



Slimību profilakses un
kontroles centrs

**Klīnisko vadlīniju, klīnisko algoritmu un klīnisko ceļu
izstrādes, satura un struktūras metodiskie norādījumi labajai
praksei**

Rīga, 2026

Pārpublicēšanas un citēšanas gadījumā atsauce obligāta.
© 2026, Slimību profilakses un kontroles centrs, Latvija

Slimību profilakses un kontroles centrs

Adrese: Dunties 22 k-5, Rīgā, LV 1005

Tālrunis: 67501590

E-pasts: pasts@spkc.gov.lv

Mājaslapa: www.spkc.gov.lv

Autori: Dzintars Mozģis, direktora vietnieks sabiedrības veselības un profilakses jautājumos
Irisa Zīle – Velika, Pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes pilnveides nodaļas vadītāja

Līdzautori: Gunta Rožkalne, Neinfekciju slimību datu analīzes un pētījumu nodaļas vadītāja
Jolanta Skrulle, Neinfekciju slimību datu analīzes un pētījumu nodaļas vecākā sabiedrības veselības analītiķe

Inga Rubana, Kvalitātes nodrošināšanas projektu nodaļas vadītāja

Metodiskais materiāls izstrādāts, ņemot vērā Latvijas normatīvajos aktos noteiktās prasības (Ministru kabineta 2026. gada 15. septembra noteikumi Nr. 556 "Kārtība, kādā izvērtē, reģistrē, ievieš un aktualizē klīniskās vadlīnijas, klīniskos algoritmus un klīniskos ceļus") un starptautiski atzītas labās prakses principus.

Satura rādītājs

Esošās situācijas raksturojums	5
Klīnisko metodisko dokumentu veidi un to raksturojums	5
1. Klīniskās vadlīnijas	6
1.1. Teorētiskais ietvars	6
1.2. Klīnisko vadlīniju satura un struktūras prasības	8
2. Klīniskie algoritmi	9
2.2. Klīnisko algoritmu satura un struktūras prasības	10
3. Klīniskie pacientu ceļi	12
3.2. Klīnisko ceļu satura un struktūras prasības	14
4. Indikatori	16
4.1. Indikatora pase atbilstoši MK not. Nr. 556 pielikumam ar skaidrojumu	17
Klīniskajos dokumentos iekļaujamo elementu apkopojums atbilstoši MK not. Nr. 556..	20

Saīsinājumi

FHIR - veselības aprūpes datu elektroniskās apmaiņas un sadarbības standarts (*Fast Healthcare Interoperability Resources*)

GRADE - metodoloģiska sistēma pierādījumu ticamības un rekomendāciju stipruma novērtēšanai (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*)

ISO 5807 - Starptautiskās standartizācijas organizācijas standarts informācijas apstrādes dokumentācijas simboliem un konvencijām plūsmas diagrammās (*Information processing — Documentation symbols and conventions for data, program and system flowcharts, program network charts and system resources charts*)

LOINC - Loģiskie novērojumu identifikatori, nosaukumi un kodi (*Logical Observation Identifiers Names and Codes*)

MIS - Medicīniskās informācijas sistēma / sistēmas (*Medical Information System / Medical Information Systems*)

MK – Ministru kabinets

NICE - Nacionālais veselības un aprūpes izcilības institūts, Apvienotā Karaliste (*National Institute for Health and Care Excellence*)

NMPD - Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests

PICO - metodoloģisks instruments klīniskā jautājuma formulēšanai: Populācija, intervence, salīdzinājums, iznākums (*Population, Intervention, Comparison, Outcome*)

SFK - Starptautiskā funkcionēšanas, nespējas un veselības klasifikācija (*International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*)

SNOMED CT - Medicīnas sistematizētā nomenklatūra – klīniskie termini (*Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms*)

SSK - Starptautiskā statistiskā slimību un veselības problēmu klasifikācija (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*)

Esošās situācijas raksturojums

Latvijā ir izstrādāti un publicēti dažādi klīniskie algoritmi, vadlīnijas un citi metodiskie materiāli, kas pieejami dažādu institūciju mājaslapās. Ņemot vērā, ka līdz šim nebija noteiktas pamatprasības normatīvajā regulējumā (tās bija tikai klīnisko vadlīniju gadījumos), to izstrādes un publicēšanas praksē vērojamas atšķirības dokumentu struktūrā, saturā, izmantoto avotu norādē, aktualitātes izvērtēšanā un citos aspektos. Tā kā dokumentu autori klīnisko vadlīniju, klīnisko algoritmu un klīnisko pacienta ceļu jēdzienus interpretē atšķirīgi, līdzīgs saturs tiek strukturēts dažādi, izraisot vadlīniju, algoritmu un pacientu ceļu pārklāšanos. Vairākās vadlīnijās iekļauti detalizēti algoritmi, vairākos algoritmos nevajadzīgi iekļauti organizatoriski procesi, piemēram, transportēšana, vai ir nevajadzīgi augsta detalizācija, piemēram, medikamentu saraksti vai manipulāciju detaļas, savukārt klīniskie ceļi ietver medicīnisko lēmumu kokus.

Atbilstoši mūsdienu pacientvērstai pieejai pacienta klīniskais ceļš sākas jau simptomu rašanās brīdī un ietver visus posmus no pirmā kontakta ar veselības aprūpes sistēmu līdz diagnozes noteikšanai, ārstēšanai, novērošanai un veselības rezultātu sasniegšanai. Savukārt klīniskais algoritms ir lēmumu pieņemšanas instruments, kas apraksta konkrētu diagnostikas, ārstēšanas vai novērošanas procesa daļu. Tiesa, arī pacienta klīniskais ceļš var tikt sadalīts daļās, piemēram, lai raksturotu tikai darbību secību stacionāra posmā.

