloģiskām saslimšanām ir iespējami recidīvi. (D) Jā, obligāti, tas māasai noteikti ir jādara. (E) Patstāvīgi uzraudzīt un atkārtoti iekļaut tos pacientus, kuri ārstēšanos ir uzsākuši laicīgi un šajā posmā ir veseli.	Pacienta uzraudzība	
(G) Dubults neplīst, bet domāju, ka nē, jo pēc ārstēšanas īpašas nozīmes nav. (H) Medicīnas personālam nav jāmeklē rokā un jāieinteresē pacients par viņa veselību, tāpat tas netiek novērtēts. Nav iespējams visus apsekot.	Pacienta atbildība	
(A) Vai nepasliktinās analīžu rādītāji, vai neveidojas vēža šūnas. (B) Šiem pacientiem mēdz būt remisijas fāzes un pasliktināšanās periodi. (C) Lai to savlaicīgi diagnosticētu, novērstu onkoloģisko saslimšanu izplatību, notiek disiminācija organismā, tas viss jādara savlaicīgi. To var panākt tikai ar novērošanu un savlaicīgu diagnosticēšanu. (D) Zinot vēža attīstības fāzes gaitas, remisijas fāzes un uzplaisnījumus, māasai jāieklausās pacienta sūdzībās, jābūt kontaktam, lai māsa var turēt roku uz pulsa. Nepieciešamības gadījumā ziņot ģimenes ārstam, konsultēties. (F) Bet viņiem ir jāgaida mistiski laiki, grūti tiemt atkārtoti pie šī speciālista. Iznākot no ārsta, pacientam jau uzreiz jāpierakstās uz nākošo vizīti, jo savādāk var netikt uz pārbaudi. Ilgi jāgaida.	Māsas atbildība	Pacientu monitorings
(B) Domāju, ka obligāti 1 x gadā jānodod analīzes, jāseko līdzi pacienta veselības stāvokim tiem speciālistiem, kas to jau ir darījuši un labi pārzina pacientu, slimības specifiku un gaitu. (G) Analīzes nodot paliek onkologa ziņā	Onkologu kompetences	
(B) Ģimenes ārstam jāpievēršas tikai tiem pacientiem, kuri ir akūti, jāsazinās un jānosūta uz Zaļo koridori	Ģimenes ārsta kompetences	
(H) Katrs pats ir atbildīgs par savu veselību, līdz ar to pacients ir jāizglīto par to, ka pašiem ir jāuzņemas atbildība par savu veselību, pašiem jāiet pie ārstiem, pie speciālistiem, pašiem jāpārbaudās un jākontrolē savs veselības stāvoklis.	Māsas kompetences	
(C) Ja mēs to nedarīsim, tad diemžēl pirmā ārstēšanas kursa pabeigšana un pacienta atstāšana tālāk novārtā, nedos to rezultātu, ko sākumā iecerājām. (D) Nepieciešama atgriezeniskā saite: māsa-ārsts-speciālists-pacients, kamēr pacients ar diagnozi vēzis nebūs pilnībā izārstēts. (F) Onkoloģijas slimniekam būtu jābūt uzmanības centrā.	Komandas darbs	
(C) Vai šis jautājums ir Zaļā koridora ietvaros vai onkologa vizītes ietvaros, tas ir kā Valsts gatava to ietvert. Zinot, cik grūti pieejamas speciālistu konsultācijas un onkoloģijas pacienti ir sevišķi īpaša kategorija, kurai ir vajadzīgas sava veida prioritātes arī plānveidā novērojoties. No Valsts puses nākot pretī onkoloģijas pacientiem, šis būtu labs solis, kur Zaļais koridors strādātu ilgtermiņā. (D) Zaļais koridors ir vienreizējs pasākums, lai diagnosticētu saslimšanu. Pēc tam jau pacientu ārstē konkrēts speciālists- onkologs un kad zini diagnozi, vai tas vēlreiz ir nepieciešams. (E) Kārtējās analīzes, izmeklēšanas tur nē, savādāk Zaļais koridors pazaudēs savu jēgu, būs kārtējais pieraksts pie speciālista. (F) Jā, būtu gan patstāvīgi jāuzrauga, jo daudzi vēži atkārtojas, bet to nevajag Zaļā koridora ietvaros, jo tās ir pirmreizējas ātras saslimšanas diagnostikas iespējas. (G) Zaļais koridors ir pirmais trieciens, pēc tam viss onkologa ziņā.	Zaļā koridora mērķi	Zaļā koridora būtība