Rezultātā šie dokumenti ir grūti uztverami, nav piemēroti ātrai lēmumu pieņemšanai, kā arī izmantošana digitālajos risinājumos var būt ierobežota. Arī snieguma un kvalitātes indikatori nereti ir pārāk vispārīgi, lai precīzi raksturotu konkrētus pacienta klīniskā ceļa posmus, tajos īstenotos procesus vai sasniedzamos rezultātus. Vienlaikus to izmantojamību nosaka pieejamo datu kvalitāte, pilnīgums un izgūšanas iespējas, kā arī iespēja tos aprēķināt regulāri un salīdzināmā veidā. Līdz ar to ne visi indikatori ir vienlīdz piemēroti sistemātiskai snieguma un kvalitātes uzraudzībai un kvalitātes vadībai.

Ņemot vērā konstatētās atšķirības klīnisko vadlīniju, klīnisko algoritmu un klīnisko pacienta ceļu izstrādē, saturā un noformējumā, bija nepieciešams noteikt vienotu pieeju to izstrādei, strukturēšanai, publicēšanai un aktualizēšanai, kas attiecīgi tika realizēts, apstiprinot MK noteikumus Nr. 556. Savukārt šis metodiskais materiāls izstrādāts, papildinot MK noteikumus Nr. 556 minētās prasības ar praktiskiem skaidrojumiem un piemēriem atbilstoši labākajai starptautiskajai praksei, un tas paredzēts kā vienots ceļvedis klīnisko dokumentu izstrādātājiem ar mērķi atvieglot izstrādes procesu un panākt konceptuāli vienotu izpratni un gala rezultātu.

Klīnisko metodisko dokumentu veidi un to raksturojums

Klīniskais algoritms ir rīks klīniskā lēmuma pieņemšanai (*decision tool*), bet pacienta **klīniskais ceļš** ir veselības aprūpes procesa organizācijas instruments (*process management tool*).

Ieteicamā klīnisko vadlīniju, klīnisko algoritmu un klīnisko ceļu arhitektūra

Vadlīnijas (Kāpēc, Kas? – pierādījumi klīniskās problēmas risināšanai)

↓ pierādījumu izmantošana

Algoritmi (Kā? – klīnisko lēmumu pieņemšana)

↓ algoritmu integrācija

Pacientu klīniskie ceļi (Kur, Kurš, Kad? – procesa organizēšana)

↓ procesa (plūsmas) uzraudzība

Kvalitātes un snieguma indikatori (Kā? Cik? Vai? – procesa novērtēšana)

Klīniskās vadlīnijas nosaka saturu, klīniskie algoritmi – lēmumu pieņemšanu, klīniskais ceļš – veselības aprūpes organizāciju.

Instrumenti	Galvenais jautājums	Galvenais mērķis
Klīniskās vadlīnijas	Kāpēc? Kas?	Noteikt pierādījumos balstītas rekomendācijas
Klīniskais algoritms	Kā?	Atbalstīt konkrēta klīniskā lēmuma pieņemšanu
Pacienta klīniskais ceļš	Kur? Kurš? Kad?	Organizēt pacienta aprūpes procesu
Kvalitātes indikatori	Kā? Cik? Vai?	Izmērīt procesa un rezultātu kvalitāti

1. Klīniskās vadlīnijas

1.1. Teorētiskais ietvars

Klīnisko vadlīniju mērķis ir atbalstīt ārstniecības personas un pacientus pierādījumos balstītu, konsekventu un pārskatāmu klīnisko lēmumu pieņemšanā.

Klīnisko vadlīniju definīcija:

Klīniskās vadlīnijas ir pierādījumos balstīts, sistematizēts un aktualizēts ieteikumu kopums lēmumu pieņemšanas atbalstam ārstniecības personām un pacientiem par piemērotāko ārstniecību noteiktos klīniskos gadījumos¹.

Vārds „sistematizēts“ šajā definīcijā skaidrojams, ka klīniskajās vadlīnijās iekļautie ieteikumi ir izstrādāti saskaņā ar noteiktu sistēmu un strukturētu metodoloģiju.

Vadlīniju izstrādē būtiski ir:

- sistemātisks pierādījumu apkopojums un kritiska analīze;
- pierādījumu kvalitātes un ieteikumu stipruma novērtējums;
- klīniskā, ekonomiskā un pacientvērstības dimensija.

Lai klīniskās vadlīnijas būtu izmantojamas praksē, tām jābūt:

- balstītām pierādījumos un strukturētos klīniskajos jautājumos *PICO*²;

¹ Ārstniecības likuma 1. panta 20. punkta redakcijā

² PICO – population, intervention, comparison, outcome – populācija vai pacientu grupa, interence, salīdzinājums, klīniskais iznākums <https://beckerguides.wustl.edu/SystematicReviews/pico>

- ar novērtētu pierādījumu kvalitāti un ieteikumu stiprumu *GRADE*³;
- konsekvētām, vienoti strukturētām un pārskatāmi atklājot iespējamās interešu konfliktus;
- klīniski izmantojamām, novērtētu izmaksu efektivitāti un veselības sistēmai pielāgotām (NICE pieeja vadlīniju novērtēšanā⁴);
- digitāli strukturējamām un ar klasifikācijām sasaistāmām (SNOMED CT, SSK, SFK, LOINC);
- regulāri atjaunojamām, nosakot pārskatīšanas termiņu.

Papildus PICO strukturētam klīniskā jautājuma izklāstam, GRADE balstītam pierādījumu kvalitātes (augsta / vidēja / zema / ļoti zema) un ieteikumu stipruma (spēcīgs / vājš) novērtējumam, nepieciešams izvērtēt ieguvumu un risku attiecību, potenciālo un reālo efektivitāti, pacientu vērtības un izvēles, kā arī ietekmi uz resursu izmantošanu un veselības aprūpes sistēmu. Vadlīnijām jābalstās uz pierādījumu sistemātisku un reproducējamu meklēšanas metodoloģiju (meklēšanas stratēģija, atlases kritēriji) uzticamos avotos (*Cochrane, PubMed u.c.*), kā arī kritisku pētījumu kvalitātes novērtējumu.

Ieteikumiem vadlīnijās jābūt:

- skaidriem un viennozīmīgiem;
- formulētiem darbības formā (piemēram: “ieteicams”, “nevajadzētu”);
- sasaistītiem ar pierādījumu līmeni;
- pielāgotiem lokālajiem apstākļiem (resursi, pieejamība);
- pacientvērstiem ar informētas izvēles iespējām;

Vadlīnijās skaidri jānorāda pacientu drošības aspekti un riski – kontrindikācijas, iespējamās blaknes un augsta riska situācijas.

Īsumā: Klīniskās vadlīnijas – KĀPĒC? KAS?

Klīniskās vadlīnijas ir uz sistemātiski apkopotiem pierādījumiem balstītas rekomendācijas, kas palīdz ārstniecības personām pieņemt pamatotus lēmumus par pacientu aprūpi konkrētās klīniskās situācijās.

Vadlīnijas galvenokārt atbild uz jautājumiem:

- **Ko ir ieteicams darīt?**
- **Kāpēc tas ir ieteicams?**
- **Kādi pierādījumi pamato šo rekomendāciju?**
- **Kādos gadījumos rekomendācija ir piemērojama?**

Vadlīnijas nosaka **klīniskās aprūpes saturu un pamatprincipus**, taču ne vienmēr detalizēti parāda, kā konkrētajā veselības aprūpes sistēmā šo rekomendāciju īstenot ikdienas praksē.

Vadlīnijas pasaka – kas būtu jādara un kāpēc.

³ GRADE - Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
<https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>

⁴ NICA signature, National Institute for Health and Care Excellence, Apvienotā Karaliste,
<https://www.nice.org.uk/process/pmg20/chapter/incorporating-economic-evaluation>

1.2. Klīnisko vadlīniju satura un struktūras prasības

MK noteikumu Nr. 556⁵ 9. punktā noteiktās prasības klīnisko vadlīniju izstrādei ir konceptuāli saskaņotas ar starptautiski atzītām vadlīniju izstrādes metodoloģijām, jo tās paredz skaidru mērķa grupu, lietotāju definēšanu, pierādījumu bāzes izmantošanu, rekomendāciju sasaisti ar atsaucēm, aktualizācijas plānu un caurskatāmību par finansējuma avotiem.

Atšķirībā no klīniskajiem algoritmiem un ceļiem, klīniskās vadlīnijas starptautiski tiek uzskatītas par primāro dokumentu, no kura vēlāk tiek atvasināti algoritmi, klīniskie ceļi un kvalitātes indikatori.

Iekļaujamie elementi atbilstoši MK not. Nr. 556 un starptautiskajai praksei

Nr.	Elements	Skaidrojums
1.	Nosaukums	Skaidri definēts klīnisko vadlīniju nosaukums.
2.	Sagatavotājs	Norāda atbildīgo organizāciju / institūciju un autorus.
3.	Satura rādītājs	Nodrošina skaidru un pārskatāmu informāciju par klīnisko vadlīniju saturu.
4.	Mērķis un uzdevumi	Norāda, kādu problēmu risina, kāds ir paredzētais rezultāts, kādi klīniskie jautājumi tiek skatīti.
5.	Lietotāji	Definē mērķa lietotājus. Lietotāju noteikšana palīdz identificēt profesionālās grupas, speciālistus, kuriem vadlīnijas ir paredzētas, tādējādi veicinot to vienotu interpretāciju, efektīvu ieviešanu un atbilstošu piemērošanu klīniskajā praksē.
6.	Medicīniskās tehnoloģijas	Norāda klīniskajās vadlīnijās ietverto apstiprināto ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģu (t.sk. medicīniskās programmatūras un digitālo lēmumu atbalsta rīku) sarakstu.
7.	Ieguvumi, blakusefekti un riski	Raksturo sagaidāmos ieguvumus pacientam un veselības aprūpes procesam, kā arī iespējamās riskus, nevēlamās blakusparādības, komplikācijas un citus potenciāli nelabvēlīgus iznākumus, kas saistīti ar vadlīnijās rekomendētajām diagnostikas, ārstēšanas, aprūpes vai rehabilitācijas metodēm. Informācija palīdz izvērtēt rekomendāciju ieguvumu un risku attiecību un pieņemt pierādījumos balstītus klīniskos lēmumus.
8.	Mērķa grupa	Norāda diagnozi (atbilstošo klasifikāciju kodu), uz kādu slimību vai pacientu grupu tas attiecas, kādi ir iekļaušanas un izslēgšanas kritēriji.
9.	Pierādījumu informācijas avoti un kritēriji to izvēlei.	Norāda klīnisko vadlīniju izstrādē izmantotos pierādījumu avotus un principus, pēc kuriem izvērtēta to kvalitāte, aktualitāte, uzticamība un piemērotība vadlīniju mērķim.

⁵ Ministru kabineta 2026. gada 15. septembra noteikumi Nr. 556 "Kārtība, kādā izvērtē, reģistrē, ievieš un aktualizē klīniskās vadlīnijas, klīniskos algoritmus un klīniskos ceļus". <https://likumi.lv/ta/id/370973>

10.	Klīniskās rekomendācijas pacientu aprūpei	Norāda pierādījumos balstītus ieteikumus ārstniecības personām par profilaksi, diagnostiku, ārstēšanu, pacienta aprūpi, novērošanu un medicīnisko rehabilitāciju, tajā skaitā diagnostisko izmeklējumu un nosūtīšanas kritērijiem.
11.	Sasaiste ar pierādījumiem	Norāda: • sasaisti ar zinātniskajiem pierādījumiem; • atsauces uz vadlīnijām, sistemātiskajiem pārskatiem, metaanalīzēm, klīniskajiem pētījumiem vai citiem izmantotajiem avotiem; • nepieciešamības gadījumā - informāciju par pierādījumu kvalitāti vai rekomendācijas stiprumu; • rekomendāciju pamatojumu gadījumos, kad augstas kvalitātes pierādījumi nav pieejami.
11.	Aktualizēšanas plāns	MK noteikumi Nr. 556 paredz aktualizēšanu vismaz reizi piecos gados. Tomēr var paredzēt arī norādīt atbildīgo institūciju, aktualizācijas biežumu un kritērijus ārpuskārtas pārskatīšanai, jaunu pierādījumu vai citu būtisku izmaiņu gadījumā.
12.	Izstrādes finansētājs	Nodrošina atklātību un veicina dokumenta izstrādes procesa caurskatāmību.

2. Klīniskie algoritmi

2.1. Teorētiskais ietvars

Klīniskā algoritma mērķis ir atbalstīt lietotāju lēmuma pieņemšanai.

Pilnveidotā definīcija: **Klīniskais algoritms ir klīniskajās vadlīnijās balstīts strukturēts un formalizēts klīnisko lēmumu pieņemšanas apraksts ar secīgiem lēmumiem un ar tiem saistīto darbību izvēli (konkrētu klīnisko situāciju risināšanai).**

Vārds „formalizēts” šajā definīcijā ietver iespēju to noteikt standartizētas plūsmas diagrammas veidā.

Klīniskais algoritms ir pietiekami labs vien tad, ja ārsts to var izmantot 10–30 sekundēs bez papildu administratīva apgrūtinājuma vai kognitīvas slodzes.

Lai ārstam būtu iespējams klīniskajā praksē lēmuma pieņemšanas atbalstam izmantot klīniskos algoritmus, tiem jābūt:

- vizuāli pārskatāmiem;
- viendabīgi strukturētiem;
- balstītiem „ja – tad” loģikā;
- ar skaidru sākuma un beigu punktu;
- nepārsniedzot 10 – 12 punktus;

- digitāli strukturējamiem un semantiski sasaistāmiem ar starptautiskām terminoloģijām, klasifikācijām un datu apmaiņas standartiem (SNOMED CT, FHIR, LOINC, SSK, SFK);
- Integrētiem medicīniskās informācijas sistēmās MIS – atrodamiem „viena klikšķa attālumā”.

Klīniskā algoritma struktūras paraugs:

- simptomi / atrade;
- lēmumu punkti;
- iespējamās alternatīvas;
- darbības;
- izņēmumi / kontrindikācijas;
- rezultāts;
- nākamais solis.

Klīniskā algoritma loģika atbilst lēmuma koka jeb „ja – tad” metodei, to ieteicams veidot standartizētas plūsmas diagrammas veidā, piemēram, atbilstoši ISO 5807 (*Information processing — Documentation symbols*)⁶, kā arī paredzēt vienotu kritisku situāciju marķēšanu (“sarkanos karodziņus”).

Īsumā: Klīniskais algoritms – KĀ?

Klīniskais algoritms ir strukturēts lēmumu pieņemšanas instruments, kas palīdz ārstniecības personai konkrētā klīniskā situācijā secīgi izvērtēt informāciju un nonākt pie atbilstoša lēmuma.

Algoritms atbild uz jautājumiem:

- **Ko izvērtēt?**
- **Kādu informāciju iegūt?**
- **Kāds lēmums jāpieņem, ja kritērijs ir izpildīts?**
- **Kā rīkoties dažādos klīniskās situācijas scenārijos?**
- **Kad nepieciešama cita speciālista iesaiste, papildu izmeklējumi vai nosūtīšana?**

Tādējādi algoritms ir **klīniskā lēmuma pieņemšanas rīks (decision tool)**. Tas pārveido vadlīnijās ietvertās rekomendācijas praktiskā, secīgā lēmumu pieņemšanas struktūrā. Digitālās veselības pieejā lēmumu atbalsta loģika tiek raksturota kā noteikumu kopums, kas atbalsta veselības aprūpes speciālistu lēmumu pieņemšanu.

Klīniskais algoritms pasaka – kā pieņemt konkrēto klīnisko lēmumu.

2.2. Klīnisko algoritmu satura un struktūras prasības

MK noteikumu Nr. 556⁵ 11. punktā noteiktās prasības kopumā ir salīdzināmas ar starptautiskajā praksē izmantotajiem klīnisko algoritmu strukturālajiem elementiem un aptver galvenās sastāvdaļas, kas nepieciešamas kvalitatīva klīniskā algoritma izstrādei.

⁶ <https://cdn.standards.iteh.ai/samples/11955/1b7dd254a2a54fd7a89d616dc0570e18/ISO-5807-1985.pdf>

Vienlaikus algoritma kvalitāti un atbilstību starptautiskajai labai praksei nosaka ne tikai visu sadaļu esība, bet arī to detalizācijas pakāpe, īpaši:

- MK noteikumu Nr. 556 11.6. punktā paredzētais shematiskais attēlojums;
- MK noteikumu Nr. 556 11.7. punktā paredzētie katra algoritma lauka aprakstošie paskaidrojumi;
- MK noteikumu Nr. 556 11.9. punktā paredzētais rekomendāciju pamatojums ar atsaucēm.

Tāpēc metodiski varam pamatoti secināt, ka Latvijas normatīvais regulējums jau šobrīd paredz lielāko daļu starptautiski atzīto prasību, bet būtiskākais izaicinājums ir nodrošināt šo prasību pilnvērtīgu saturisko izpildi algoritmu izstrādes procesā.

Atbilstoši arī starptautiskajai labajai praksei algoritms, kas sastāv tikai no plūsmas diagrammas, parasti netiek uzskatīts par pilnvērtīgu klīnisko algoritmu. Arī MK noteikumu Nr. 556 11.7. punkts tieši paredz, ka algoritmam jābūt arī aprakstošiem paskaidrojumiem par katru algoritma shēmā ietverto lauku, nevis tikai grafiskai shēmai.

Iekļaujamie elementi atbilstoši MK not. Nr. 556 un starptautiskajai praksei

Nr.	Elements	Skaidrojums
1.	Nosaukums	Skaidri definēts algoritma nosaukums.
2.	Sagatavotājs	Norāda atbildīgo organizāciju / institūciju un autorus.
3.	Satura rādītājs	Nodrošina skaidru un pārskatāmu informāciju par klīniskā algoritma saturu.
4.	Mērķis un uzdevumi	Norāda, kādu klīnisko problēmu risina, kādu lēmumu palīdz pieņemt, kāds ir sagaidāmais rezultāts. Mērķa formulējumam jābūt konkrētam un izmantojamam praksē.
5.	Lietotāji	Definē mērķa lietotājus. Norāda visas profesionālās grupas, kuras izmanto algoritmu, kā arī to loma atsevišķos posmos. Tas palīdz saprast atbildību un lēmumu pieņemšanas secību.
6.	Shematisks attēlojums	Shematisko attēlojumu veido kā plūsmas diagrammu, izmantojot vispārpieņemtus plūsmas diagrammu simbolus un veidošanas principus atbilstoši starptautiskajiem standartiem.
7.	Shēmas lauku apraksti	Paskaidrojumi par katru algoritma shematiskajā attēlojumā ietverto lauku, norādot, uz kuru shematiskā attēlojuma lauku informācija attiecas (piemēram, izmantojot numerāciju). Aprakstā ieteicams iekļaut veicamās darbības, to secību, iesaistītos speciālistus visos aprūpes līmeņos, kā arī atsaucē uz pierādījumiem.
8.	Mērķa grupa	Norāda diagnozi (atbilstošo klasifikāciju kodu), pacientu grupu, vecumu, slimības stadiju, kā arī situācijas, kurās algoritms nav piemērojams. Šāda pieeja nodrošina vienotu interpretāciju dažādās ārstniecības iestādēs.
9.	Atsauces un izmantotie informācijas avoti	Nodrošina klīniskā algoritma rekomendāciju zinātnisko pamatotību, avotu izsekojamību un iespēju izvērtēt izmantoto pierādījumu bāzi.

10.	Instrumenti	Norāda un pievieno visas skalas, anketas, protokolus, veidlapas, pacientu izvērtēšanas rīkus un citus instrumentus, kas nepieciešami algoritma piemērošanai praksē. Algoritma lietotājam visa nepieciešamā informācija un dokumentācija ir pieejama algoritma ietvaros, nenosakot nepieciešamību patstāvīgi meklēt papildu dokumentus citos avotos.
11.	Aktualizēšanas plāns	MK noteikumi Nr. 556 paredz aktualizēšanu vismaz reizi piecos gados. Tomēr var paredzēt arī norādīt atbildīgo institūciju, aktualizācijas biežumu un kritērijus ārpuskārtas pārskatīšanai, jaunu pierādījumu vai citu būtisku izmaiņu gadījumā, piemēram, mainoties institūciju nosaukumiem, atbildības jomām vai veselības aprūpes speciālistu kompetencēm.
12.	Izstrādes finansētājs	Nodrošina atklātību un veicina dokumenta izstrādes procesa caurskatāmību.
13.	Indikatori*	<i>Indikatori nav obligāti, tie tieši neietekmē algoritma darbību, taču var tikt norādīti, jo tie ļauj novērtēt algoritma ieviešanu, vai algoritms tiek izmantots un vai sasniedz rezultātu.</i> <i>Indikatoru norādes gadījumā jāietver:</i> <i>1.1. indikatora nosaukums;</i> <i>1.2. īss indikatora apraksts (pamatojums);</i> <i>1.3. indikatora mērķa vērtība un rezultāta interpretācija;</i> <i>1.4. indikatora aprēķina metode;</i> <i>1.5. indikatora datu avots;</i> <i>1.6. indikatora kontrole (izvērtēšanas biežums un veids).</i>

*MK noteikumos Nr. 556 nav noteikti kā obligātie pie klīniskajiem algoritmiem, taču nepieciešamības gadījumā var tikt ietverti.

3. Klīniskie pacientu ceļi

3.1. Teorētiskais ietvars

Klīniskā ceļa mērķis ir nodrošināt koordinētu, secīgu un pacientvērstu veselības aprūpes procesu, kas aptver pacienta virzību cauri veselības aprūpes sistēmai konkrētas klīniskās situācijas ietvaros.

Ieteicamā klīniskā ceļa definīcija – **klīniskais ceļš⁷ ir strukturēts un standartizēts pacienta aprūpes organizācijas plāns, kas balstīts klīniskajās vadlīnijās un algoritmos, nosakot secīgas darbības, atbildības, laika ietvarus un mijiedarbību starp dažādiem aprūpes līmeņiem un pakalpojumu sniedzējiem.**

Pacienta klīniskais ceļš nodrošina vadlīniju un algoritmu praktisku ieviešanu, organizējot veselības aprūpi pacientam, aptverot visus attiecīgos posmus un veselības

⁷ Ārstniecības likuma 1. panta 33. punktā pašlaik klīniskais ceļš ir definēts atbilstoši klīniskajam algoritmam vai klīniskajām vadlīnijām pacientu grupām definēts un strukturēts multidisciplinārs ārstniecības plāns

aprūpes līmeņus un fiksējot būtiskākos atskaites punktus un tālākās virzības indikācijas. Dokumentam arī būtu skaidri jāattēlo iesaistīto speciālistu atbildība un sadarbība, lai nodrošinātu pacienta aprūpes nepārtrauktību un kvalitāti.

Lai klīniskais ceļš būtu praksē efektīvs, tajā iekļauj:

- pacienta kustības (ceļa, maršruta) aprakstu pa veselības aprūpes posmiem;
- skaidri definētas darbības un atbildīgos katrā posmā;
- laika ietvarus un pārejas kritērijus;
- atsauces uz klīniskajiem algoritmiem (bez to dublēšanas);
- pielāgošanu lokālajiem resursiem un veselības aprūpes organizācijai.

Klīniskā ceļa struktūras paraugs:

- pacienta ieejas punkts (ģimenes ārsts, NMPD, speciālists);
- diagnostikas posms, triāža;
- ārstēšanas posms;
- novērošana / kontrole;
- pārejas starp aprūpes līmeņiem;
- izrakstīšanas plānošana un izrakstīšana;
- turpmākā aprūpe;
- rezultāts (klīniskais un organizatoriskais).

Klīniskā ceļa būtiskie elementi

1. Aprūpes secība – loģiska un nepārtraukta pacienta ārstniecības procesa organizācija no kustība pirmās saskares līdz ārstēšanas noslēgumam skaidri definētiem pārejas punktiem.

2. Lomu un atbildību sadalījums – kurš speciālists veic konkrēto darbību, kurā aprūpes līmenī (primārā, sekundārā, terciārā aprūpe) un kurš kurā līmenī atbild par koordināciju.

3. Laika ietvars – maksimālie termiņi, piemēram, diagnostikai, ārstēšanas uzsākšanai, gaidīšanas laika robežas, kontroles biežums.

4. Integrācija ar klīniskajiem algoritmiem – klīniskais ceļš satur atsauces uz algoritmiem, kuri tiek izmantoti konkrētu lēmumu pieņemšanā, taču tos nedublē.

5. Resursu un pieejamības novērtējums – ņemot vērā pakalpojumu pieejamību konkrētos reģionos, pieejamo personāla kapacitāti, infrastruktūru.

6. Pacientvērstība, pacientu drošība un pakalpojumu kvalitāte – lai nodrošinātu komunikācijas skaidrību, informēto piekrišanu, nepārtrauktību, riska situācijas, kvalitātes indikatorus.

Īsumā: Pacienta klīniskais ceļš – KUR? KURŠ? KAD?

Pacienta klīniskais ceļš ir veselības aprūpes procesa organizācijas instruments. Tas apraksta, kā **pacients pārvietojas veselības aprūpes sistēmā** – no pirmās saskares un diagnostikas līdz ārstēšanai, novērošanai un turpmākai aprūpei.

Klīniskais ceļš atbild uz jautājumiem:

- **Kur pacientam jānonāk?**
- **Kurš veselības aprūpes speciālists ir atbildīgs par konkrēto posmu?**
- **Kad jāveic konkrētais izmeklējums vai intervence?**
- **Kādā secībā notiek aprūpes posmi?**
- **Kā notiek informācijas un pacienta nodošana starp speciālistiem un līmeņiem?**
- **Kādi ir kritēriji pārejai uz nākamo aprūpes posmu?**

Starptautiskajā literatūrā klīniskais ceļš tiek raksturots kā strukturēts multidisciplinārs aprūpes plāns, kura uzdevums ir vadlīniju un pierādījumu pārvēršana konkrētā, lokāli organizētā aprūpes procesā. Tas ietver arī secību, laika aspektus, atbildības un procesa uzraudzību.

Klīniskais ceļš pasaka – kur, kurš un kad nodrošina pacienta aprūpi.

3.2. Klīnisko ceļu satura un struktūras prasības

MK noteikumu Nr. 556⁵ 13. punktā noteiktās prasības pēc būtības ir saskaņotas ar starptautiski atzītajiem klīnisko ceļu izstrādes principiem un aptver galvenos strukturālos elementus, kas nepieciešami pierādījumos balstīta, pacientcentrēta un kvalitātes uzraudzībai piemērota klīniskā ceļa izstrādei.

Tādēļ arī klīnisko ceļu gadījumā galvenais izaicinājums ir nodrošināt, lai izstrādātie klīniskie ceļi saturiski un metodoloģiski pilnvērtīgi aizpildītu visas noteikumos jau paredzētās sadaļas, īpaši attiecībā uz pacienta virzības aprakstu, skaidrojumiem, kvalitātes indikatoriem un pierādījumu bāzi.

Īpaši būtiska ir pacienta virzības aprakstīšana visos aprūpes līmeņos (MK not. Nr. 556 13.7. punkts), katra ceļa elementa paskaidrojumi (MK not. Nr. 556 13.8. punkts), kvalitātes indikatoru noteikšana (MK not. Nr. 556 13.12. punkts) un pierādījumu bāzes izmantošana (MK not. Nr. 556 13.10. punkts), kas pilnībā atbilst starptautiskajai izpratnei par klīnisko ceļu kā koordinētu, pierādījumos balstītu pacienta aprūpes procesu.

Iekļaujamie elementi atbilstoši MK not. Nr. 556 un starptautiskajai praksei

Nr.	Elements	Skaidrojums
1.	Nosaukums	Skaidri definēts klīniskā ceļa nosaukums.
2.	Sagatavotājs	Norāda atbildīgo organizāciju / institūciju un autorus.
3.	Satura rādītājs	Nodrošina skaidru un pārskatāmu informāciju par klīniskā ceļa saturu.

4.	Mērķis un uzdevumi	Norāda, kāda veselības problēma tiek risināta, kādi ir sagaidāmie rezultāti, kādu aprūpes procesu paredzēts standartizēt. Mērķa formulējumam jābūt konkrētam un izmantojamam praksē.
5.	Lietotāji	Definē mērķa lietotājus. Norāda visas profesionālās grupas, speciālistus, kuri izmantos klīnisko ceļu, kā arī to lomu atsevišķos posmos. Klīniskajos ceļos tas ir īpaši svarīgi, jo aprūpe notiek starp dažādiem veselības aprūpes posmiem.
6.	Mērķa grupa	Norāda diagnozi (atbilstošo klasifikāciju kodu), uz kādu slimību vai pacientu grupu tas attiecas, kādi ir iekļaušanas un izslēgšanas kritēriji.
7.	Shematisks attēlojums	Attēlo pacienta virzību: secīgi attēlota pacienta virzība visos attiecīgajos veselības aprūpes līmeņos, norādot: • diagnostiku un ārstēšanu; • balstterapiju un rehabilitāciju; • turpmāko aprūpi un novērošanu; • pacienta virzības galvenās indikācijas. Tas ietver pacienta virzību visā aprūpes procesā, nevis tikai vienā ārstēšanas etapā.
8.	Shēmas lauku apraksti	Paskaidrojumi par katru klīniskā ceļa shematiskajā attēlojumā ietverto lauku, norādot, uz kuru shematiskā attēlojuma lauku informācija attiecas (piemēram, izmantojot numerāciju).
9.	Pakalpojumu apmaksas nosacījumi	Norāda: • attiecīgos no valsts budžeta apmaksājamās pakalpojumus; • norāda vai pievieno atsauci uz tiem piemērojamajiem apmaksas nosacījumiem; • ja iespējams, informāciju par citām pakalpojuma saņemšanas iespējām vai citiem alternatīviem risinājumiem.
10.	Atsauces un izmantotie informācijas avoti	Nodrošina klīniskā ceļa zinātnisko pamatotību, avotu izsekojamību un iespēju izvērtēt izmantoto pierādījumu bāzi.
11.	Instrumenti	Norāda un pievieno visas skalas, anketas, protokolus, veidlapas, pacientu izvērtēšanas rīkus un citus instrumentus, kas nepieciešami klīniskā ceļa piemērošanai praksē. Klīniskā ceļa lietotājam visa nepieciešamā informācija un dokumentācija ir pieejama klīniskā ceļa ietvaros, nenosakot nepieciešamību patstāvīgi meklēt papildu dokumentus citos avotos.
10.	Indikatori	Procesu un rezultātu kvalitātes indikatoru saraksts un to apraksts. Indikatori aptver katru klīniskajā ceļā ietverto veselības aprūpes līmeni un etapu. Indikatoriem jāietver: 1.1. indikatora nosaukums;

		1.2. īss indikatora apraksts (piemēram, pamatojums, etaps, ko raksturo); 1.3. indikatora mērķa vērtība vai virzība un rezultāta interpretācija; 1.4. indikatora aprēķina metode; 1.5. indikatora datu avots; 1.6. indikatora kontrole (izvērtēšanas biežums un veids).
11.	Aktualizēšanas plāns	MK noteikumi paredz aktualizēšanu vismaz reizi piecos gados. Tomēr var paredzēt arī norādīt atbildīgo institūciju, aktualizācijas biežumu un kritērijus ārpuskārtas pārskatīšanai jaunu pierādījumu vai citu būtisku izmaiņu gadījumā, piemēram, mainoties pakalpojumu apmaksas nosacījumiem, institūciju nosaukumiem, atbildības jomām vai veselības aprūpes speciālistu kompetencēm.
12.	Izstrādes finansētājs	Nodrošina atklātību un veicina dokumenta izstrādes procesa caurskatāmību.

4. Indikatori

Kvalitātes un snieguma indikatori – KĀ? CIK? VAI?

Lai zinātu, vai vadlīnijas, algoritmi un klīniskais ceļš praksē darbojas, nepieciešami **kvalitātes un snieguma indikatori**.

Tie palīdz atbildēt uz jautājumiem:

- **Vai rekomendētā aprūpe tiek nodrošināta?**
- **Cik lielai pacientu daļai (%) konkrētais process tiek īstenots?**
- **Cik liela pacientu daļa (%) aprūpi saņem savlaicīgi / noteiktajā termiņā?**
- **Vai tiek ievēroti noteiktie kvalitātes kritēriji?**
- **Kādi ir pacienta veselības iznākumi?**
- **Kur procesā rodas novirzes vai nepilnības?**

Indikatori ļauj pāriet no jautājuma „vai mums ir izstrādāts process?” uz daudz būtiskāko jautājumu – „vai process reāli darbojas un nodrošina kvalitatīvu aprūpi?”

Kvalitātes indikatori klīniskajiem algoritmiem atbilstoši MK not. Nr. 556 nav obligāti, taču to iekļaušana var tikt aplūkota pēc nepieciešamības, ja tie var palīdzēt uzlabot algoritma ieviešanas un ietekmes novērtēšanu. Savukārt klīniskajiem ceļiem kvalitātes indikatori ir obligāta sastāvdaļa, jo tie ir viens no galvenajiem instrumentiem aprūpes procesa kvalitātes uzraudzībai.

4.1. Indikatora pase atbilstoši MK not. Nr. 556 pielikumam ar skaidrojumu

Kvalitātes indikatora elements	Tehniskā apraksta piemērs	Skaidrojums
Indikatora nosaukums*	Terapiju saņēmušo pacientu īpatsvars ar [<i>diagnoze</i>] Pacientu īpatsvars no visiem [<i>pacientu grupa</i>], kam ambulatorā apmeklējuma laikā izrakstīti [<i>ārstniecības līdzekļi</i>] Pacientu īpatsvars (procentos) no visiem ģimenes ārsta pacientiem ar [<i>diagnoze</i>], kuri nosūtīti pie [<i>speciālists</i>]	Nosaukumam jābūt pēc iespējas kodolīgam un īsam, atspoguļojot indikatora būtību. Tajā nevajadzētu atkārtot detalizētu informāciju, kas jau norādīta citos indikatora apraksta elementos, piemēram, aprēķinā.
Īss indikatora apraksts (pamatojums)*		Brīvā tekstā īsi apraksta indikatora būtību un izvēles pamatojumu, norādot, kas ar indikatoru tiek mērīts un kāda ir tā nozīme.
Indikatora mērķa vērtība vai virzība un rezultāta interpretācija*	Pacientu īpatsvars (procentos), piem., vismaz 95 % (norāda, ka vismaz 95 % pacientu ar [<i>diagnoze</i>] būtu jāsaņem attiecīga terapija)	Norāda sasniedzamo mērķa vērtību, izmantojot, piemēram, vārdus ‘vismaz’, ‘virs’, ‘zem’, ‘mazāk par’ u.tml., vai vēlamo virzību - pieaugumu, samazināšanos, stabilizāciju. Izmaiņas var norādīt arī procentpunktos vai citās salīdzināmās vienībās. Rezultāta interpretācijā norāda, ko attiecīgais rezultāts praktiski nozīmētu (procesu kontekstā) - gan mērķa sasniegšanas gadījumā, gan nesasniedzot to (piem., kura veselības aprūpes posma problēma tā varētu būt).
Indikatora aprēķina metode*	Pacientu skaits ar [<i>diagnoze</i>], kuri saņēmuši [<i>terapija</i>], dalīts ar visu pacientu skaitu ar konkrēto diagnozi un reizināts ar 100	Attēlo un īsi apraksta pielietoto aprēķinu (formulu)
Skaitītājs	Pacienti, kuri stacionēti ar [<i>diagnoze</i>] un kuriem [<i>dienu skaits</i>] dienu laikā uzsākta [<i>terapija</i>]	Skaitītājā iekļauj to gadījumu/personu skaitu, kas atbilst rādītājā (indikatorā) noteiktajam kritērijam.

		Norāda, ja rādītājs izsaka attiecību starp diviem lielumiem, piemēram, īpatsvaru, proporciju, attiecību vai gadījumu skaitu uz noteiktu pacientu skaitu (piemēram, uz 1000 pacientiem).
Saucējs	Pacientu skaits, kuri stacionēti ar [diagnoze]	Saucējā iekļauj kopējo attiecīgo gadījumu/personu skaitu. Norāda, ja rādītājs izsaka attiecību starp diviem lielumiem, piemēram, īpatsvaru, proporciju, attiecību vai gadījumu skaitu uz noteiktu pacientu skaitu (piemēram, uz 1000 pacientiem).
Indikatora datu avots*	Stacionāru elektroniskās datubāzes, pacientu slimības vēstures informācija	Norāda konkrētu datu avotu vai avotus, no kuriem iegūst indikatoram nepieciešamos datus, minot to nosaukumu un, ja būtiski, arī datu formātu (elektroniski, papīra formātā).
Indikatora kontrole (izvērtēšanas biežums un veids)*	Rādītāju ārstniecības iestādē vērtē reizi gadā Rādītāju vērtē un salīdzina starp ārstniecības iestādēm Rādītāju vērtē dinamikā nacionālā līmenī	Norāda indikatora kontroles un izvērtēšanas biežumu, veidu (piem., regulārs izvērtējums, salīdzinošs izvērtējums, izlases veida izvērtējums, audits u.c.) un mērogu.
Mērvienība	Procenti Gadījumu skaits uz 1000 pacientiem Absolūtais skaits	Norāda indikatora vērtības izteikšanas mērvienību (piemēram, %, gadījumu skaits, uz 1000 pacientiem, stundas, dienas u.c.).
Iekļaušanas kritēriji	Vecums – līdz [gadu skaits] gadu vecumam Diagnozes (SSK-kodi) Simptomi Saņemtā terapija, veiktās manipulācijas, atzīme pacienta slimības vēsturē Iestāšanās veids (akūts, plānots)	Norāda kritērijus, kuriem jāatbilst gadījumam, lai tas tiktu iekļauts indikatora aprēķinā.
Izslēgšanas kritēriji	Vecums – vecāki par [gadu skaits] gadiem Diagnozes (SSK-kodi) Simptomi Saņemtā terapija, veiktās manipulācijas, atzīme pacienta slimības vēsturē	Norāda kritērijus, kuru gadījumā gadījums netiek iekļauts indikatora aprēķinā.

	Iestāšanās veids (akūts, plānots)	
Datu pilnīgums	Dati indikatora aprēķināšanai, piem., 100 % visi pacienti Pacientu grupas atlase	Norāda, vai nepieciešamie dati ir pieejami par visiem indikatoram attiecināmajiem gadījumiem un vai datos nav būtisku iztrūkumu. Piemēram, var būt pieejami dati tikai par valsts apmaksātu aprūpi.
Mērķa grupa	Pacienti ar [<i>diagnozi</i>] vecumā līdz [<i>gadu skaits</i>] gadiem	Norāda pacientu vai gadījumu grupu, uz kuru attiecināms indikators.
Minimālais datu apjoms	Gadījumu skaits indikatora aprēķināšanai, piem., 1 gadījums 5 gadījumi 100 gadījumi	Norāda minimālo datu apjomu, kas nepieciešams indikatora aprēķināšanai.
Rādītāja aptvere	Ārstniecības persona Ārstniecības iestāde Nacionālais līmenis Reģionālais līmenis	Norāda, kura līmeņa vai līmeņu ietvaros konkrētais indikators tiek vai var tikt vērtēts.
Piezīmes	Pacientu grupas atlasī veic, ja pacientu skaits ir lielāks par [<i>pacientu skaits</i>] pacientiem gadā	Var papildināt ar jebkādu būtisku informāciju.

*obligāti norādāmie lauki

**Klīniskajos dokumentos iekļaujamo elementu apkopojums atbilstoši
MK not. Nr. 556**

Elements	Klīniskās vadlīnijas	Klīniskie algoritmi	Klīniskie pacientu ceļi
Nosaukums	X	X	X
Sagatavotājs	X	X	X
Satura rādītājs	X	X	X
Mērķis un uzdevumi	X	X	X
Lietotāji	X	X	X
Mērķa grupa	X	X	X
Aktualizēšanas plāns	X	X	X
Izstrādes finansētājs	X	X	X
Medicīniskās tehnoloģijas	X	NA	NA
Ieguvumi, blakusefekti un riski	X	NA	NA
Pierādījumu informācijas avoti un kritēriji to izvēlei	X	NA	NA
Klīniskās rekomendācijas pacientu aprūpei	X	NA	NA
Sasaiste ar pierādījumiem, atsauces	X	NA	NA
Shematisks attēlojums	NA	X	X
Shēmas lauku apraksti	NA	X	X
Atsauces un izmantotie informācijas avoti	NA	X	X
Instrumenti	NA	X	X
Indikatori	NA	N	X
Pakalpojumu apmaksas nosacījumi, atsauces	NA	NA	X

X - obligāts; N – neobligāts; NA - neattiecas